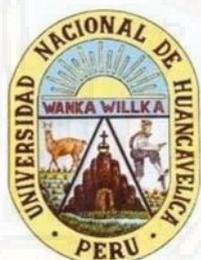


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA**  
(CREADA POR LEY N°25265)

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**

**TESIS**

**PERFIL FAMILIAR DE LAS GESTANTES CON  
COMPLICACIONES ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL DE LIRCAY, HUANCVELICA 2019**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

**SALUD MATERNO PERINATAL Y NEONATAL**

**PRESENTADO POR:**

**AMESQUITA RAMOS, JUDITH SALOME**

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:  
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO**

**HUANCVELICA – PERÚ**

**2019**

# ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 11 días del mes de diciembre a las 14:00 horas del año 2019 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del

(la) Egresado(a): ANESQUITA RAMOS, JUDITH SALOME.

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Mg. Tula Susana, GUERRA OLIVARES.  
Secretario : Dra. Jenny, MENDOZA VILCAHUAMAN.  
Vocal : Dra. Rossibel Juana, MUÑOZ DE LA TORRE.

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

" RIESGO FAMILIAR DE LAS GESTANTES CON COMPLICACIONES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE LIRAY, HUANCAMELICA 2019 "

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 721-2019 concluyendo a las 15:00 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD.

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 11 de diciembre 2019.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

Tula Susana Guerra Olivares  
PRESIDENTE PRINCIPAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

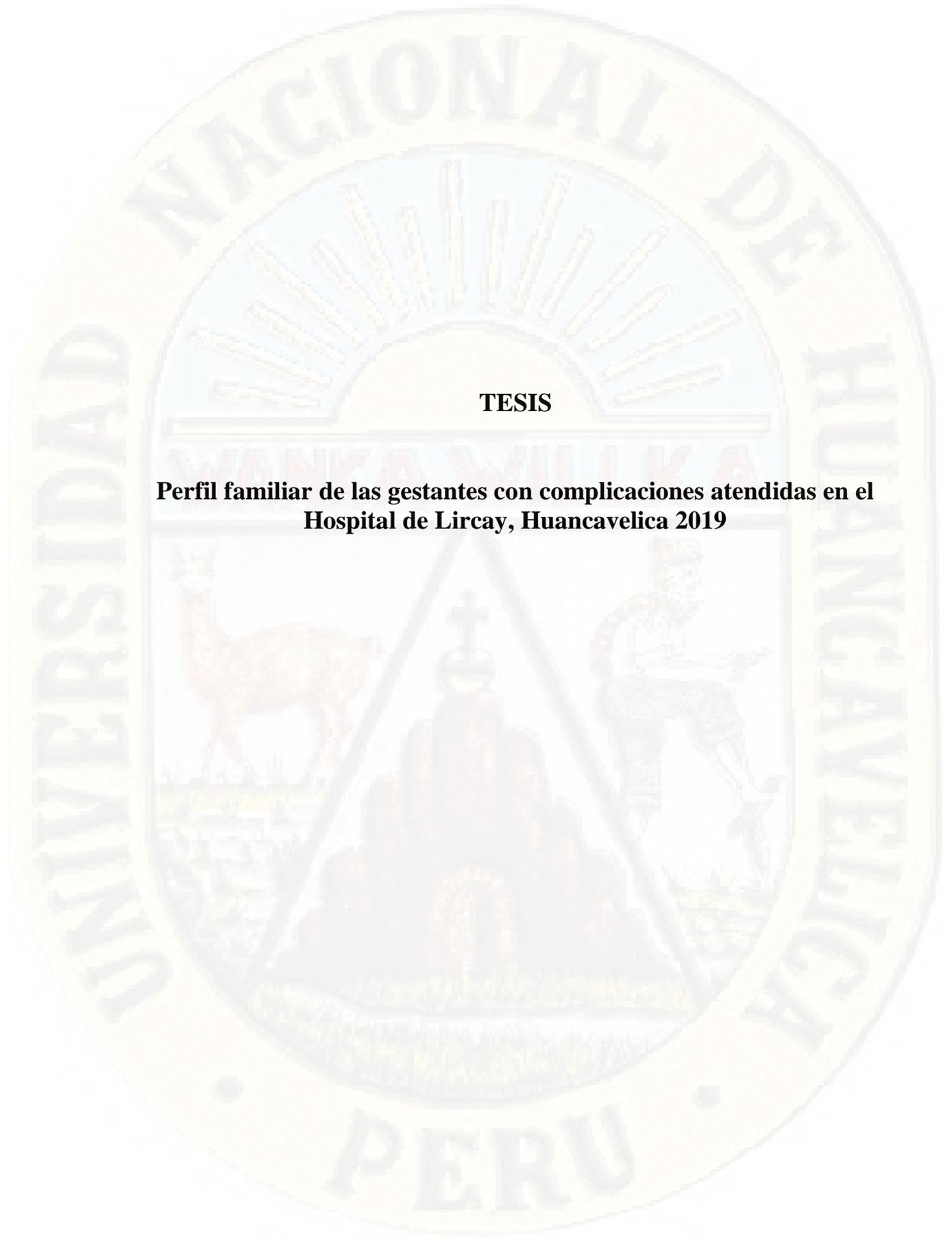
Jenny Mendoza Vilcahuaman  
SECRETARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTODRACIA

Rossibel Juana Muñoz de la Torre  
VOCAL

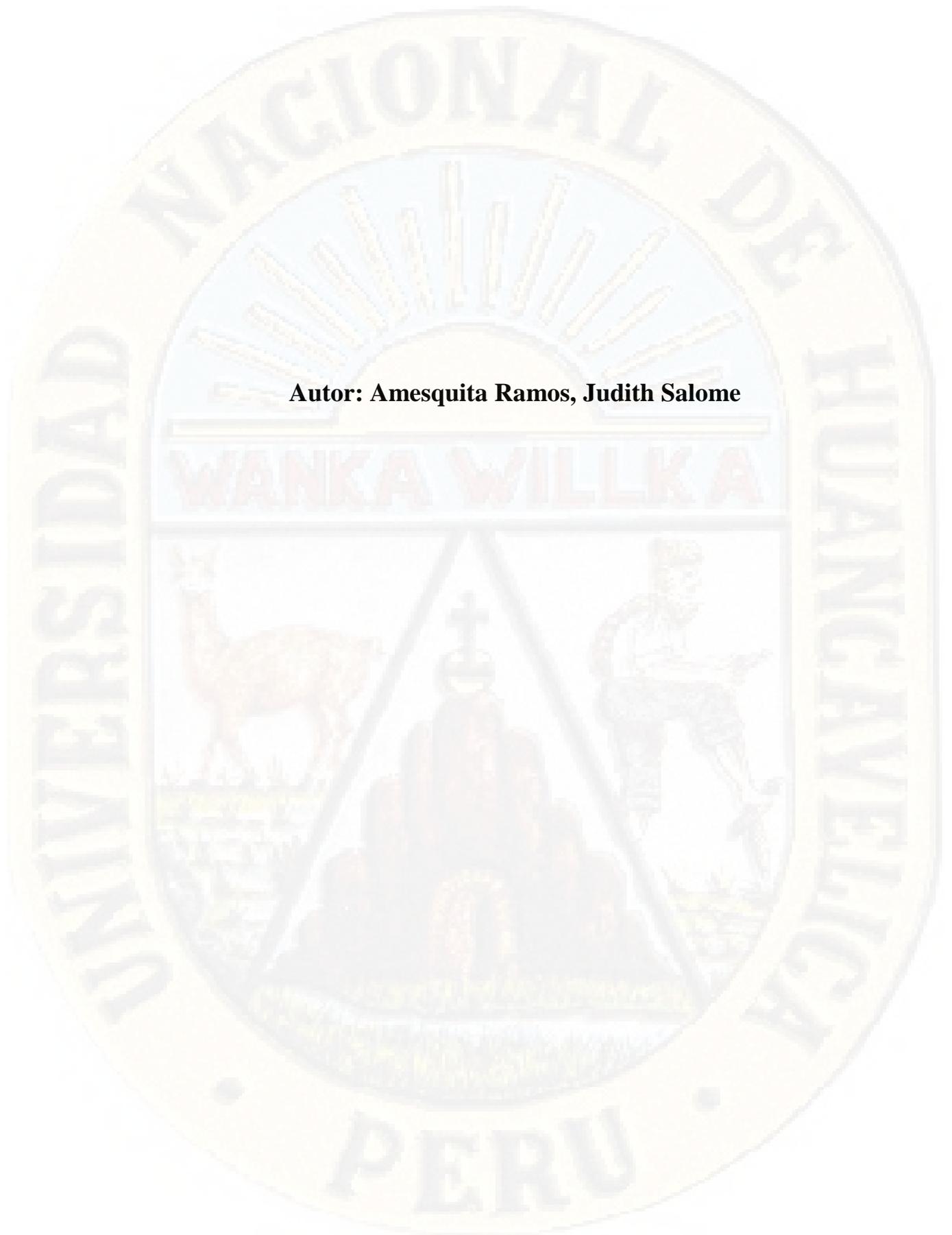
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DECANATO  
Tula Susana Guerra Olivares  
VºBº DECANATA  
DECANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SECRETARIA DOCENTE  
Kelly Y. Riveros Lautente  
VºBº SECRETARIA DOC.

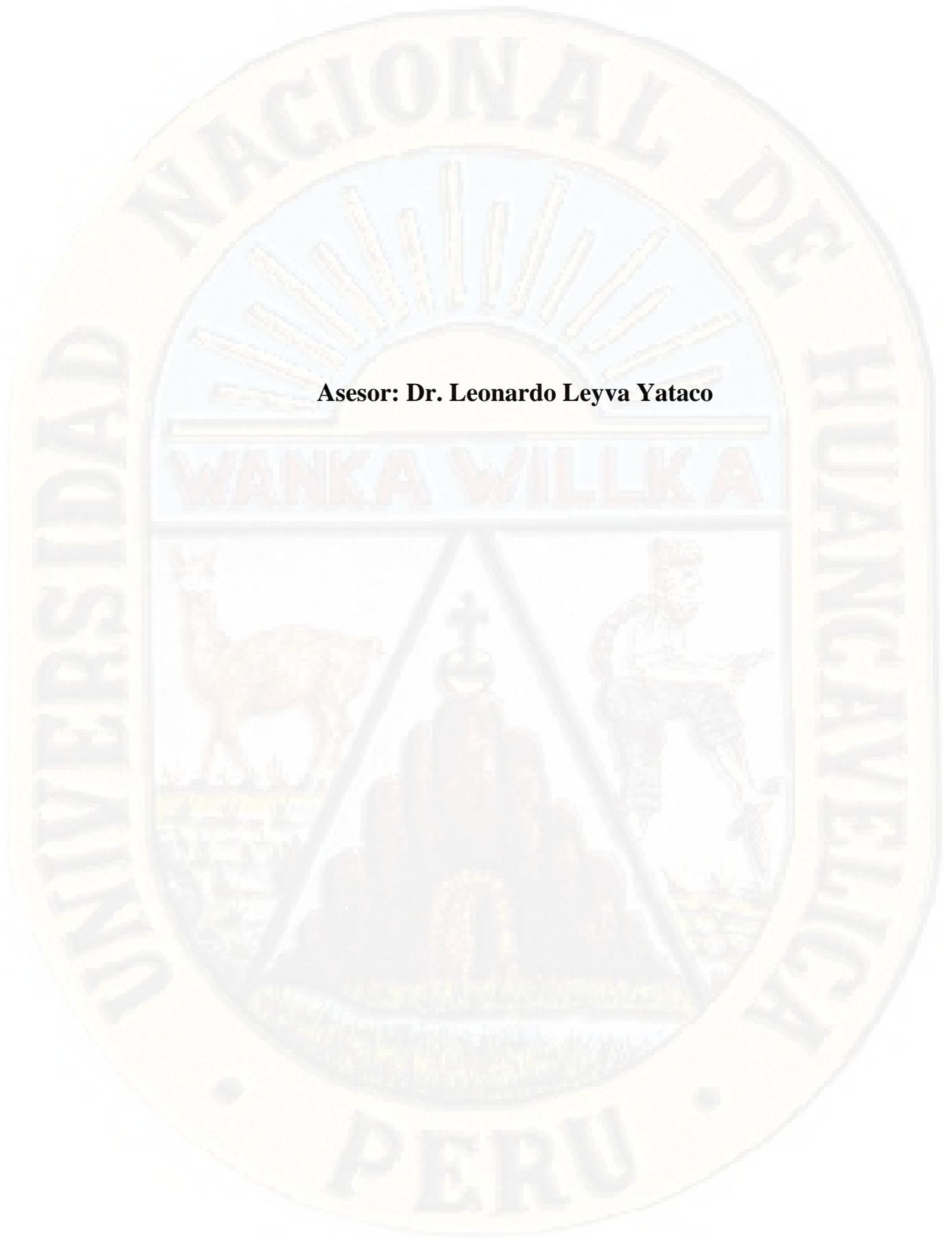


**TESIS**

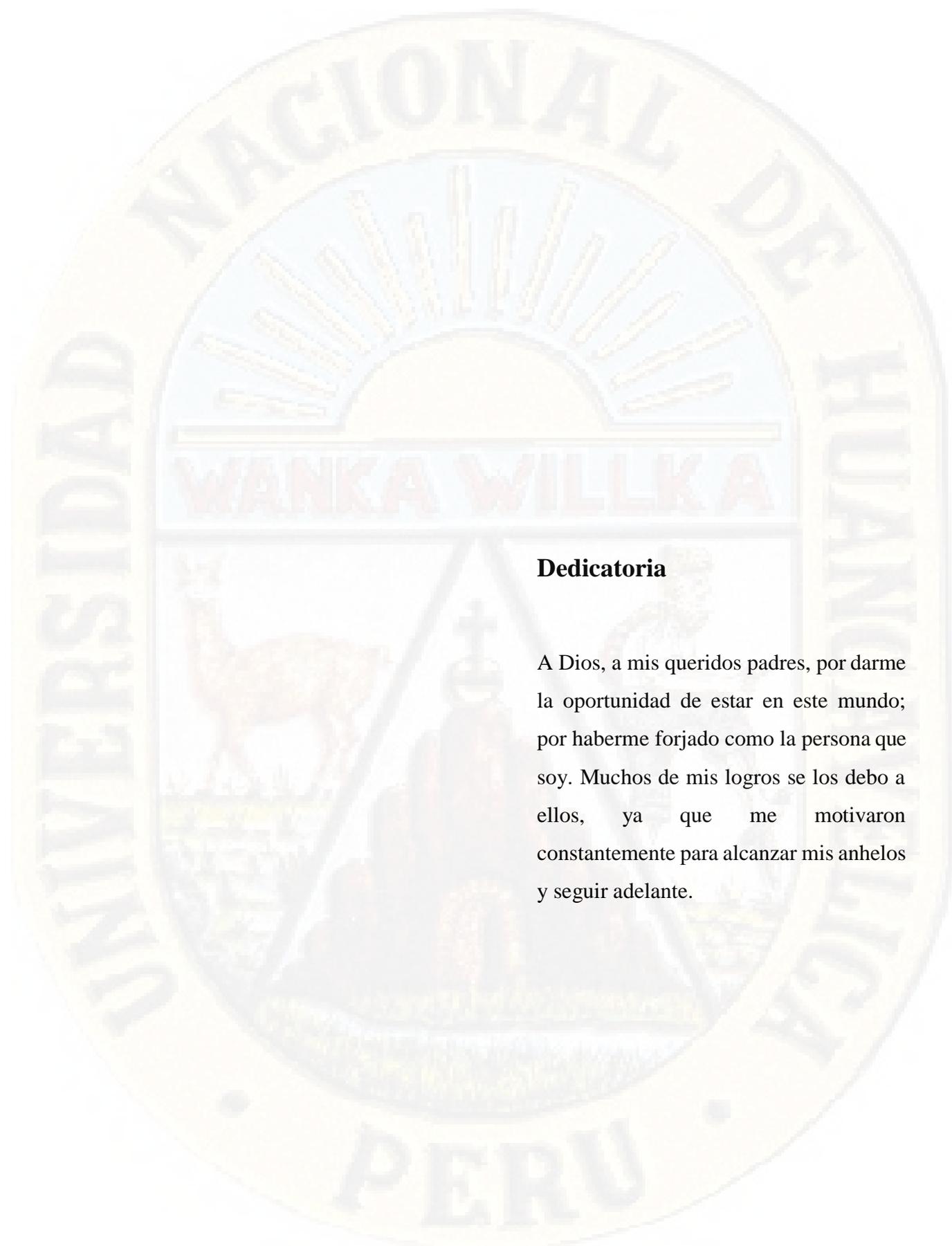
**Perfil familiar de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica 2019**



**Autor: Amesquita Ramos, Judith Salome**



**Asesor: Dr. Leonardo Leyva Yataco**



### **Dedicatoria**

A Dios, a mis queridos padres, por darme la oportunidad de estar en este mundo; por haberme forjado como la persona que soy. Muchos de mis logros se los debo a ellos, ya que me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos y seguir adelante.

## **Agradecimiento**

Agradezco en especial a mis padres por su valiosa ayuda, apoyo y cariño incondicional para poder culminar mi tesis.

Al director y a todo el equipo humano que laboran en el Hospital de Lircay, en especial a las obstetras que me apoyaron de una u otra manera, brindándome todas las facilidades para la ejecución de la tesis, a todos muchas gracias.

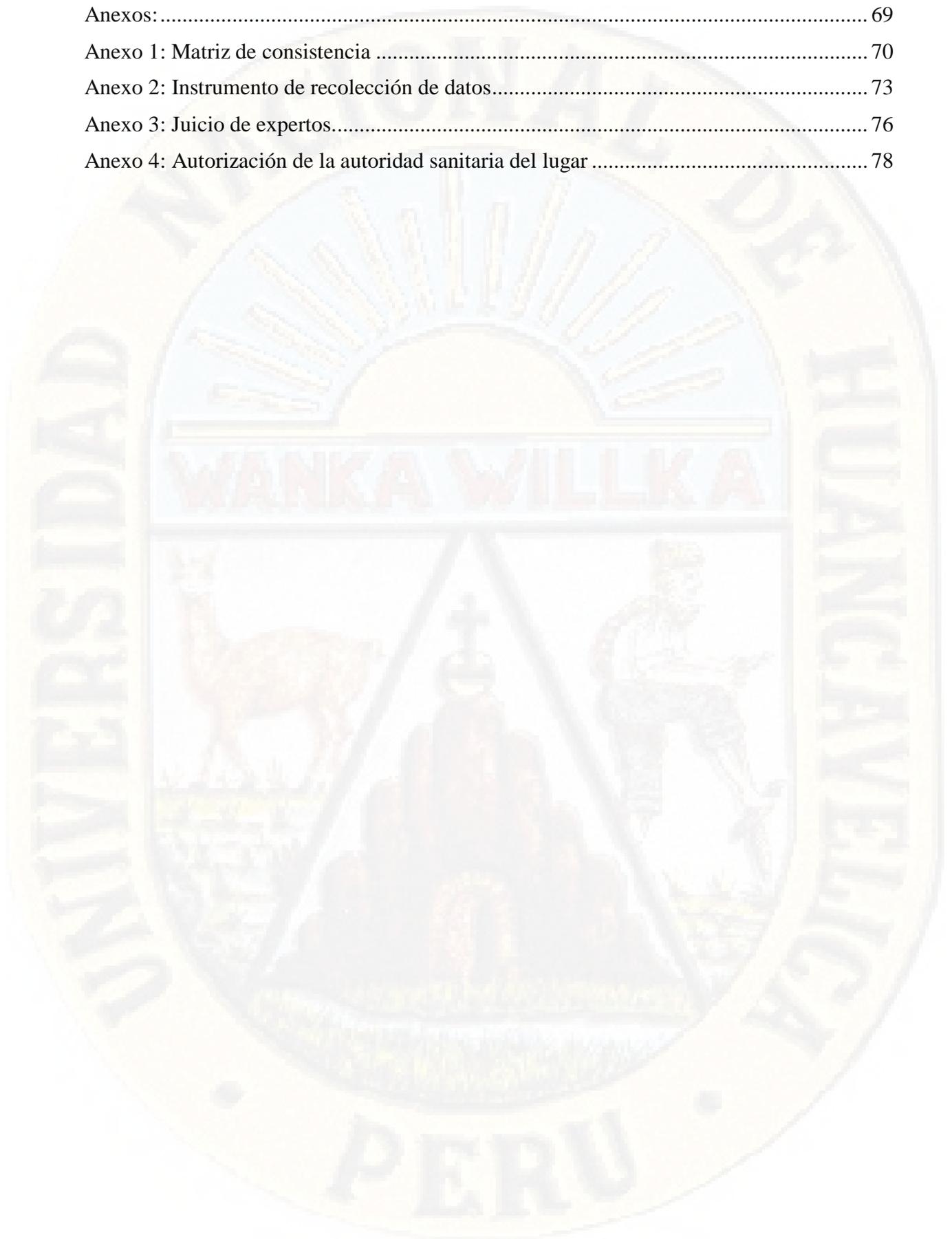
A la Universidad Nacional de Huancavelica y a sus docentes del programa de segunda especialidad, mis maestros.

A la Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman, mi tutora por el apoyo en el desarrollo de toda la especialidad de emergencias y alto riesgo obstétrico; hasta su culminación le agradezco mucho y a mi asesor el Dr. Leonardo Leyva Yataco, por su guía y consejos en la realización de esta tesis.

## Índice

Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento .....	vii
Índice .....	viii
Índice de tablas .....	x
Resumen .....	xi
Abstract.....	xii
Introducción.....	xiii
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1. Descripción del problema .....	15
1.2. Formulación del problema.....	17
1.3. Objetivos de la investigación.....	18
1.4. Justificación .....	18
1.5. Limitaciones .....	20
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	21
2.2. Bases teóricas y conceptuales.....	25
2.3. Definición de términos .....	45
2.4. Variables.....	46
2.5. Operacionalización de variables.....	47
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
3.1. Ámbito temporal y espacial.....	48
3.2. Tipo de investigación.....	48
3.3. Nivel de investigación .....	48
3.4. Métodos de investigación .....	49
3.5. Diseño de investigación.....	49
3.6. Población, muestra y muestreo.....	49
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	50
3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	50
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>PRESENTACION DE RESULTADOS</b>	
4.1. Análisis de información.....	52
4.2. Discusión de resultados .....	59
Conclusiones.....	63
Recomendaciones .....	64
Referencias bibliográficas .....	65

Anexos:.....	69
Anexo 1: Matriz de consistencia .....	70
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos.....	73
Anexo 3: Juicio de expertos.....	76
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar .....	78



## Índice de tablas

Tabla 1.	Edad y número de atenciones prenatales de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay de la región Huancavelica, de enero a junio del 2019.	52
Tabla 2.	Características de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay de la región Huancavelica, de enero a junio del 2019.	53
Tabla 3.	Tipo de complicación en las gestantes atendidas en el Hospital de Lircay de la región Huancavelica, de enero a junio del 2019.	54
Tabla 4.	Perfil familiar de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay de la región Huancavelica, de enero a junio del 2019.	56
Tabla 5.	Ingreso familiar y número de miembros de la familia, en las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay de la región Huancavelica, de enero a junio del 2019	58

## Resumen

**Objetivo.** Determinar el perfil familiar de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica en el año 2019. **Método.** La investigación fue observacional, retrospectiva, transversal de nivel descriptivo. El método fue inductivo, diseño descriptivo simple. La población fueron todas mujeres gestantes con complicación atendidas en el Hospital de Lircay, provincia de Angaraes, región Huancavelica de enero a junio del 2019; según registros estadísticos fueron un total de 80 gestantes. La muestra fue censal. La técnica fue el análisis documental, el instrumento la ficha de recolección de datos. **Resultados.** La edad promedio fue de 25.1 años. El 50% tuvieron más de 6 atenciones prenatales. El 55% (44) fueron convivientes, el 26.3% (21) casadas y el 18.8% (15) solteras. El 3.8% (3) tuvieron primaria completa, el 28.8% (23) secundaria incompleta, el 45% (36) secundaria completa, el 22.5% (18) superior incompleto. El 47.5% (38) de las gestantes fueron nulíparas, el 26.3% (21) primíparas y el 26.3% (21) multíparas. Sobre complicaciones obstétricas, el 28.8% (23) tuvieron amenaza de parto pretérmino, el 25% (20) amenaza de aborto, el 12.5% (10) trastorno hipertensivo del embarazo/Preeclampsia, el 10% (8) ruptura prematura de membranas, el 8.8% (7) sangrado vaginal, el 3.8% (3) hiperémesis gravídica, el 3.8% (3) Oligohidramnios, el 2.5% (2) aborto incompleto y el resto cada uno con un 1.3% fueron el aborto frustrado, el desprendimiento prematuro de placenta, estrechez pélvica e irritabilidad uterina. En complicaciones médicas el 21.3% (17) tuvieron infección de tracto urinario, el 7.5% (6) vulvovaginitis, el 5% (4) Anemia moderada, el 1.3% (1) anemia leve y el 1.3% (1) síndrome de flujo vaginal. El 61.3% (49) tuvieron familias ampliadas y el 38.8% (31) familias nucleares. El 26.3% (21) tuvieron en sus viviendas dos personas por habitación, el 66.3% (53) tres personas por habitación y el 7.5% (6) cuatro personas por habitación. El 88.8% (71) de las familias de las gestantes consumieron tres comidas al día y el 11.3% (9) consumieron dos comidas al día. El 60% (48) vivieron en casa de sus padres, el 21.3% (17) en casa alquilada, el 15% (12) en casa propia y el 3.8% (3) en casa de un familiar. El 36.3% (29) tuvieron una vivienda con una aceptable habitabilidad. Sobre la eliminación de excretas, el 65% (52) utilizaron letrinas, el 33.8% (27) red pública y el 1.3% (1) campo o lugar libre. El 30% (24) consumieron agua tratada. El 30% (24) tuvieron abastecimiento de agua de red pública dentro de la vivienda y el 70% (56) restante de red pública fuera de la vivienda. El ingreso promedio familiar de la gestante fue de 990.63 soles, el 56% tuvieron un ingreso familiar menor a 918 soles. El 50% tuvieron más de 6 miembros en la familia. **Conclusiones.** Las gestantes con complicaciones obstétricas y medicas se caracterizaron por tener familias ampliadas, vivir en casa de sus padres, con más de 6 miembros en la familia, con tres personas por habitación, tres comidas al día, viviendas no adecuadas, con letrinas, consumo de aguas no tratadas, abastecimiento de agua de red pública fuera de la vivienda y más de la mitad con un ingreso familiar menor al sueldo mínimo.

**Palabras clave:** Complicación obstétrica, complicación en el embarazo, perfil familiar, características de la gestante.

## Abstract

**Objective.** Determine the family profile of pregnant women with complications treated at the Lircay Hospital, Huancavelica in the year 2019. **Method.** The research was observational, retrospective and transversal of descriptive level. The method was inductive, simple descriptive design. The population were all pregnant women with complications treated at the Lircay Hospital, Angaraes province, Huancavelica region from January to June 2019; according to statistical records, they were a total of 80 pregnant women. The sample was census. The technique was the documentary analysis, the instrument the data collection sheet. **Results.** The average age was 25.1 years. 50% had more than 6 prenatal care. 55% (44) were living together, 26.3% (21) married and 18.8% (15) single. 3.8% (3) had complete primary, 28.8% (23) incomplete secondary, 45% (36) complete secondary, 22.5% (18) incomplete. 47.5% (38) of the pregnant women were nulliparous, 26.3% (21) primiparous and 26.3% (21) multiparous. Regarding obstetric complications, 28.8% (23) had threatened preterm birth, 25% (20) threatened abortion, 12.5% (10) hypertensive pregnancy disorder / Preeclampsia, 10% (8) premature rupture of membranes, 8.8% (7) vaginal bleeding, 3.8% (3) hyperemesis gravidarum, 3.8% (3) Oligohydramnios, 2.5% (2) incomplete abortion and the rest each with 1.3% were frustration abortion, detachment premature placenta, pelvic narrowness and uterine irritability. In medical complications 21.3% (17) had urinary tract infection, 7.5% (6) vulvovaginitis, 5% (4) Moderate anemia, 1.3% (1) mild anemia and 1.3% (1) flow syndrome vaginal. 61.3% (49) had extended families and 38.8% (31) nuclear families. 26.3% (21) had in their homes two people per room, 66.3% (53) three people per room and 7.5% (6) four people per room. 88.8% (71) of the families of pregnant women consumed three meals a day and 11.3% (9) consumed two meals a day. 60% (48) lived in their parents' house, 21.3% (17) in rented house, 15% (12) in their own house and 3.8% (3) in a relative's house. 36.3% (29) had a house with acceptable habitability. On excreta disposal, 65% (52) used latrines, 33.8% (27) public network and 1.3% (1) free field or place. 30% (24) consumed treated water. 30% (24) had water supply from the public network inside the house and the remaining 70% (56) from the public network outside the house. The average family income of the pregnant woman was 990.63 soles, 56% had a family income of less than 918 soles. 50% had more than 6 members in the family. **Conclusions.** Pregnant women with obstetric and medical complications were characterized by having extended families, living in their parents' house, with more than 6 members in the family, with three people per room, three meals a day, inadequate housing, with latrines, consumption of untreated water, public network water supply outside the home and more than half with a family income below the minimum wage.

**Keywords:** Obstetric complication, complication in pregnancy, family profile, characteristics of the pregnant woman.

## **Introducción**

La Organización Mundial de la Salud considera que el cuidado materno es una prioridad, que debe formar parte de las políticas públicas para mejorar los resultados del embarazo y prevenir la morbilidad materna y perinatal (1).

Si bien la mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin incidentes, todos los embarazos representan un riesgo; alrededor del 15% del total de las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y, en algunos casos, una intervención obstétrica importante para que sobrevivan (5).

Las complicaciones durante el embarazo obedecen a diversos factores tanto epidemiológicos como clínicos de carácter médico y/o gineco-obstétricos, que se pueden presentar durante la gestación, los cuales se relacionan en alto porcentaje con las muertes maternas; entre las más frecuentes se encuentran: hemorragias, infecciones, abortos, eclampsia, desproporción céfalo pélvica y problemas de presentación (6).

Los hábitos tabáquicos y alcohólicos durante el embarazo constituyen una preocupación para el obstetra, encontrándose una relación directa entre éstos y complicaciones durante el período gestacional (8). También se incluye en este los inadecuados hábitos o estilos de vida no saludables, nutrición inadecuada, escasa información sexual, características personales, familiares y el contexto socio cultural.

Según el análisis situacional de salud de Huancavelica las causas de morbilidad por causas específicas del grupo de complicaciones del embarazo, parto y puerperio; fueron: Las complicaciones relacionadas con el embarazo en un 52.39%, Infección de las vías genitourinarias en el embarazo en un 19.6%, Complicaciones del trabajo de parto y del parto en un 6.4%; Embarazo terminado en aborto en un 3.07%, Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio en un 2.38%, Hemorragia precoz del embarazo en un 2%.

Algunas mujeres pueden tener problemas de salud durante su embarazo; estas complicaciones pueden afectar la salud de la madre, del feto o de ambos; incluso las mujeres que estaban sanas antes del embarazo pueden tener complicaciones.

Por lo anteriormente mencionado y teniendo en cuenta que la región Huancavelica no es ajena a esta situación; así mismo considerando que en la actualidad no existen trabajos de investigación que nos permitan conocer el perfil familiar de las gestantes que presentaron complicaciones en el embarazo, me vi motivada a realizar esta investigación en las gestantes que presentaron complicaciones en el embarazo atendidas en el Hospital de Lircay, Angaraes de la región Huancavelica.

Los resultados de esta investigación y su interpretación adecuada permitirán conocer el perfil familiar y las características de las gestantes que presentaron complicaciones en su embarazo, lo que contribuirá a comprender y explicar; las determinantes y/o factores de riesgo en las gestantes; así mismo concientizar al personal de salud acerca de la importancia de esta información, su interpretación y uso en las intervenciones sanitarias.

El informe de investigación se describe en cuatro capítulos; el Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II detalla el marco teórico, el Capítulo III describe la metodología de la investigación; y el IV Capítulo describe el análisis e interpretación de resultados.

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción del problema

La Organización Mundial de la Salud considera que el cuidado materno es una prioridad, que debe formar parte de las políticas públicas para mejorar los resultados del embarazo y prevenir la morbilidad materna y perinatal (1).

En 2015, murieron aproximadamente 303000 mujeres y niñas adolescentes por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto (2). Ese mismo año, se registraron 2,6 millones de muertes intrauterinas; casi todas las muertes maternas (99 %) e infantiles (98 %) ocurrieron en países de ingresos bajos y medio; estas muertes maternas podrían haberse evitado si las embarazadas o las adolescentes hubieran podido acceder a una atención prenatal de calidad (3). El 60 % (1,46 millones) de las muertes fetales ocurrieron durante el período prenatal y se debieron principalmente a infecciones maternas no tratadas, hipertensión y crecimiento fetal deficiente (4).

Si bien la mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin incidentes, todos los embarazos representan un riesgo; alrededor del 15% del total de las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y, en algunos casos, una intervención obstétrica importante para que sobrevivan (5).

Las complicaciones durante el embarazo obedecen a diversos factores tanto epidemiológicos como clínicos de carácter médico y/o gineco-obstétricos, que se pueden presentar durante la gestación, los cuales se relacionan en alto porcentaje con las muertes maternas; entre las más frecuentes se encuentran: hemorragias, infecciones, abortos, eclampsia, desproporción céfalo pélvica y problemas de presentación (6).

Los embarazos de población adolescente en condiciones adecuadas de nutrición, salud, atenciones prenatales y un adecuado contexto social y familiar favorable, los riesgos de complicaciones son equivalentes a las correspondientes a la población adulta, con excepción de aquellos casos menores de 14 años, donde la gestación constituye en sí un riesgo en términos biológicos para la madre (7).

Los hábitos tabáquicos y alcohólicos durante el embarazo constituyen una preocupación para el obstetra, encontrándose una relación directa entre éstos y complicaciones durante el período gestacional (8). También se incluye en este los inadecuados hábitos o estilos de vida no saludables, nutrición inadecuada, escasa información sexual, características personales, familiares y el contexto socio cultural.

Universalmente, el tránsito por la gestación es tomado como un proceso natural que requiere de observación científica permanente para llevar a feliz término el nacimiento; seguimiento que se logra con una atención prenatal integral; esta actividad permite valorar el estado de salud de la gestante, conocer su historia personal y familiar, y establecer una comunicación para facilitar los cuidados que deberá tener (9). La trascendencia de la atención prenatal hacia la familia, y la validez social que se le dé a la gestante, facilitará el conocimiento de su medio social, permitiendo un intercambio de conocimientos que podrán renegociar con la gestante y su familia, convirtiéndose en un facilitador de los cuidados (9).

En el 2017, el Ministerio de Salud del Perú reportó que del 61.4% de los casos de muerte materna directa; se han producido por complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio; por intervenciones y omisiones; por tratamientos incorrectos o una serie de negligencias médicas durante todo el proceso de gestación.

Según el análisis situacional de salud de Huancavelica las causas de morbilidad por causas específicas del grupo de complicaciones del embarazo, parto y puerperio; fueron: Las complicaciones relacionadas con el embarazo en un 52.39%, Infección de las vías genitourinarias en el embarazo en un 19.6%, Complicaciones del trabajo de parto y del parto en un 6.4%; Embarazo terminado en aborto en un 3.07%,

Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio en un 2.38%, Hemorragia precoz del embarazo en un 2%.

Algunas mujeres pueden tener problemas de salud durante su embarazo; estas complicaciones pueden afectar la salud de la madre, del feto o de ambos; incluso las mujeres que estaban sanas antes del embarazo pueden tener complicaciones.

Las atenciones prenatales regulares desde el inicio del embarazo pueden ayudar a reducir el riesgo de desarrollar complicaciones en la gestación, ya que permite a los gineco obstetras, médicos y obstetras diagnosticar, tratar, prevenir o controlar los problemas que surjan antes de que se tornen graves.

Por lo anteriormente mencionado y teniendo en cuenta que la región Huancavelica no es ajena a esta situación; así mismo considerando que en la actualidad no existen trabajos de investigación que nos permitan conocer el perfil familiar de las gestantes que presentaron complicaciones en el embarazo, me vi motivada a realizar esta investigación en las gestantes que presentaron complicaciones en el embarazo atendidas en el Hospital de Lircay, Angaraes de la región Huancavelica.

Los resultados de esta investigación y su interpretación adecuada permitirán conocer el perfil familiar y las características de las gestantes que presentaron complicaciones en su embarazo, lo que contribuirá a comprender y explicar; las determinantes y/o factores de riesgo en las gestantes; así mismo concientizar al personal de salud acerca de la importancia de esta información, su interpretación y uso en las intervenciones sanitarias.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es el perfil familiar de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica de enero a junio del 2019?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿Cuáles son las características de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica de enero a junio del 2019?
- ¿Cuáles son las complicaciones que presentaron las gestantes atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica de enero a junio del 2019?
- ¿Cuáles son las características familiares de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica de enero a junio del 2019?

## **1.3. Objetivos de la investigación**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar el perfil familiar de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica de enero a junio del 2019.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Identificar las características de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica de enero a junio del 2019.
- Identificar las complicaciones que presentaron las gestantes atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica de enero a junio del 2019.
- Identificar las características familiares de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica de enero a junio del 2019.

## **1.4. Justificación**

La Organización Mundial de la Salud considera que el cuidado materno es una prioridad, que debe formar parte de las políticas públicas para mejorar los resultados del embarazo y prevenir la morbilidad materna y perinatal (1).

Si bien la mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin incidentes, todos los embarazos representan un riesgo; alrededor del 15% del total de las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada (5).

Las complicaciones durante el embarazo obedecen a diversos factores tanto epidemiológicos como clínicos de carácter médico y/o gineco-obstétricos, que se pueden presentar durante la gestación, los cuales se relacionan en alto porcentaje con las muertes maternas; entre las más frecuentes se encuentran: hemorragias, infecciones, abortos, eclampsia, desproporción céfalo pélvica y problemas de presentación (6).

Los hábitos del tabaco y alcohol durante el embarazo constituyen una preocupación, encontrándose relación directa con complicaciones durante el período gestacional (8). También se incluye en este los inadecuados hábitos o estilos de vida no saludables, nutrición inadecuada, escasa información sexual, características personales, familiares y el contexto socio cultural.

La trascendencia de la atención prenatal hacia la familia, y la validez social que se le dé a la gestante, facilitará el conocimiento de su medio social, permitiendo un intercambio de conocimientos que podrán renegociar con la gestante y su familia, convirtiéndose en un facilitador de los cuidados (9).

Algunas mujeres pueden tener problemas de salud durante su embarazo; estas complicaciones pueden afectar la salud de la madre, del feto o de ambos; incluso las mujeres que estaban sanas antes del embarazo pueden tener complicaciones.

Por lo anteriormente mencionado y teniendo en cuenta que la región Huancavelica no es ajena a esta situación; así mismo considerando que en la actualidad no existen trabajos de investigación que nos permitan conocer el perfil familiar de las gestantes que presentaron complicaciones en el embarazo, es importante investigar a las gestantes que presentaron complicaciones en el embarazo atendidas en el Hospital de Lircay, Angaraes de la región Huancavelica.

Los resultados de esta investigación y su interpretación adecuada permitirán conocer el perfil familiar y las características de las gestantes que presentaron complicaciones en su embarazo, lo que contribuirá a comprender y explicar; las determinantes y/o factores de riesgo en las gestantes; así mismo concientizar al personal de salud acerca

de la importancia de esta información, su interpretación y uso en las intervenciones sanitarias. Por otra parte, los resultados del estudio servirán para integrar procedimientos de seguimiento y atención a la gestante; que permitan un manejo integral y pertinente.

### **1.5. Limitaciones**

Los resultados de la investigación y su interpretación son representativos en el contexto y ámbito de estudio; pueden tener limitaciones al extrapolarse a otros contextos o realidades, debido a que la investigación solo abarco una muestra Hospitalaria en un periodo de tiempo; pero los resultados son muy aplicables para conocer aspectos importantes de las gestantes que presentaron complicaciones en el Hospital de Lircay, Huancavelica.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de la investigación**

Lafaurie (10); investigo sobre las vivencias de gestantes con embarazo de alto riesgo; Objetivo general: describir y analizar, desde una perspectiva cualitativa, las vivencias de un grupo de mujeres gestantes con diagnóstico de embarazo de alto riesgo con el fin de contar con criterios para construir intervenciones de enfermería que puedan responder a sus necesidades de cuidado; Materiales y métodos: se realizó una entrevista a profundidad, partiendo del marco teórico, a 10 mujeres de 17 a 39 años con embarazo de alto riesgo, atendidas por la Red Distrital de Salud; el análisis fue apoyado por el Atlas ti 6, basado en la Teoría Fundamentada; Resultados: las situaciones asociadas al alto riesgo en el embarazo encontradas en este grupo son: intervalo intergenésico —riesgo más frecuente—, hipertensión inducida por el embarazo, anemia, complicaciones obstétricas del embarazo anterior, antecedente de aborto a repetición, obesidad, bajo peso, placenta previa, tuberculosis, isoimmunización Rh, infección urinaria a repetición y consumo de sustancias psicoactivas (SPA); Se destacan los embarazos no planeados; la mitad de las participantes no cuentan con apoyo económico de su pareja; 7 perdieron su trabajo; 5 viven con parientes; La violencia de género y la pobreza limitan la toma de decisiones y afectan su salud; Se visualizan estrés y sentimientos de ambivalencia: por un lado, entusiasmo con su embarazo y, por otro, cambios que producen desequilibrio y afectan la calidad de vida; Conclusiones: las mujeres de este grupo social requieren de atención integral y oportuna, evitando demoras, y educación sexual y reproductiva.

García et al (11); estudiaron la Caracterización clínico-epidemiológica de la morbilidad materna extremadamente grave en Santiago de Cuba 2009; la morbilidad

materna extremadamente grave es un indicador de la calidad de los servicios de atención a la mujer en su estado de gravidez y antesala de la razón de muerte materna, indicador de salud de elevada sensibilidad social y en la actualidad es un indicador que no ha experimentado las reducciones logradas en la tasa de mortalidad infantil en Cuba y en la provincia de Santiago de Cuba; motivados por esta situación tuvieron como objetivo identificar las principales características clínico epidemiológicas de la morbilidad materna extremadamente grave; método: Se realizó un estudio descriptivo transversal, relacionado con las principales características clínico epidemiológicas de la morbilidad materna extremadamente grave diagnosticada en gestantes de los servicios ginecobstétricos del municipio Santiago de Cuba durante el primer trimestre del año 2009; resultados: la incidencia mayor de los partos fue de 1,2 %, en el Hospital materno sur; la anemia nutricional, fue el riesgo preconcepcional de mayor frecuencia, 60,0%, seguido de la desnutrición en el 33,0%; se identificó riesgo materno durante el embarazo en el 66,7% de los casos y sus causas principales: Hipertensión Arterial 46,7% y la Anemia con el 40,0%; las principales causas de morbilidad materna extremadamente grave fueron la atonía uterina (23,5%), eclampsia puerperal, embarazo ectópico, y la placenta previa oclusiva (11,8% respectivamente).

Acevedo et al (12); estudiaron la morbilidad materna severa en una Unidad de Cuidados Intensivos; con el objetivo de caracterizar la morbilidad materna en cuidados intensivos relacionada con las causas de ingreso; métodos: estudio retrospectivo de 212 maternas ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Hospital "Enrique Cabrera", Habana, 2008-2009; los datos se obtuvieron de las historias clínicas, el diagnóstico de ingreso se tomó como variable dependiente; se usaron porcentajes y test de Chi-cuadrado para variables cualitativas y t-test para cuantitativas, utilizando el sistema estadístico SPSS-11; Resultados: ingresaron 133 (62,7 %) pacientes por causas no obstétricas y 79 (36,3 %) por causas obstétricas; Causas obstétricas: trastornos hipertensivos (16,5 %), hemorragia obstétrica (14,2 %) y sepsis (6,1 %); Causas no obstétricas más frecuentes: trastornos respiratorios (19,8 %), posoperatorio complicado, (9 %) y trastornos cardiovasculares (5,7 %); de las pacientes, el 49,6 % tenía 20-24 años; en los ingresos no obstétricos, predominaron las nulíparas 24,5 % ( $p= 0,001$ ) y las gestantes, 40,6 % vs 21,2 %. En los ingresos

obstétricos prevalecieron las puérperas, 33 % vs 1,9 %, ( $p= 0,000$ ); enfermedades crónicas, tenían el 37,3 % de los ingresos no obstétricos vs 9,9 %, ( $p= 0,000$ ); Tuvieron complicaciones 23,1 % de las pacientes, superior en los ingresos no obstétricos, 14,6 % vs 8,5 % ( $p= 0,000$ ); el índice de ventilación fue 6,1 %; la estadía general fue  $4,8 \pm 4,4$  días; conclusiones: predominaron los ingresos por causas no obstétricas y en el posparto; los ingresos por causas obstétricas tuvieron el mayor número de complicaciones.

Mendoza et al (13); investigaron el riesgo familiar total en gestantes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes; Objetivo: Describir el riesgo familiar total de las gestantes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer); Material y métodos: Es un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo. Se utilizó el instrumento de riesgo familiar total: RFT Mx-33, elaborado y validado en familias de estratos 1 y 2 de nivel socioeconómico medio-bajo, cuya autora es Pilar Amaya de Peña (1992-2007); Resultados: Se entrevistaron 498 familias, con antecedente heredo-familiar del 70% con diabetes, el 54% con hipertensión y el 33% con problemas de alcoholismo; El 51% fue población abierta que hace uso del Centro de Salud y/o del médico particular; Con tres dimensiones de riesgo familiar de amenaza: 1) La detección de prácticas saludables (92,2%), 2) Saneamiento y seguridad del entorno familiar (89,4%), y 3) Violencia intrafamiliar (88,1%); En cuanto a la suma global del RFT se encontró un 11% con bajo riesgo, el 78% familias amenazadas y el 11% de alto riesgo; Existieron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) de mayor riesgo en las familias nucleares (60%), contrario a las familias extensas (50%); Conclusiones: La medición mostró elementos de desarrollo social que influyen en la condición de riesgo familiar; por tanto, los modelos de intervención en familia deberán considerar la participación intersectorial e interdisciplinaria en el marco de la promoción a la salud y a desarrollo social.

Faneite et al (14); investigaron la incidencia y morbilidad en embarazadas hospitalizadas por patología antenatal entre 2000 y 2003 en el Hospital Distrital de

Puerto Cabello, Venezuela; Objetivo: obtener la incidencia de las admisiones antenatales y las patologías que por su carácter precisan que las embarazadas se hospitalicen, para así conocer la morbilidad materna e identificar sus repercusiones perinatales; materiales y métodos: investigación de carácter retrospectivo, descriptivo, realizada durante el lapso 2000-2003 en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital “Dr Adolfo Prince Lara” de Puerto Cabello, Venezuela; las embarazadas debían tener 20 semanas o más de gestación y haber sido hospitalizadas dos o más días; adicionalmente, fueron dadas de alta sin dar a luz para luego regresar por su asistencia obstétrica definitiva; resultados: se presentaron 20343 nacimientos con 1326 admisiones antenatales, se encontró una incidencia de 6,42 pacientes hospitalizadas antenatalmente por cada 100 nacimientos; las patologías más frecuentes fueron la amenaza de parto prematuro (25,72%), preeclampsia (14,55%), sangrado vaginal (7,84%), anemia (5,20%); la estancia hospitalaria para estas patologías osciló entre 3,41 (rotura prematura de membranas) y 5,7 días (preeclampsia); la morbilidad neonatal global fue 10,63 por cada 100 nacidos, aportada principalmente por la amenaza de parto prematuro (25,99%), sangrado vaginal (14,98%), preeclampsia (14,55%), y Oligohidramnios (11,45%); la mortalidad feto neonatal fue de 1,5 por cada 100 nacidos, contribuyendo predominante la preeclampsia (45%), el desprendimiento prematuro de placenta y la placenta previa (30%); Conclusiones: estas importantes patologías obligan a una mejor pesquisa prenatal, a fin de evitar o disminuir una obligada hospitalización que llevaría a sobre costos en el presupuesto y contribución a la morbimortalidad materno feto neonatal.

Peña y Martínez (15); investigaron las principales complicaciones obstétricas en un Hospital General con servicio de obstetricia, Distrito Nacional, 2005; Objetivo: Determinar las principales complicaciones observadas en las mujeres que acudieron al servicio de obstetricia del Hospital Dr Luis E Aybar durante el año 2005; Material y método: Se realizó revisión retrospectiva de expedientes; la población de estudio fueron todas las embarazadas que ingresaron al hospital para su atención obstétrica un total de 5,731 pacientes; se determinó como complicación a cualquier suceso que ocasionó discapacidad, enfermedad o muerte en la paciente embarazada, relacionado

o agravado por el embarazo mismo o por la atención médica; se utilizó estadística descriptiva con determinación de frecuencias y proporciones; el procesamiento de los datos se realizó en Epi-info; Resultados: La incidencia de complicación obstétrica fue de 11%; el 81 % de las complicaciones fueron las asociadas al aborto; El 11,7% debidas a trastornos hipertensivos del embarazo, y un 7% vinculadas a hemorragia (embarazo ectópico placenta previa y Desprendimiento de placenta); la tasa de mortalidad materna fue de 460 muertes por cada 100,000 nacimientos vivos; Conclusiones: Elevada incidencia de complicaciones y mortalidad materna; la edad menor a 19 años, la multigravidez, los abortos y control prenatal inadecuados entre los factores de riesgo presentes asociados a las complicaciones obstétricas; se recomienda elaborar programas de enseñanza y establecer sistemas de supervisión permanente mediante la auditoria médica.

## **2.2. Bases teóricas y conceptuales**

### **2.2.1. La Familia**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), La familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas; la salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella (16).

La familia puede definirse según los sociólogos como un grupo social primario de la sociedad de la cual forma parte y a la que pertenece el individuo, dotando a este de características materiales, genéticas, educativas y afectivas (17). Según los demógrafos la familia puede definirse por el grado de parentesco dado por el matrimonio consanguíneo o adopción; entonces todas las personas que viven bajo el mismo hogar constituyen una familia (17).

Según definición de Horwitz la familia es una unidad de atención médica, que incluye a todas las personas que conviven en una misma unidad residencial entre las cuales existen lazos de dependencia y obligaciones recíprocas, y que,

por lo general, están ligadas por lazos de parentescos; la definición expuesta por Wynne refiere que la familia es un sistema social único y primario en permanente interacción con los demás sistemas sociales primitivo y secundario; en ella encontramos los gérmenes patógenos que podemos detectar a la luz de los conocimientos del psicodinamismo del grupo familiar (17).

Entendemos por familia, cualquier grupo de personas unidas por los vínculos del matrimonio, sanguíneos, adopción o cualquier relación sexual expresiva, en que las personas comparten un compromiso en una relación íntima y personal, los miembros consideran su identidad como apegada de modo importante al grupo y el grupo tiene una identidad propia (18).

La familia es una relación original, peculiar en cuanto a que sigue criterios de diferenciación propios; a diferencia de otros grupos primarios, la familia está caracterizada por una forma específica de vivir la diferencia de género (que implica la sexualidad), y las obligaciones entre las generaciones (que implica el parentesco) (19).

La familia es una relación originaria, auto producida, en cuanto que se construye a partir de factores sociológicos autónomos, y no puede entenderse solo como el resultado de factores individuales (motivos psicológicos) o colectivos (motivos económicos, políticos, o incluso religiosos), o de su mezcla (19).

La familia es una relación primordial, que existe desde el inicio, tanto en sentido filogenético (en cuanto que la familia está en el origen de la especie humana), como en sentido ontogénico (en cuanto que, en cualquier tiempo y lugar, el individuo se introduce en la sociedad, y madura su participación, de forma más humana cuanto mejor está apoyado por la mediación de la familia) (19).

La familia se la puede considerar como un ámbito de convivencia, que delimita una porción de la vida social, en virtud de metas definidas, vinculando a las personas en niveles profundos de su ser y arrancando de los nexos biopsíquicos más elementales (20).

### **2.2.1.1. Tipos de familia**

#### **En base a su ESTRUCTURA (21):**

- Nuclear: padre, madre e hijos.
- Extensa: más abuelos.
- Extensa compuesta: más otros consanguíneos o de carácter legal, (tíos, primos, yernos, cuñados) (21).
- Monoparental: padre o la madre y los hijos.

#### **En base a su DESARROLLO (21):**

- Primitiva: clan u organización tribal.
- Tradicional: patrón tradicional de organización familiar.
- Moderna: padres comparten derechos y obligaciones, hijos participan en la organización familiar y toma de decisiones (21).

#### **En base a su INTEGRACION (21):**

- Integrada: cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones adecuadamente (socuare) (21).
- Semi-integrada: no cumplen sus funciones
- Desintegrada: falta uno de los cónyuges por muerte, abandono, separación, divorcio (21).

#### **En base a su DEMOGRAFIA (21):**

- Urbana
- Rural
- Suburbana

#### **En base a su OCUPACIÓN (21):**

- Campesina obrera empleada
- Profesional Comerciante

### 2.2.1.2. Familias y su clasificación

Existen numerosas clasificaciones de la familia, Revilla clasifica la familia haciendo referencia a la familia nuclear con parientes próximos o sin parientes próximos (se refiere a parientes o no en su localidad); familia nuclear numerosa formada por padres y más de 4 hijos, y familia nuclear ampliada (cuando en el hogar conviven otras personas como parientes y/o agregados) (22).

La familia binuclear se constituye cuando después de un divorcio uno de los cónyuges se ha vuelto a casar y conviven en el hogar hijos de distintos progenitores (22). Existen personas sin familia (adulto soltero, viudo, divorciado); equivalente familiar (individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar, como por ejemplo, pareja de homosexuales cuando viven juntos en la misma casa) (22).

González (18) la clasifica en:

- familia nuclear: el padre, la madre y los hijos.
- familia nuclear extensa: consta de una familia nuclear, y otros familiares que puedan vivir con ellos en el mismo hogar (18).
- familia monoparental: formada solo por un padre o madre, que puede haber estado casado o no y por uno o más hijos (18).
- familia mixta o reconstituida: es la formada por una persona viuda o divorciada/separada, con o sin hijos, que se casa de nuevo con otra persona, la cual a su vez puede haber estado o no casada antes y tener o no tener hijos (18).
- familia binuclear: es la dividida en dos por el divorcio o separación de los cónyuges, ambos aportan hijos de los anteriores matrimonios a la nueva familia constituida (18).
- familia de hecho: formada por dos personas del sexo opuesto que viven juntas, con o sin hijos, comparten la expresión y el compromiso sexual, sin que hayan formalizado legalmente el matrimonio (18).

- o familia homosexual: formado por dos adultos del mismo sexo, que viven juntos con sin hijos adoptivos, y que comparten la expresión y el compromiso sexual (18).

Clasificar adecuadamente y en detalle a la familia, permitirá estudiar con mayor profundidad a este grupo y al proceso salud-enfermedad (18).

En los últimos decenios, la estructura y la definición de lo que es la familia se ha ampliado; las nuevas tendencias en la formación, la estructura y la función de la familia se están desplazando hacia (16):

- 1) la familia formada por un solo padre o madre y los hogares encabezados por mujeres (16);
- 2) el aumento de la edad promedio para el primer matrimonio de las mujeres y el nacimiento de los hijos, lo que retrasa la formación de las primeras familias (16);
- 3) el mayor ingreso de las mujeres en la fuerza laboral en números sin precedentes y los cambios en los roles de género dentro de la familia, lo que desplaza el equilibrio de las responsabilidades económicas en las familias (16);
- 4) el tamaño de la familia y del hogar en descenso;
- 5) mayor carga que recae sobre los miembros de la familia en edad de trabajar debido a los dependientes jóvenes y a los mayores. Además, el hogar ha surgido como una unidad socioeconómica fuerte que, con frecuencia, ocupa el lugar de la familia formada exclusivamente por padres e hijos y los miembros de la familia ampliada (16).

### **2.2.2. Atención prenatal**

La asistencia perinatal es la atención médica y psicosocial que se presta a la mujer, a su hijo y a su familia, y que comienza antes del embarazo, se extiende durante la gestación y finaliza un año después del nacimiento (23).

Los tres componentes básicos de la atención prenatal son 1) valoración temprana y continua del riesgo; 2) promoción de la salud, y 3) intervenciones y seguimiento médico y psicológico. La valoración del riesgo incluye un interrogatorio completo; exploración física; pruebas de laboratorio, y valoración del crecimiento y bienestar fetal. La promoción de la salud consiste en brindar información sobre la atención propuesta, mejorar el conocimiento general sobre el embarazo y la maternidad (y paternidad), además de promover y apoyar los comportamientos saludables. Las intervenciones incluyen tratamiento de cualquier enfermedad existente; provisión de recursos sociales y financieros, y referencia o consulta con otros médicos especialistas (24).

La atención prenatal comprende todas las acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria que se llevan a cabo antes de la gestación, durante ésta y en el puerperio. Sus principales objetivos son (25):

- Aumentar el nivel de salud de las gestantes y puérperas.
- Identificar los factores de riesgo
- Determinar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Diagnosticar la condición materna
- Disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.
- Garantizar la atención sanitaria durante la gestación y el puerperio.
- Ofertar el diagnóstico prenatal.
- Detectar y tratar precozmente trastornos originados o agudizados durante la gestación.
- Identificar los embarazos de riesgo para realizar un control más exhaustivo.
- Educación materna.
- Información y apoyo en la lactancia materna.

### 2.2.2.1. Atención prenatal reenforcada

- En todo establecimiento de salud según nivel de complejidad, se brindará la atención prenatal reenforcada que consiste en: vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal, para lograr una/un recién nacido/a sana/o, sin deterioro de la salud de la madre, considerando el contexto físico, psicológico y social, en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género e interculturalidad (26).
- La primera consulta de atención prenatal deberá tener una duración no menor de 40 minutos y en las consultas de seguimiento debe durar no menos de 25 minutos (26).
- La atención prenatal reenforcada debe ser realizada por el profesional de la salud: médico Gineco-Obstetra o médico cirujano u obstetra, según el nivel de complejidad del establecimiento de salud; en ausencia de estos profesionales podrá ser asistido por la enfermera (26).
- Toda complicación del embarazo detectada en cualquier momento de la atención de la gestante debe ser atendida por médico gineco-obstetra (26).
- Brindar educación a la mujer gestante, su familia y la comunidad sobre cuidados durante la gestación, parto, puerperio (26).
- Brindar educación sobre la identificación de signos de alarma durante la gestación, parto, puerperio (26).
- En toda atención prenatal se debe llenar la Historia Clínica Materno Perinatal (26).
- Brindar la atención prenatal reenforcada según esquema básico de la atención prenatal (26).
- Realizar evaluación nutricional, orientación/consejería y suplementación con ácido fólico, calcio y hierro (26).

- Elaborar el plan de parto para la atención institucional del parto con adecuación intercultural, de corresponder (26).
- Detección y manejo temprano de complicaciones. Realizar dosaje de proteinuria con tira reactiva o ácido sulfosalicílico (26).
- Promover y preparar para la lactancia materna (26).
- Facilitar la presencia de un acompañante durante la atención de preferencia la pareja (26).
- En el primer nivel de atención la primera o segunda atención prenatal debe ser realizada por médico gineco-obstetra o médico cirujano, según el nivel de atención, a fin de realizar el examen físico completo, evaluar los resultados de laboratorio, identificar patologías o complicaciones asociadas, e iniciar manejo en los casos que requiera. En el segundo y tercer nivel de atención es realizada por el médico gineco-obstetra (26).
- Las autoridades sanitarias correspondientes garantizarán la dotación del equipamiento completo para la atención prenatal, según nivel de atención (26).

### **2.2.3. El embarazo**

El embarazo (gestación) es el proceso fisiológico en el que un feto se desarrolla dentro del cuerpo de la madre. Se utilizan varios términos para definir la etapa de desarrollo de la concepción humana y la duración del embarazo (27). Para los fines de la obstetricia, la edad gestacional o edad menstrual es el tiempo que ha transcurrido desde el primer día del último periodo normal (LNMP), que de hecho antecede al tiempo de la fertilización del ovocito. La edad gestacional se expresa en semanas terminadas (27).

El inicio de la gestación (que se basa en el LNMP) ocurre, en general, dos semanas antes de la ovulación, suponiendo un ciclo menstrual regular de 28 días; la edad fetal o del desarrollo es la edad de la concepción, que se calcula a partir del momento de la implantación, la cual ocurre 4 a 6 días después de

terminar la ovulación; la edad gestacional del embarazo se calcula en 280 días o 40 semanas completas; la fecha probable de parto (EDD) se puede calcular sumando siete días al primer día del último periodo menstrual y restando tres meses más un año (regla de Naegele); la gestación se puede dividir en unidades que consisten en tres meses calendario cada una, o tres trimestres (27). El primer trimestre se puede subdividir en los periodos embrionario y fetal. El periodo embrionario inicia al momento de la fertilización (edad del desarrollo) o desde la segunda hasta la décima semana de gestación (27); el periodo embrionario es la etapa en la que ocurre la génesis de los órganos, en esta etapa el embrión es más sensible a los teratógenos; el final del periodo embrionario y el inicio del fetal ocurre ocho semanas después de la fertilización (edad del desarrollo) o 10 semanas después del inicio de la última menstruación (27).

## **2.2.4. Complicaciones obstétricas en el embarazo**

### **2.2.4.1. Sangrados de la primera mitad del embarazo**

Los sangrados de la primera mitad del embarazo continúan siendo una importante causa de morbilidad y mortalidad materna. En esta sección se describirá el Aborto, el Embarazo Ectópico y las Enfermedades trofoblásticas gestacionales (28).

#### **1. ABORTO**

Se denomina aborto a la expulsión o extracción del producto de la concepción durante las primeras 22 semanas de gestación o cuando este pese menos de 500 gramos. Se admiten varias formas clínicas, según sus modalidades o etapas de evolución (28).

#### **Etapas o formas clínicas del aborto:**

- **Amenaza de aborto:** Aparición en el curso de las primeras 22 semanas del embarazo de sangrado escaso, proveniente de la cavidad uterina y/o dolor pélvico determinado por contractilidad uterina, pero sin modificaciones cervicales; es la única etapa reversible (28).

- **Aborto en evolución o inminente:** Se caracteriza por la presencia de contracciones uterinas dolorosas intermitentes y progresivas, que han producido modificaciones cervicales incompatibles con la continuidad del embarazo. Existe además hemorragia de origen intrauterino (28).
- **Aborto inevitable:** Se caracteriza por todos los hallazgos anteriores y salida de líquido amniótico.
- **Aborto incompleto:** Expulsión parcial de tejido ovular o embrión.
- **Aborto completo:** Expulsión total del tejido ovular o embrión.
- **Aborto diferido:** Detención del crecimiento, pérdida de la vitalidad fetal o ausencia del embrión.
- **Aborto habitual o recurrente:** Pérdida espontánea de dos o más embarazos consecutivos menores de 22 semanas, o tres o más alternos (28).
- **Aborto séptico:** Puede presentarse en cualquiera de las formas clínicas del aborto, pero más frecuentemente cuando ha sido provocado; existe escurrimiento de secreción hemato-purulenta a través del cérvix con olor fétido; presencia de fiebre sin ningún otro sitio clínicamente evidente de infección; hipersensibilidad supra púbica, dolor abdomino-pélvico a la movilización del cérvix y útero, y a veces alteración del estado general (28).

## **2. EMBARAZO ECTOPICO**

Se trata del embarazo en donde la implantación se produce fuera de la cavidad uterina. La trompa de Falopio es el sitio más común de implantación ectópica, aunque se puede detectar en ovario, cavidad abdominal, cérvix (menos frecuente) e intersticial o cornual; su diagnóstico y atención oportuna es importante pues es una importante causa de muerte materna del primer trimestre del embarazo (28).

Su etiología en la mayoría de los casos es incierta y existen múltiples teorías al respecto; con respecto a los factores de riesgo se cuenta con mayor certeza, y a continuación se nombran algunos de consenso:

- a) Historia de embarazo ectópico
- b) Patología tubaria
- c) Infecciones genitales previas
- d) Infertilidad
- e) Múltiples compañeros sexuales
- f) Cirugía previa abdomino pélvica
- g) Fumadora
- h) Inicio temprano de relaciones sexuales (<18 años)

### **3. ENFERMEDAD GESTACIONAL DEL TROFOBLASTO**

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) consiste en tumores derivados del trofoblasto, motivo por el cual van a tener las mismas propiedades que el trofoblasto fisiológico, es decir: producción de hormonas típicas de la placenta, como B-HCG entre otras. Invasión tisular y vascular y migración a distancia por vía hemática (28).

#### **Clasificación**

Desde el punto de vista histopatológico la ETG abarca un espectro de tumores interrelacionados que incluye:

- Mola hidatidiforme (Embarazo molar): Es la variedad anátomo-patológica que más se observa en el embarazo. Puede dividirse en tres variedades:
  - Mola completa: Es la más frecuente de las tres y tiene una mayor capacidad de malignización. Proliferación difusa del trofoblasto que generalmente envuelve tanto el cito como el sincitiotrofoblasto; vellosidades coriales con gran distensión que aparecen como vesículas.

Carece de evidencia de tejido embrional, saco gestacional, amnios o vasos fetales; contiene material genético paterno solamente; cariotipo 46 XX (90 %) o 46 XY (10%) (28).

- Mola incompleta: En la mola incompleta o parcial solo degenera una parte de la placenta, con vellosidades normales y anómalas, puede ser embrionada y en ella existe material genético paterno y materno, casi siempre triploide 69XXY; Tiene menores tasas de HCG y de malignización (28).
- Mola invasiva: Siempre invade la cavidad uterina y o estructuras vecinas, pero continúa conservando la estructura de las vellosidades (28).
- Tumor trofoblástico del sitio placentario. Es poco frecuente (1%). Ocupa el lugar en donde estuvo inserto el lecho placentario. Es derivado de células trofoblásticas intermedias, mononucleares, infiltrando el miometrio, endometrio y espacios vasculares; secretan lactógeno placentario en mayor cantidad que HCG; da metástasis tardías y tiene mayor resistencia al tratamiento quimioterapéutico (28).
- Coriocarcinoma. En el 50% de los casos aparece en mujeres que sufrieron previamente un embarazo molar; es un tumor maligno derivado tanto del cito como del sincitiotrofoblasto, puede presentarse después de cualquier tipo de gestación; no hay vellosidades coriales o raramente vestigios en casos iniciales (28).

#### **2.2.4.2. Sangrados del segundo y tercer trimestre**

En esta sección se describirá la Placenta previa y el Desprendimiento de placenta normoinserta, ambas patologías son causantes de morbilidad y mortalidad materna y además son una importante causa de prematuridad (28).

##### **1. PLACENTA PREVIA**

Es la implantación anormal de la placenta en relación con el orificio interno del cuello uterino, sea cubriéndolo parcial o totalmente, que persiste después de la semana 24 de gestación; debido a su alta asociación con la paridad elevada, cesáreas previas y legrados uterinos, se sugiere el daño endometrial como un factor etiológico (28).

##### **Diagnóstico**

- Aparición súbita e indolora de hemorragia de color rojo vivo en el segundo o tercer trimestre del embarazo.
- Ausencia de dolor abdominal y contracciones uterinas.
- Frecuentemente asociado a distocias de presentación y de situación fetal.

##### **2. DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMO INSERTA**

Es la separación de la placenta que se encuentra normalmente inserta, antes del tercer estadio del parto y que ocurra luego de las 20 semanas; la causa exacta es desconocida pero se asocia a cualquier injuria o patología que afecte los vasos de la decidua, generando por lo tanto un espasmo o constricción de un vaso, dando como resultado un área de hipoxia y por lo tanto aumento en la permeabilidad capilar, generando hemorragias capilares y arteriales; formando un coágulo y la disección de la placenta por este coágulo (28).

### **Diagnóstico**

- Inicio súbito de sangrado transvaginal de color oscuro y con dolor abdominal constante, asociado a actividad uterina y disminución de los movimientos fetales, aunque en un 20 % de los casos no se da sangrado transvaginal; con signos de sufrimiento fetal; la triada clásica es sangrado transvaginal, con polisistolia y la hipertensión es altamente sugestiva de esta patología (28).
- Generalmente la repercusión hemodinámica no es acorde con el sangrado externo.

### **2.2.4.3. Complicaciones en la duración del embarazo**

El embarazo en condiciones normales dura desde las 37 hasta las 42 semanas comenzando a contar desde el primer día de la última menstruación de la mujer; por debajo y encima de estas edades, la morbilidad y mortalidad fetal aumenta en forma significativa (28).

#### **1. LABOR DE PARTO PRETERMINO**

La labor de parto pretérmino (LPP) se define por la presentación de contracciones uterinas regulares, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos con una frecuencia de 1 en 10 minutos o más, de 30 segundos de duración, que pueden producir modificaciones del cuello uterino con borramiento de más de 50 % y dilatación de 3 o más centímetros después de la semana 22 y hasta de la semana 36 6/7 de gestación; sus complicaciones son más significativas cuando ocurre antes de las 34 semanas; el 40-50% ocurre con membranas intacta; el 25-40% con ruptura de membranas; el 20-30% están relacionadas a complicaciones maternas que requieren interrupción tempranamente (28).

### **Factores de riesgo:**

- Historia de parto pretérmino: el riesgo aumenta a mayor número de partos pretérmino previos; es el factor de riesgo más importante (28).
- Cérvix corto: medición por ultrasonido de 2.5 cm o menos antes de 20 semanas.
- Infecciones: Genito urinarias, enfermedad periodontal
- Bajo nivel socio económico
- Mujeres en tratamiento de infertilidad
- Raza: Las mujeres afrodescendientes tienen 16% más de prevalencia
- Edad: mayor probabilidad en menores de 18 años y mayores de 40
- Estado nutricional: IMC < 20, Anemia
- Sobredistensión uterina: polihidramnios, embarazos múltiples
- Tabaquismo: incrementa riesgo en un 20%
- Complicaciones médicas del embarazo
- Malformaciones uterinas
- Consumo de drogas sociales o ilegales

## **2. RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS OVULARES**

La Ruptura Prematura de Membranas (RPM) complica aproximadamente al 8% de los embarazos, 3% de los cuales son partos pretérminos, siendo la causa de un tercio de los nacimientos pretérminos; antes del inicio de la labor de parto se define como la ruptura prematura de las membranas; la RPM ocurre por diferentes mecanismos entre los que figuran la apoptosis, disolución de la matriz amniocoriónica exacerbada por las fuerzas de las contracciones, colonización e Infección del tracto genital que es capaz de iniciar la cascada de las citoquinas, etc (28).

### **Factores de riesgo**

- Antecedente obstétrico de RPM.
- Bajo nivel socio económico.
- Bajo índice de masa corporal.
- Tabaquismo.
- Infección del tracto urinario.
- ITS.
- Conización cervical o cerclaje.
- Sobre distensión uterina.
- Amniocentesis.
- Parto pretérmino previo
- Labor de parto pretérmino.

### **3. EMBARAZO PROLONGADO**

Gestación que sobrepasa las 42 semanas completas; el embarazo prolongado ocurre en aproximadamente 10% de los embarazos, con un rango de 4-14% (28).

Existen algunas características inherentes al embarazo prolongado que pueden agregar morbilidad (28):

- Oligohidramnios
- Líquido Meconial (25%) con aspiración fetal del mismo
- Macrosomía Fetal.

#### **2.2.4.4. Trastornos hipertensivos del embarazo**

Los Trastornos hipertensivos del embarazo son una de las complicaciones médicas mas frecuente del embarazo; aproximadamente un 7 a 10 % de los embarazos se complican con hipertensión; los Trastornos hipertensivos se asocian con un aumento de los índices de mortalidad maternal y perinatal y se presentan como un amplio espectro de manifestaciones que abarcan desde una elevación mínima de la presión arterial, como signo solitario, hasta una hipertensión severa con disfunción de

diversos órganos y sistemas. Toda paciente con esta patología debe ser manejada por especialista Ginecólogo Obstetra (28).

### **2.2.5. Complicaciones médicas durante en el embarazo**

El embarazo es una condición de extrema exigencia energética para la mujer, por lo que se comprende que cualquier patología médica que complique al embarazo agrega en forma extra mayor morbilidad (28).

#### **2.2.5.1. Anemia ferropénica**

La anemia es un síndrome agudo o crónico, caracterizado por una reducción en la capacidad de transporte de oxígeno por la sangre, en asociación con una reducción del recuento eritrocitario total y/o disminución de hemoglobina circulante, en relación con valores definidos como normales para la edad, raza, género, cambios fisiopatológicos (como embarazo o tabaquismo) y condiciones medioambientales (altitud); una forma práctica de hacer diagnóstico es mediante la disminución de la concentración de hemoglobina en la sangre (28).

#### **2.2.5.2. Enfermedades endocrinas**

##### **DIABETES MELLITUS**

Clasificación de la diabetes mellitus durante el embarazo (Asociación Americana de Diabetes)

**Diabetes tipo 1** (Destrucción de las células  $\beta$ . Usualmente lleva a una deficiencia absoluta de insulina)

- Inmune
- Idiopática

**Diabetes tipo 2** (puede ir de la resistencia a la insulina con deficiencia parcial de la insulina a un defecto predominantemente secretor con resistencia a la insulina)

- Otros tipos específicos
- Diabetes Gestacional

## **DIABETES GESTACIONAL**

Es la que se diagnostica por primera vez durante el presente embarazo.

### **Diagnóstico**

A toda embarazada se le ordenará una Glicemia en ayunas en la primera consulta; si el resultado es anormal se procederá a realizar la Prueba de Tolerancia a la Glucosa; un valor mayor o igual a 96 mg/dl se considera anormal (28).

Criterios para el diagnóstico de diabetes en el embarazo:

- a. Un valor mayor o igual a 200 mg/dl asociado a síntomas de diabetes se considera diagnóstico de Diabetes Gestacional.
  - b. Valor igual o mayor en ayunas a 126 mg en dos tomas consecutivas es anormal y se considera diagnóstico de diabetes gestacional.
2. Curva de tolerancia con dosis de 75g de glucosa con un valor anormal se considera diagnóstico de diabetes gestacional.

### **2.2.5.3. Infección de las vías urinarias de la gestante**

La infección del tracto urinario (ITU) o infección de las vías urinarias es la complicación médica más frecuente de la gestación, siendo el germen causal más frecuente *Escherichia coli* (85%); Algunos de los factores de riesgo para su desarrollo son la ITU previa, diabetes y las modificaciones propias del embarazo (dilatación pielocalicial, compresión mecánica del útero, aumento del pH de la orina, glucosuria, etc); las ITU no tratadas durante la gestación se han relacionado con complicaciones obstétricas como mayor morbilidad perinatal, parto pretérmino y bajo peso al nacimiento (29-31).

### **2.2.5.4. Vaginosis bacteriana**

Se denomina Vaginosis Bacteriana (VB) a una enfermedad que ocurre en las mujeres, en la cual la cantidad de bacterias que

normalmente viven en la vagina se altera y en su lugar ciertas bacterias crecen de manera excesiva. La causa de la VB no se conoce del todo; La VB es la causa más común de vaginitis (infección vaginal); en la vagina normalmente se encuentran muchas bacterias; una de ella se llama *Lactobacillus acidophilus*; esta bacteria evita que otras bacterias puedan aumentar en número y causar síntomas en las pacientes; las bacterias relacionadas con la VB son *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus*, *Bacteroides* y *Mycoplasma* (32, 33).

## **2.2.6. Características sociales**

Un factor social es una vía de explicación multilateral de la complejidad de una realidad concreta o sistema social, gracias al análisis de las múltiples conexiones que como parte de ese sistema y de otros se establecen a través suyo, permitiendo obtener una visión parcial de la totalidad de la misma (34).

Los factores sociales en cualquier realidad concreta están constituidos por las interacciones que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación de lo social, como son: las estructuras sociales, las instituciones sociales como la familia, la escuela, el Estado, la religión, la cultura, etcétera, las cuales al mismo tiempo que son constituidas gracias a su mediación por los actores sociales colectivos e individuales a través de la realidad concreta, inciden en la realidad concreta como un todo, en la misma medida que ella influye también en ellos (34).

### **2.2.6.1. Edad materna**

Tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento; La edad también representa cada una de las etapas del desarrollo físico y los periodos en que se divide la vida humana, como la infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez (34).

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil; El embarazo, si bien es una situación fisiológica,

expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir (34).

### **2.2.6.2. Educación materna**

La educación materna ha mostrado una relación inversamente proporcional con la morbilidad materna perinatal; Según algunos investigadores esto se explicaría porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para el control del embarazo y parto, por lo cual esta variable está íntimamente relacionada con actitudes y prácticas de las madres; Mosley menciona que en países subdesarrollados la educación paterna puede ser tan importante como la materna, ya que un padre mejor educado es quien decide en última instancia por una adecuada atención médica o cuidados de sus hijos (35).

### **2.2.6.3. Estado civil**

Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto; Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas (36).

Estado civil es esencialmente un atributo de la persona, una cualidad que lleva consigo que le permite diferenciarse y distinguirse legalmente de los demás; Se distinguen 06 tipos (soltero, casado, viudo, divorciado, conviviente). Para aspectos de estudio consideraremos (37):

Soltero: Es la persona que no tiene unión legal con otra persona.

Casado: Persona que legalmente está unida a otra persona atribuyéndoseles derechos y obligaciones de la otra (37).

Conviviente: es la persona que legalmente no está unida, pero que desarrolla una vida de convivencia con otra atribuyéndosele algunas obligaciones y responsabilidades (37).

Divorciado: Es la persona que legalmente por trámite judicial culmina el matrimonio, pudiendo desarrollar de forma libre acciones personales y/o familiares (38).

### 2.3. Definición de términos

**Perfil.** Es una variedad o conjuntos de aspecto particulares que permite identificar o caracterizar a alguien o grupo de personas. Puede tratarse de cuestiones vinculadas a la familia, temperamento, la personalidad entre otros.

**La familia.** Es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella.

**El embarazo o gravidez** (de grávido, y este del latín gravidus) es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto.

**Gestante.** Estado de embarazo o gestación. Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto.

**Complicaciones en el embarazo.** Son problemas de salud que se dan durante el período de gestación; pueden ser obstétricos o médicos. Pueden afectar la salud de la madre, del bebé, o ambas.

**Edad gestacional.** Es el tiempo de duración de la gestación; se mide a partir del primer día del último periodo menstrual normal y el momento en que se realiza el cálculo. La edad gestacional se expresa en días o semanas completas.

## 2.4. Variables

**Variable:** Perfil familiar de las gestantes con complicaciones.

**Dimensión: Características de la gestante**

Edad de la gestante en años

Estado civil de la gestante

Nivel de Instrucción de la gestante

Paridad de la gestante

Número de atenciones prenatales de la gestante

**Dimensión: Complicación obstétrica**

Tipo de complicación obstétrica que presentó la gestante

**Dimensión: Características familiares**

Tipo de familia de la gestante

Ingresos familiares mensuales

Número de miembros de la familia

Número de personas por habitación

Numero de comidas por día en la familia

Tipo de tenencia de vivienda

La vivienda aceptable en habitabilidad, privacidad, seguridad y confort mínimo

Eliminación de excretas

Tipo de agua de consumo

Abastecimiento de agua

## 2.5. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor
Perfil familiar de las gestantes con complicaciones obstétricas.	Son las características principales o singularidades de una familia desde un aspecto social, económica entre otros que identifica a un grupo de personas; con complicaciones obstétricas	Revisión de las historias clínicas de las gestantes con complicaciones obstétricas y registro de la información en las fichas de recolección de datos	Características de la gestante	Edad de la gestante	Edad de la gestante en años cumplidos registrada en la historia clínica.	Numérico
				Estado civil de la gestante	Estado civil de la gestante registrada en la historia clínica.	Soltera (1)
						Conviviente (2)
						Casada (3)
						Viuda (4)
						Divorciada (5)
				Nivel de Instrucción de la gestante	Nivel de Instrucción de la gestante registrada en la historia clínica.	Sin instrucción (1)
			Inicial (2)			
			Primaria incompleta (3)			
			Primaria completa (4)			
			Secundaria incompleta (5)			
			Secundaria completa (6)			
			Superior incompleta (7)			
			Superior completa (8)			
			Paridad de la gestante	Paridad de la gestante registrada en la historia clínica.	Numérico	
			Número de atenciones prenatales de la gestante	Número de atenciones prenatales de la gestante registrada en la historia clínica.	Numérico	
			Complicación obstétrica	Tipo de complicación obstétrica que presentó la gestante	Tipo de complicación obstétrica que presentó la gestante registrada en la historia clínica.	Nominal
			Características familiares	Tipo de familia de la gestante	Tipo de familia de la gestante registrada en la historia clínica.	Familia Nuclear (1)
						Familia Extendida (2)
						Familia Ampliada (3)
Familia Monoparental (4)						
Familia Reconstituida (5)						
Equivalente familiar (6)						
Ingresos familiares mensuales	Ingresos familiares mensual en soles.	Numérico				
Número de miembros de la familia	Número de miembros de la familia.	Numérico				
Número de personas por habitación	Número de personas por habitación.	Numérico				
Numero de comidas que consume la familia por día	Número de comidas por día en la familia.	Numérico				
Tipo de tenencia de vivienda	Tipo de tenencia de vivienda.	Vivienda propia (1) Vivienda alquilada (2) Vivienda de padres (3) Vivienda de familiares (4) Otros tipos de vivienda (5)				
La vivienda aceptable en habitabilidad, privacidad, seguridad y confort mínimo	La vivienda aceptable en habitabilidad, privacidad, seguridad y confort mínimo.	Si (1) / No (2)				
Eliminación de excretas	Eliminación de excretas.	Aire libre (1) Acequia, canal (2) Red pública (3) Letrina (4) Pozo séptico (5) Otros (6)				
Tipo de agua de consumo	Tipo de agua de consumo.	Agua con tratamiento (1) Agua sin tratamiento (2)				
Abastecimiento de agua	Abastecimiento de agua.	Red pública dentro de la vivienda (1) Red pública fuera de la vivienda (2) Pozo cisterna (3) Rio, acequia o puquiales (4)				

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. Ámbito temporal y espacial**

La investigación sobre el perfil familiar de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica 2019; se realizó en el distrito de Lircay, el cual es uno de los 12 distritos de la Provincia de Angaraes y capital de la provincia, se encuentra ubicado en la parte Sur Este, en el departamento de Huancavelica. El distrito de Lircay, se encuentra a 3,278 m.s.n.m. La capital distrital se localiza a 12° 59' 23'' de latitud sur y 74° 43' 14'' de longitud oeste. Su límite por el norte es con los distritos de Anchonga, Ccohaccasa y Huayllay Grande; por el sur colinda con la provincia de Huaytara, por el este colinda con los distritos de Huanca Huanca, Congalla y Secclla; por el oeste colinda con la provincia de Huancavelica.

#### **3.2. Tipo de investigación**

El estudio fue una investigación observacional, retrospectiva, descriptiva, de corte transversal; observacional porque no existió intervención del investigador, retrospectivo porque se recolecto y analizo la información que se produjo con anterioridad, transversal porque todas las mediciones se hicieron en una sola ocasión, descriptivo porque sus datos fueron utilizados con finalidades puramente descriptivas (39-41).

#### **3.3. Nivel de investigación**

El nivel de investigación fue descriptivo (DANKHE 1986); Su propósito fue describir (medir) el comportamiento de la variable o variables en forma independiente; la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento; es decir, midió y/o recogió información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren (39, 42-44).

### **3.4. Métodos de investigación**

#### **3.4.1. Método general.**

Se utilizó el método inductivo. Según Pimienta es aquel que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares; se trata del método científico más usual, en el que pueden distinguirse cuatro pasos esenciales: la observación de los hechos y su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización y la contrastación; es un método científico que elabora conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares y parte de lo particular a lo general (45).

#### **3.4.2. Método Básico**

Se utilizó el método descriptivo porque se describió las características de la población de estudio en su forma natural, basada en la observación (45).

### **3.5. Diseño de investigación**

Según Hernández el diseño es el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea; El estudio correspondió a un diseño descriptivo simple; porque se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental fue la de realizar una interpretación correcta del fenómeno (41, 43, 44).

**Donde:**

**M O**

**M:** Gestantes que presentaron complicaciones en el embarazo, atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica 2019.

**O:** Características de las gestantes, tipo de complicación y perfil familiar.

### **3.6. Población, muestra y muestreo**

#### **3.6.1. Población**

Fueron todas las gestantes que presentaron complicaciones en su embarazo y fueron atendidas en el Hospital de Lircay, de la provincia de Angaraes, región Huancavelica de enero a junio del 2019; que según registros estadísticos fueron un total de 80 gestantes.

Según Hernández una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación (41, 43, 46, 47).

### **3.6.2. Muestra:**

El estudio fue censal. (41, 43, 46, 47).

### **3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

El estudio considero los aspectos éticos afín de no vulnerar los derechos fundamentales de toda persona.

Toda la información recolectada de manera individual fue de absoluta reserva, no se vulnero los derechos humanos.

**La técnica** utilizada fue el **análisis documental**; Esta técnica permitió la revisión documental de las Historias Clínicas y registros; de las pacientes atendidas en el Hospital de Lircay, Angaraes, Huancavelica. La información fue recolectada por las personas capacitadas y estandarizadas para tal fin.

#### **Fuentes Secundarias**

- Historia Clínica, Libros de registros.

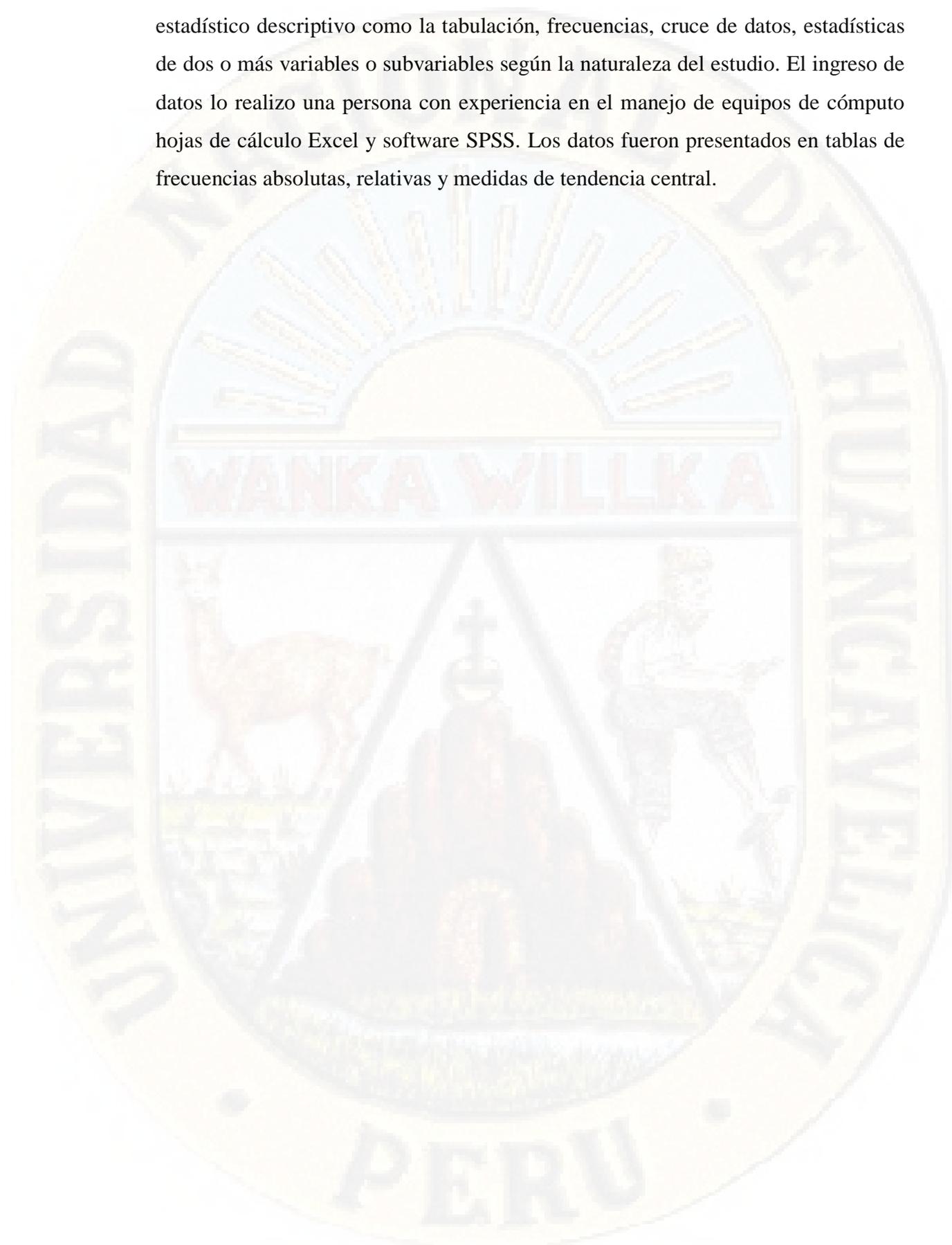
**El instrumento** fue la **ficha de recolección de datos** conteniendo la variable y subvariables a estudiar; la cual fue elaborada en base al tema de estudio, propósito, objetivos, variable entre otros. Los datos recogidos fueron ordenados, codificados e ingresados a una tabla en Excel y luego para el análisis fueron transportados al software estadístico SPSS, software intuitivo y versátil que posibilita en análisis de datos de investigaciones con enfoque cuantitativo.

### **3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

Primero se realizó un ordenamiento, clasificación y codificación de los datos recolectados en el trabajo de campo. Se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2013; esto se realizó por el fácil uso y familiaridad con el aplicativo ofimático.

Para el análisis estadístico se importó la base de datos del Excel al programa estadístico SPSS versión 18 para Windows, con la finalidad de realizar el análisis

estadístico descriptivo como la tabulación, frecuencias, cruce de datos, estadísticas de dos o más variables o subvariables según la naturaleza del estudio. El ingreso de datos lo realizó una persona con experiencia en el manejo de equipos de cómputo, hojas de cálculo Excel y software SPSS. Los datos fueron presentados en tablas de frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central.



## CAPÍTULO IV

### PRESENTACION DE RESULTADOS

#### 4.1. Análisis de información

En el presente estudio, se investigó el perfil familiar de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay, de la provincia de Angaraes, región Huancavelica de enero a junio del 2019.

Tabla 1. Edad y número de atenciones prenatales de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay de la región Huancavelica, de enero a junio del 2019.

Estadísticos	Edad de la gestante	Número de atenciones prenatales
Numero de gestantes	80.0	80.0
Media	25.1	5.2
Mediana	23.0	6.0
Moda	19.0	7.0
Mínimo	15.0	0.0
Máximo	43.0	9.0
Percentiles 10	18.0	1.0
Percentiles 50	23.0	6.0
Percentiles 90	34.9	9.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre el perfil familiar de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica 2019.

Tabla 1. Del total de mujeres gestantes que presentaron complicaciones en su embarazo, atendidas en el Hospital de Lircay, de enero a junio del 2019. La edad promedio fue de 25.1 años, la edad más frecuente fue de 19 años, la edad mínima fue de 15 años y la edad máxima de 43 años. El 10% tuvieron menos de 18 años, el 50% tuvieron menos de 23 años, el 10% más de 34.9 años. El número promedio de atenciones prenatales fue de 5.2 atenciones, el 50% de las gestantes tuvieron más de 6 atenciones prenatales.

Tabla 2. Características de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay de la región Huancavelica, de enero a junio del 2019.

Características de las gestantes	Frecuencia (n=80)	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Estado civil de la gestante</b>			
Conviviente	44	55.0	55.0
Casada	21	26.3	81.3
Soltera	15	18.8	100.0
<b>Nivel de Instrucción de la gestante</b>			
Primaria completa	3	3.8	3.8
Secundaria incompleta	23	28.8	32.5
Secundaria completa	36	45.0	77.5
Superior incompleta	18	22.5	100.0
<b>Paridad de la gestante</b>			
Nulípara	38	47.5	47.5
Primípara	21	26.3	73.8
Múltipara	21	26.3	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre el perfil familiar de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica 2019.

Tabla 2. Del total de mujeres gestantes que presentaron complicaciones en su embarazo, atendidas en el Hospital de Lircay, de enero a junio del 2019.

El 55% (44) de las gestantes fueron convivientes, el 26.3% (21) fueron casadas y el 18.8% (15) fueron solteras. El 81.3% fueron convivientes o casadas.

El 3.8% (3) tuvieron primaria completa, el 28.8% (23) tuvieron secundaria incompleta, el 45% (36) tuvieron secundaria completa, el 22.5% (18) tuvieron superior incompleto. El 32.5% de las gestantes no llegaron a tener secundaria completa.

El 47.5% (38) de las gestantes fueron nulíparas, el 26.3% (21) fueron primíparas y el 26.3% (21) restante fueron múltiparas.

Tabla 3. Tipo de complicación en las gestantes atendidas en el Hospital de Lircay de la región Huancavelica, de enero a junio del 2019.

Tipo de complicación	Frecuencia (n=80)	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Complicación obstétrica</b>			
Amenaza de parto pretérmino	23	28.8	28.8
Amenaza de aborto	20	25.0	53.8
Trastorno hipertensivo del embarazo / Preeclampsia	10	12.5	66.3
Ruptura Prematura de membranas	8	10.0	76.3
Sangrado vaginal	7	8.8	85.0
Hiperémesis gravídica	3	3.8	88.8
Oligohidramnios	3	3.8	92.5
Aborto incompleto	2	2.5	95.0
Aborto frustrado	1	1.3	96.3
Desprendimiento prematuro de placenta	1	1.3	97.5
Estrechez pélvica	1	1.3	98.8
Irritabilidad uterina	1	1.3	100.0
<b>Complicación medica</b>			
Infección de tracto urinario	17	21.3	21.3
Vulvovaginitis	6	7.5	28.8
Anemia moderada	4	5.0	33.8
Anemia leve	1	1.3	35.0
Síndrome de flujo vaginal	1	1.3	36.3
Sin complicaciones médicas asociadas	51	63.8	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre el perfil familiar de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica 2019.

Tabla 3. Del total de mujeres gestantes que presentaron complicaciones en su embarazo, atendidas en el Hospital de Lircay, de enero a junio del 2019.

En las complicaciones obstétricas se encontró que el 28.8% (23) tuvieron amenaza de parto pretérmino, el 25% (20) tuvieron amenaza de aborto, el 12.5% (10) tuvieron Trastorno hipertensivo del embarazo/Preeclampsia, el 10% (8) tuvieron ruptura prematura de membranas, el 8.8% (7) tuvieron sangrado vaginal, el 3.8% (3) tuvieron hiperémesis gravídica, el 3.8% (3) tuvieron Oligohidramnios, el 2.5% (2) tuvieron

aborto incompleto y el resto de complicaciones cada una con un 1.3% fueron el aborto frustrado, el desprendimiento prematuro de placenta, estrechez pélvica e irritabilidad uterina.

En las complicaciones médicas se encontró que el 21.3% (17) tuvieron infección de tracto urinario, el 7.5% (6) tuvieron vulvovaginitis, el 5% (4) tuvieron Anemia moderada, el 1.3% (1) tuvieron anemia leve y el 1.3% (1) tuvieron síndrome de flujo vaginal.

Tabla 4. Perfil familiar de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay de la región Huancavelica, de enero a junio del 2019.

Perfil familiar	Frecuencia (n=80)	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Tipo de familia de la gestante</b>			
Familia Nuclear (Ambos padres e hijos)	31	38.8	38.8
Familia Ampliada (Ambos padres o uno de ellos, hijos y parientes como tíos, sobrinos, etc.)	49	61.3	100.0
<b>Número de personas por habitación</b>			
Dos personas por habitación	21	26.3	26.3
Tres personas por habitación	53	66.3	92.5
Cuatro personas por habitación	6	7.5	100.0
<b>Numero de comidas por día en la familia</b>			
Dos comidas al día	9	11.3	11.3
Tres comidas al día	71	88.8	100.0
<b>Tipo de tenencia de vivienda</b>			
Vivienda de padres	48	60.0	60.0
Vivienda alquilada	17	21.3	81.3
Vivienda propia	12	15.0	96.3
Vivienda de familiares	3	3.8	100.0
<b>La vivienda aceptable en habitabilidad, privacidad, seguridad y confort mínimo</b>			
Si	29	36.3	36.3
No	51	63.8	100.0
<b>Eliminación de excretas</b>			
Letrina	52	65.0	65.0
Red pública	27	33.8	98.8
Aire libre	1	1.3	100.0
<b>Tipo de agua de consumo</b>			
Agua con tratamiento	24	30.0	30.0
Agua sin tratamiento	56	70.0	100.0
<b>Abastecimiento de agua</b>			
Red pública dentro de la vivienda	24	30.0	30.0
Red pública fuera de la vivienda	56	70.0	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre el perfil familiar de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica 2019.

Tabla 4. Del total de mujeres gestantes que presentaron complicaciones en su embarazo, atendidas en el Hospital de Lircay, de enero a junio del 2019.

El 61.3% (49) de las gestantes tuvieron familias ampliadas y el 38.8% (31) de las gestantes tuvieron familias nucleares.

El 26.3% (21) de las gestantes tuvieron en sus viviendas dos personas por habitación, el 66.3% (53) de las gestantes tuvieron en sus viviendas tres personas por habitación y el 7.5% (6) de las gestantes tuvieron en sus viviendas cuatro personas por habitación.

El 88.8% (71) de las familias de las gestantes consumieron tres comidas al día y el 11.3% (9) de las familias de las gestantes consumieron dos comidas al día.

El 60% (48) de las gestantes vivieron en casa de sus padres, el 21.3% (17) de las gestantes vivieron en casa alquilada, el 15% (12) de las gestantes vivieron en casa propia y el 3.8% (3) de las gestantes vivieron en casa de un familiar.

El 36.3% (29) tuvieron una vivienda con una aceptable habitabilidad, privacidad, seguridad y confort mínimo.

Sobre la eliminación de excretas, el 65% (52) de las familias de las gestantes utilizaron letrinas, el 33.8% (27) utilizaron red pública y el 1.3% (1) utilizaron el campo o lugar libre.

El 30% (24) de las familias de las gestantes consumieron agua tratada o con tratamiento.

El 30% (24) de las familias de las gestantes tuvieron abastecimiento de agua de red pública dentro de la vivienda y el 70% (56) restante de red pública fuera de la vivienda.

Tabla 5. Ingreso familiar y número de miembros de la familia, en las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay de la región Huancavelica, de enero a junio del 2019.

Estadísticos	Ingreso familiar mensual	Número de miembros de la familia
Numero de gestantes	80	80.0
Media	990.63	5.5
Mediana	800.00	6.0
Moda	800	6.0
Mínimo	600	2.0
Máximo	1800	8.0
Percentiles 50	800.00	6.0
Percentiles 56	918.00	6.0
Percentiles 75	1200.00	6.0
Percentiles 90	1500.00	7.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre el perfil familiar de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica 2019.

Tabla 5. Del total de mujeres gestantes que presentaron complicaciones en su embarazo, atendidas en el Hospital de Lircay, de enero a junio del 2019.

El ingreso promedio familiar de la gestante fue de 990.63 soles, el ingreso familiar mínimo fue de 600 soles y el máximo de 1800 soles; el 50% de las familias de las gestantes tuvieron un ingreso familiar menor a 800 soles. El 56% de las familias de las gestantes tuvieron un ingreso familiar menor a 918 soles, el 25% de las familias de las gestantes tuvieron un ingreso familiar mayor a 1200 soles, el 10% de las familias de las gestantes tuvieron un ingreso familiar mayor a 1500 soles.

En las gestantes con complicaciones el numero promedio de miembros de la familia fue de 5.5 personas, el 50% tuvieron más de 6 miembros en la familia.

## 4.2. Discusión de resultados

Del total de mujeres gestantes que presentaron complicaciones en su embarazo, atendidas en el Hospital de Lircay, de enero a junio del 2019.

La edad promedio fue de 25.1 años, la edad más frecuente fue de 19 años, la edad mínima fue de 15 años y la edad máxima de 43 años. El 10% tuvieron menos de 18 años, el 50% tuvieron menos de 23 años, el 10% más de 34.9 años. El número promedio de atenciones prenatales fue de 5.2 atenciones, el 50% de las gestantes tuvieron más de 6 atenciones prenatales. No se encontró estudios similares sobre esta investigación. Estos resultados nos permiten conocer que la mayoría de las gestantes con complicaciones tienen más de seis atenciones prenatales y fueron jóvenes; esto es importante ya que las madres jóvenes muestran una mejor predisposición para la educación sanitaria en el embarazo y en el cuidado de su salud.

El 55% (44) de las gestantes fueron convivientes, el 26.3% (21) fueron casadas y el 18.8% (15) fueron solteras. El 81.3% fueron convivientes o casadas. El 3.8% (3) tuvieron primaria completa, el 28.8% (23) tuvieron secundaria incompleta, el 45% (36) tuvieron secundaria completa, el 22.5% (18) tuvieron superior incompleto. El 32.5% de las gestantes no llegaron a tener secundaria completa. El 47.5% (38) de las gestantes fueron nulíparas, el 26.3% (21) fueron primíparas y el 26.3% (21) restante fueron multíparas. No se encontró estudios similares para contrastar estos resultados. La alta proporción de estado civil conviviente y nuliparidad indican que son gestantes jóvenes, por lo cual las estrategias sanitarias integrales y acciones de prevención; deben estar dirigidas a este grupo de gestantes que comúnmente presentan complicaciones en el embarazo. Por otra parte, conocer que tres de cada diez gestantes no llegaron a tener secundaria completa, indica que aún existen limitaciones para que las mujeres puedan acceder a una educación; por lo cual deben implementarse políticas que permitan un mejor acceso a la educación y disminuyan las inequidades.

En las complicaciones obstétricas se encontró que el 28.8% (23) tuvieron amenaza de parto pretérmino, el 25% (20) tuvieron amenaza de aborto, el 12.5% (10) tuvieron

Trastorno hipertensivo del embarazo/Preeclampsia, el 10% (8) tuvieron ruptura prematura de membranas, el 8.8% (7) tuvieron sangrado vaginal, el 3.8% (3) tuvieron hiperémesis gravídica, el 3.8% (3) tuvieron Oligohidramnios, el 2.5% (2) tuvieron aborto incompleto y el resto de complicaciones cada una con un 1.3% fueron el aborto frustrado, el desprendimiento prematuro de placenta, estrechez pélvica e irritabilidad uterina. Algunas complicaciones obstétricas coinciden con otras investigaciones, pero difieren en las proporciones halladas; como es el caso de Lafaurie (10), García et al (11), Acevedo et al (12), Faneite et al (14) y Peña y Martínez (15) quienes encontraron complicaciones obstétricas como hipertensión inducida por el embarazo, placenta previa, trastornos hipertensivos, preeclampsia, embarazo ectópico, sangrado vaginal, hemorragia obstétrica, amenaza de parto prematuro, rotura prematura de membranas, Oligohidramnios, desprendimiento prematuro de placenta entre otros.

De los resultados encontrados podemos mencionar que en el embarazo se pueden presentar diversas complicaciones obstétricas, para lo cual el personal de salud debe tener competencias para su prevención, manejo y control en bien de la salud materna. Muchas de estas complicaciones están relacionadas a diversos factores de riesgo biológicos, social, familiar, ambiental entre otros, por lo cual el conocimiento de la prevalencia o proporciones según el contexto permitirá al profesional de salud, capacitarse para brindar una adecuada atención a las gestantes en la prevención y manejo clínico de la complicación obstétrica.

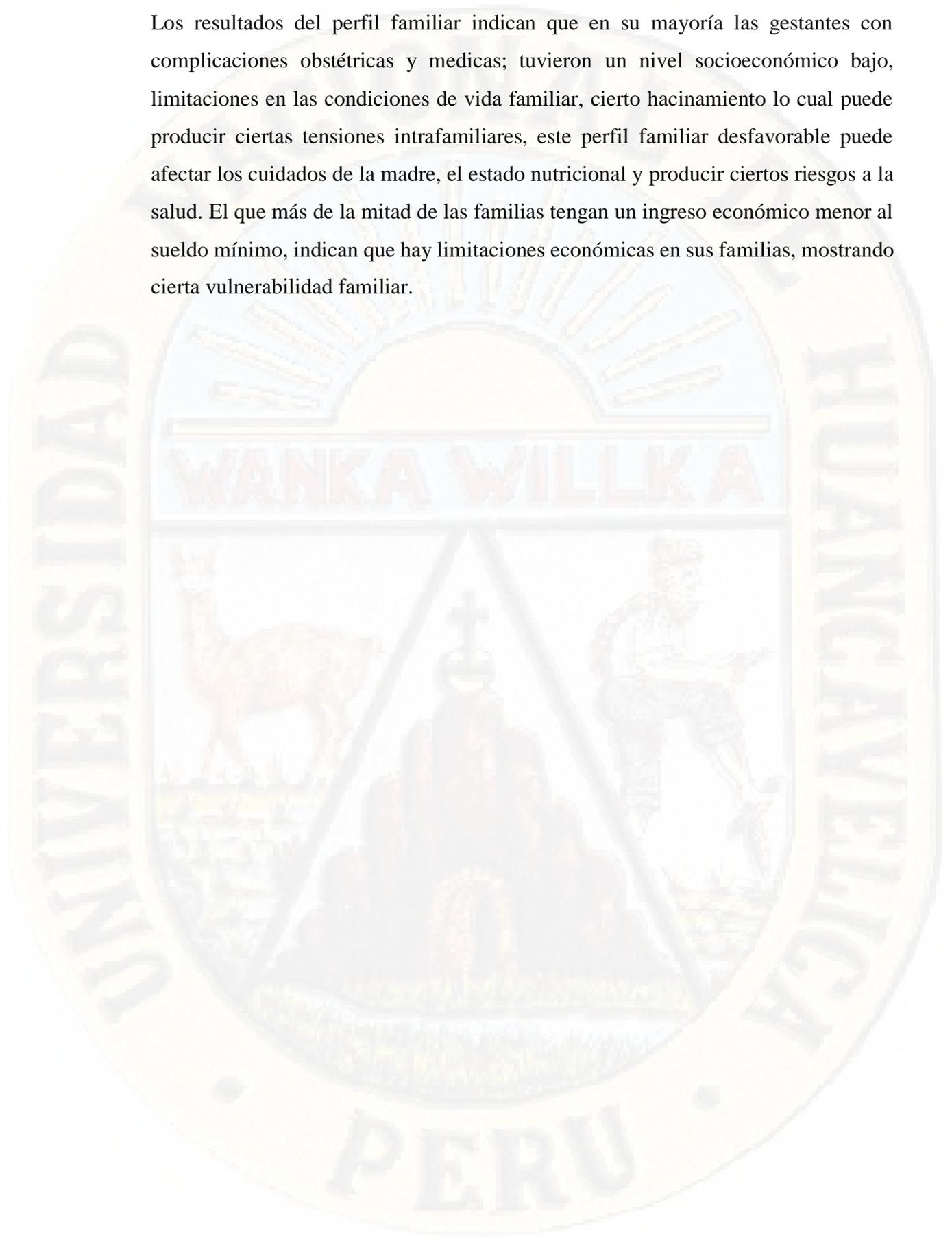
En las complicaciones médicas se encontró que el 21.3% (17) tuvieron infección de tracto urinario, el 7.5% (6) tuvieron vulvovaginitis, el 5% (4) tuvieron Anemia moderada, el 1.3% (1) tuvieron anemia leve y el 1.3% (1) tuvieron síndrome de flujo vaginal. Algunas complicaciones médicas coinciden con otras investigaciones, pero difieren en las proporciones halladas; como es el caso de Lafaurie (10), García et al (11), Acevedo et al (12) quienes encontraron complicaciones médicas como anemia, infección de tracto urinario, trastornos respiratorios, trastornos cardiovasculares, tuberculosis entre otros. Las complicaciones médicas encontradas en el estudio

responden a dos aspectos el nutricional y las infecciones, las cuales pueden ser prevenibles; por lo cual es importante implementar estrategias sanitarias en prevención primaria para disminuir estas complicaciones médicas.

El 61.3% (49) de las gestantes tuvieron familias ampliadas y el 38.8% (31) de las gestantes tuvieron familias nucleares. El 26.3% (21) de las gestantes tuvieron en sus viviendas dos personas por habitación, el 66.3% (53) de las gestantes tuvieron en sus viviendas tres personas por habitación y el 7.5% (6) de las gestantes tuvieron en sus viviendas cuatro personas por habitación. El 88.8% (71) de las familias de las gestantes consumieron tres comidas al día y el 11.3% (9) de las familias de las gestantes consumieron dos comidas al día. El 60% (48) de las gestantes vivieron en casa de sus padres, el 21.3% (17) de las gestantes vivieron en casa alquilada, el 15% (12) de las gestantes vivieron en casa propia y el 3.8% (3) de las gestantes vivieron en casa de un familiar. El 36.3% (29) tuvieron una vivienda con una aceptable habitabilidad, privacidad, seguridad y confort mínimo. Sobre la eliminación de excretas, el 65% (52) de las familias de las gestantes utilizaron letrinas, el 33.8% (27) utilizaron red pública y el 1.3% (1) utilizaron el campo o lugar libre. El 30% (24) de las familias de las gestantes consumieron agua tratada o con tratamiento. El 30% (24) de las familias de las gestantes tuvieron abastecimiento de agua de red pública dentro de la vivienda y el 70% (56) restante de red pública fuera de la vivienda. En cuanto a la vulnerabilidad familiar y limitaciones en saneamiento básico los resultados coinciden con lo hallado por Lafaurie (10), Mendoza et al (13).

El ingreso promedio familiar de la gestante fue de 990.63 soles, el ingreso familiar mínimo fue de 600 soles y el máximo de 1800 soles; el 50% de las familias de las gestantes tuvieron un ingreso familiar menor a 800 soles. El 56% de las familias de las gestantes tuvieron un ingreso familiar menor a 918 soles, el 25% de las familias de las gestantes tuvieron un ingreso familiar mayor a 1200 soles, el 10% de las familias de las gestantes tuvieron un ingreso familiar mayor a 1500 soles. En las gestantes con complicaciones el número promedio de miembros de la familia fue de 5.5 personas, el 50% tuvieron más de 6 miembros en la familia.

Los resultados del perfil familiar indican que en su mayoría las gestantes con complicaciones obstétricas y medicas; tuvieron un nivel socioeconómico bajo, limitaciones en las condiciones de vida familiar, cierto hacinamiento lo cual puede producir ciertas tensiones intrafamiliares, este perfil familiar desfavorable puede afectar los cuidados de la madre, el estado nutricional y producir ciertos riesgos a la salud. El que más de la mitad de las familias tengan un ingreso económico menor al sueldo mínimo, indican que hay limitaciones económicas en sus familias, mostrando cierta vulnerabilidad familiar.



## Conclusiones

- Primero. La edad promedio de las gestantes con complicaciones fue de 25.1 años y la mitad tuvieron menos de 23 años; esto indica que fueron gestantes jóvenes.
- Segundo. Las gestantes con complicaciones obstétricas y médicas, se caracterizaron por tener seis o más atenciones prenatales, ser convivientes, nulíparas, tener secundaria completa.
- Tercero. Tres de cada diez gestantes no llegaron a tener secundaria completa.
- Cuarto. Las complicaciones obstétricas mas frecuentes fueron la amenaza de parto pretérmino, amenaza de aborto, trastorno hipertensivo del embarazo / Preeclampsia, ruptura prematura de membranas, sangrado vaginal, hiperémesis gravídica, oligohidramnios entre otros.
- Quinto. Las complicaciones médicas mas frecuentes fueron infección de tracto urinario, vulvovaginitis, Anemia y síndrome de flujo vaginal.
- Sexto. Las gestantes con complicaciones obstétricas y medicas se caracterizaron por tener familias ampliadas, vivir en casa de sus padres, con más de 6 miembros en la familia, con tres personas por habitación, tres comidas al día, viviendas no adecuadas, con letrinas, consumo de aguas no tratadas, abastecimiento de agua de red pública fuera de la vivienda y más de la mitad con un ingreso familiar menor al sueldo mínimo.
- Séptimo. El perfil familiar indico que las familias de las gestantes tuvieron un nivel socioeconómico bajo, limitaciones en las condiciones de vida familiar, cierto hacinamiento lo cual puede producir ciertas tensiones intrafamiliares lo cual puede afectar los cuidados de la madre, el estado nutricional y producir ciertos riesgos a la salud.
- Octavo. Un poco mas de la mitad de las familias tuvieron un ingreso económico menor al sueldo mínimo, indicando que hay limitaciones económicas en sus familias, mostrando cierta vulnerabilidad.

## **Recomendaciones**

Al gobierno regional, implementar e impulsar políticas de desarrollo social que permitan impulsar la economía familiar a fin de disminuir la vulnerabilidad, inequidad y riesgos familiares que inciden en la salud de la población sobre todo en la madre gestante.

Fomentar en el sector salud el fortalecimiento de las competencias del personal asistencial en las instituciones prestadoras de servicios de salud en prevención de riesgos y daños a la salud materna e infantil; a fin de mejorar la calidad de atención en los servicios de ginecoobstetricia y disminuir las posibles complicaciones en las embarazadas.

Al sector educación implementar estrategias que permitan un mejor acceso a la educación, para una mejor comprensión de la información que brinda el sistema de salud sobre los riesgos y daños en la maternidad.

Al sector salud implementar un programa de fortalecimiento de competencias profesionales en los servicios de atención prenatal y ginecoobstétricos; para el manejo de complicaciones en el embarazo, prevención cuidados y seguimiento; para una maternidad saludable.

Fortalecer las estrategias de intervención familiar en las gestantes a fin de integrar y fortalecer la condición social y fraterna de la familia para su bienestar.

Por otra parte, es pertinente realizar investigaciones a mayor profundidad considerando las condicionantes de los riesgos familiares para la madre gestante.

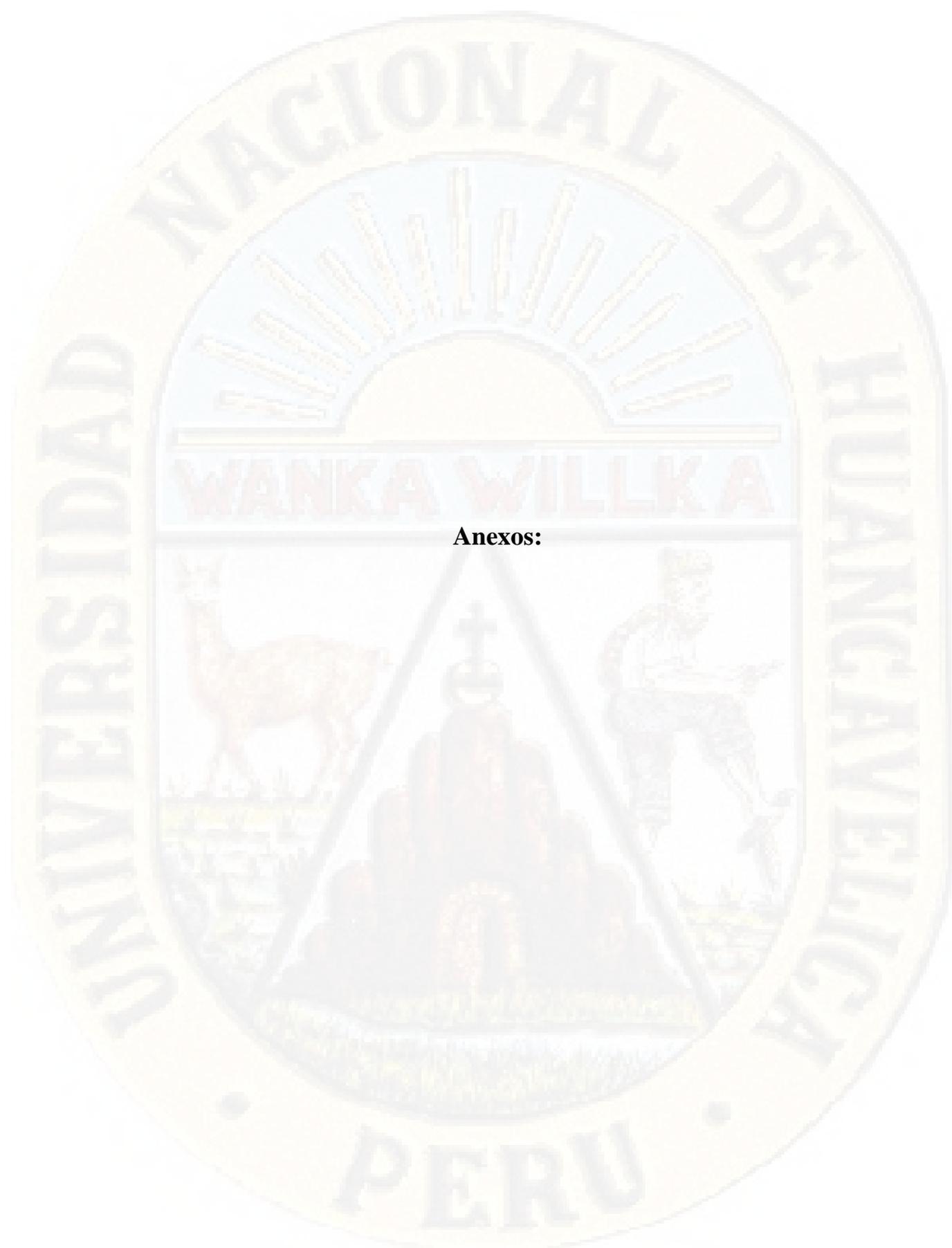
## Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018 [cited 2019 enero 03]. Available from: <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320334esp.pdf>.
2. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill A, et al. Global, Regional, and National Levels and Trends in Maternal Mortality Between 1990 and 2015, With Scenario-based Projections to 2030. *Obstetric Anesthesia Digest*. 2016;36(4).
3. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. [Sala de prensa, Hojas de datos. 19 de septiembre de 2019]. Washington D.C: Organización Mundial de la Salud; 2018 [cited 30 de setiembre 2019]. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
4. Blencowe H, Cousens S, Jassir FB, Say L, Chou D, Mathers C, et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *The Lancet Global Health*. 2016;4(2):e98-e108.
5. Mathai M, Sanghvi H, Guidotti RJ. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para Obstetrices y Médicos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
6. Burrow GN, Duffy TP. Complicaciones médicas durante el embarazo. México: Médica Panamericana; 2001.
7. Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud pública de México*. 1997;39:137-43.
8. Cedeño Donet M, Rodríguez Betancourt M, Peraza Morelles D, Peraza Morelles R. Hábitos tóxicos y embarazo: Resultados perinatales. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2006;10(5):14-23.
9. Bravo SFM. El significado cultural del control prenatal en la gestante inasistente y sus prácticas de autocuidado. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca*. 2006;8(2):42-4.
10. Lafaurie MM. Vivencias de gestantes con embarazo de alto riesgo. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2011;6:15-28.

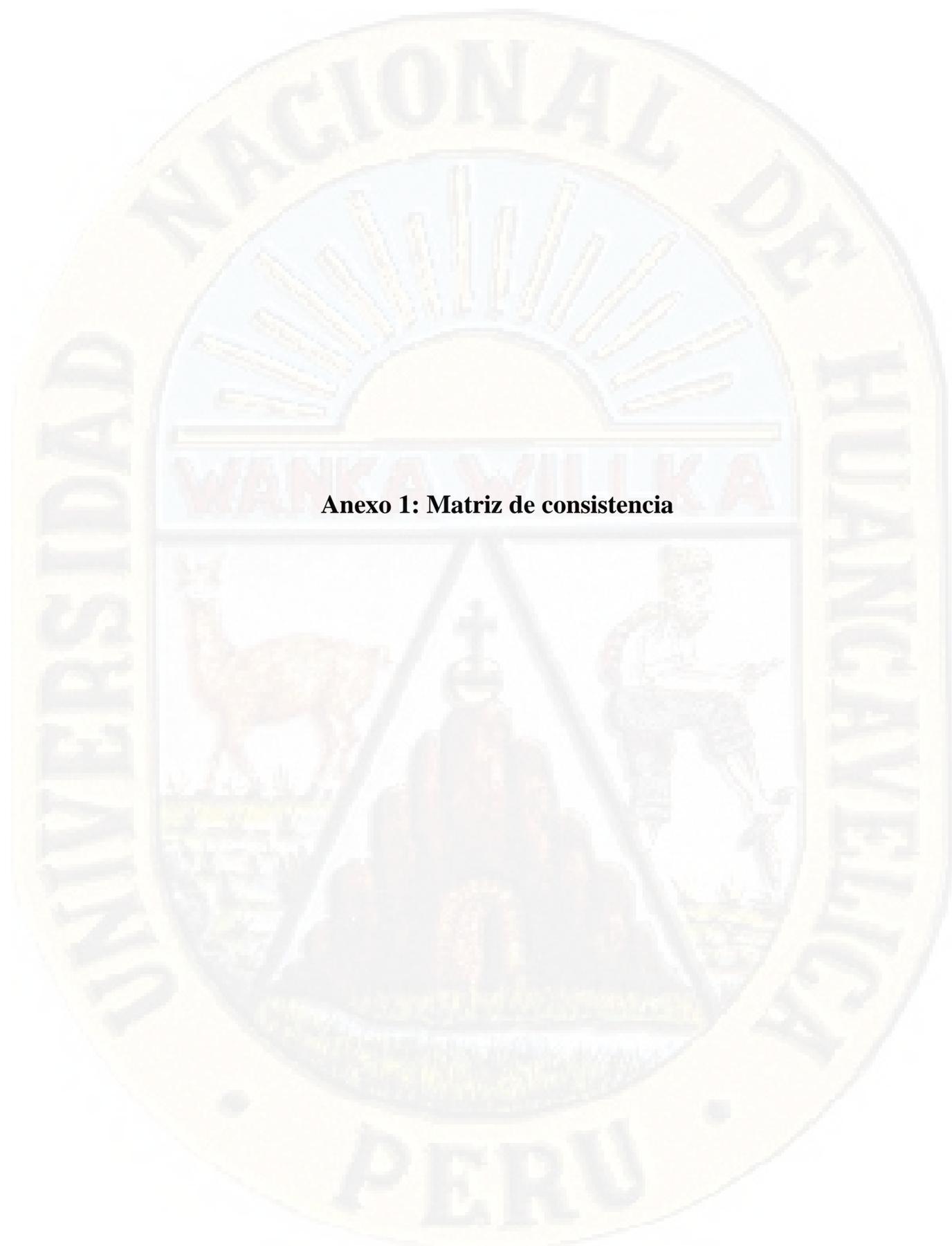
11. García ICC, Barroso RL, Arias YA, Padró TG, Salazar LS, Toste MÁ, et al. Caracterización clínico-epidemiológica de la morbilidad materna extremadamente grave. Santiago de Cuba 2009. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2009;47(3).
12. Acevedo Rodríguez O, Sáez Cantero V, Pérez Assef A, Alcina Pereira S. Caracterización de la morbilidad materna severa en una Unidad de Cuidados Intensivos. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012;38(2):148-60.
13. Mendoza-Flores ME, Amaya-Rey P, García-Méndez G, Nava-Benítez AA, Sánchez-Piña S, Hurtado-Ponce R, et al. Riesgo familiar total en gestantes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Perinatología y reproducción humana. 2010;24(4):236-41.
14. Faneite P, González M, Menezes W, Faneite J, Fernández A, Rivera C, et al. Incidencia y morbilidad en embarazadas hospitalizadas por patología antenatal entre 2000 y 2003 en el Hospital Distrital de Puerto Cabello, Venezuela. Revista Médicas UIS. 2006;19(2).
15. Peña E, Martínez M. Principales complicaciones obstétricas en un hospital general con servicio de obstetricia, Distrito Nacional, 2005. Ciencia y Sociedad. 2010;35(1):87-101.
16. OMS-OPS. La familia y la salud. 37a sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo. Washington, D.C., EUA, 26 al 28 de marzo de 2003.p.5.
17. Ortiz Gómez MT. La salud familiar. Revista cubana de medicina general integral. 1999;15(4):439-45.
18. Gonzalez E. Psicología del ciclo vital. 2da ed. España: Editorial CCS; 2002. p. 65-6.
19. Donati P. Manuale di sociologia della famiglia. Italia: Gius. Laterza & Figli Spa; 2014.
20. López EM. Familia y sociedad: una introducción a la sociología de la familia: Ediciones Rialp; 2000.
21. Irigoyen A. Nuevos Fundamentos de medicina familiar. 3ª. Edición Editorial Medicina familiar Mexicana México. 2006.
22. De la Revilla L, Muñoz EB. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Doyma 1994.
23. González Merlo J, Laílla Vicens JM, Fabre González E, González Bosquet E. Obstetricia. 6 ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013. 752 p.

24. Hacker NF, Gambone J, Hobel CJ. Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore. 5 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2011.
25. Pellicer Martínez A, Hidalgo Mora JJ, Perales Marín A, Díaz García C. Obstetricia y ginecología: guía de actuación. Madrid: Médica Panamericana; 2014. 759 p.
26. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. NTS N° 105 - MINSA/DGSP.V.01. R.M. N° 827-2013/MINSA, R.M. N° 159-2014/MINSA. Lima - Perú: Ministerio de Salud; 2014.
27. De Cherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS. Diagnostico y tratamiento ginecoobstetricos. 11a ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A.; 2014.
28. Ministerio de Salud de Panamá. Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Programa Materno Infantil. Panamá: Ministerio de Salud 2015.
29. Gibaja Cconislla YL. Características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de la infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud-Cusco, 2018 [Tesis para título de médico]. Cusco: Universidad Andina del Cusco, Facultad de Ciencias de la Salud 2019.
30. Pigrau Serrallach C. Infección del tracto urinario. Madrid: Ergon; 2013. 176 p.
31. Vazquez JC, Abalos E. Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011(1).
32. Escobar-Padilla B, Gordillo-Lara LD, Martínez-Puon H. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2017;55(4):424-8.
33. Retureta Milán SE, Rojas Álvarez LM, Retureta Milán ME. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. MediSur. 2015;13(4).
34. Guzmán-Miranda CO, Caballero-Rodríguez CT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago. 2015(128):336-50.
35. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. Rev Soc Bol Ped. 2000;39(3):1-22.
36. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2003;82(2):182-8.

37. Inga Castillo G. Factores asociados a aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años de edad del hospital Militar Central en el año 2016. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Huamana; 2017.
38. Sánchez Vidal KJ. Nivel de participación de las personas en la decisión del aborto provocado-Hospital Nacional Sergio Bernales, 2004. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2005.
39. Artiles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. 65-78 p.
40. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.
41. Martínez Montaña MdL, Briones Rojas R, Cortes Riveroll R. Metodología de la investigación para el área de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 47-62 p.
42. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.
43. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 600 p.
44. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar NE, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 202 p.
45. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.
46. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.
47. García García JA, López Alvarenga JC, Jiménez Ponce F, Ramírez Tapia Y, Lino Pérez L, Reding Bernal A. Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 447 p.



**Anexos:**

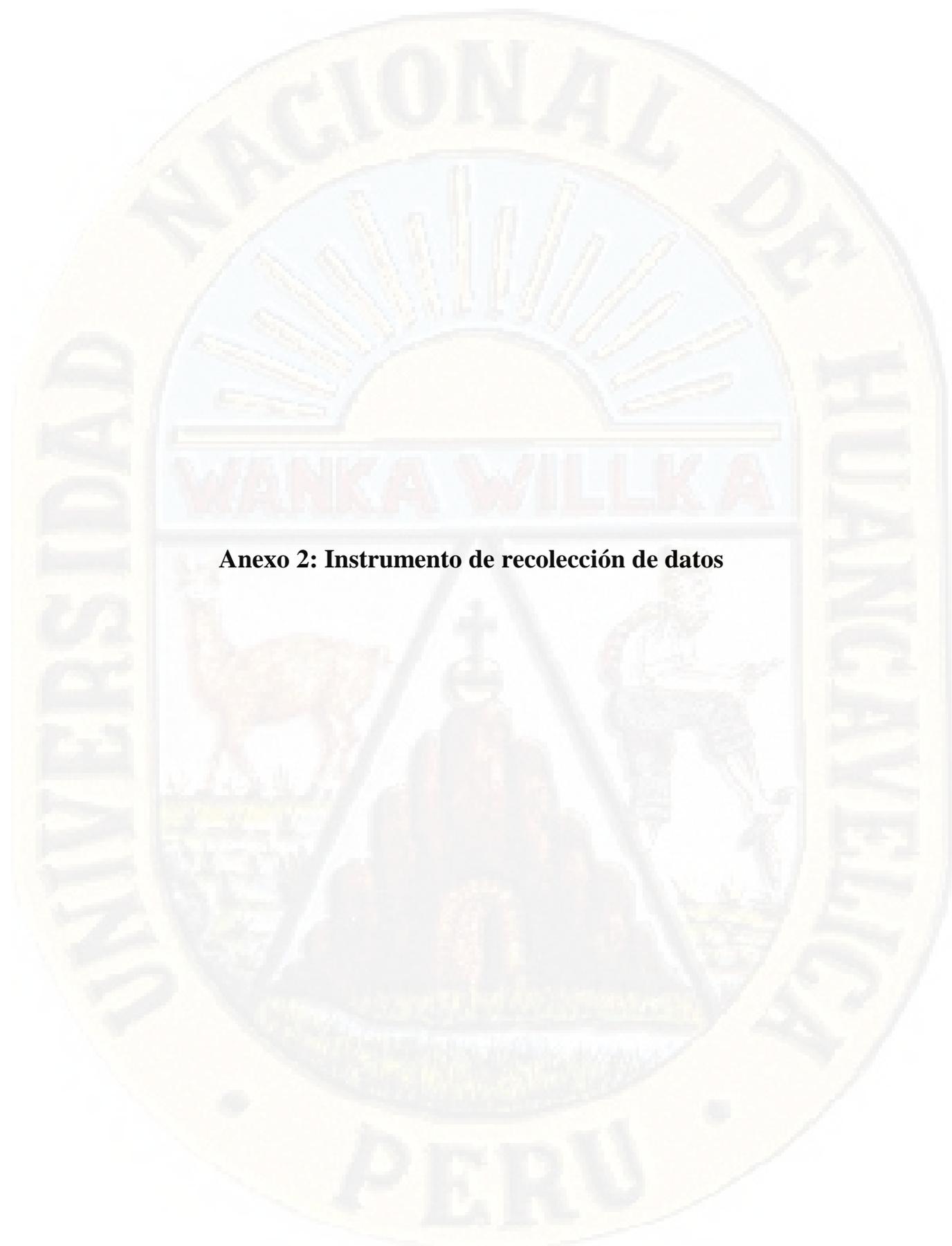


**Anexo 1: Matriz de consistencia**

**MATRIZ DE CONSISTENCIA**  
**INVESTIGACIÓN: Perfil familiar de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica 2019.**

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
<p><b>Problema general</b> ¿Cuál es el perfil familiar de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica de enero a junio del 2019?</p> <p><b>Problemas específicos</b> ¿Cuáles son las características de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica de enero a junio del 2019?</p> <p>¿Cuáles son las complicaciones que presentaron las gestantes atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica de enero a junio del 2019?</p> <p>¿Cuáles son las características familiares de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica de enero a junio del 2019?</p>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar el perfil familiar de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica de enero a junio del 2019.</p> <p><b>Objetivos específicos</b> Identificar las características de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica de enero a junio del 2019.</p> <p>Identificar las complicaciones que presentaron las gestantes atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica de enero a junio del 2019.</p> <p>Identificar las características familiares de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica de enero a junio del 2019.</p>	<p>Las complicaciones durante el embarazo obedecen a diversos factores tanto epidemiológicos como clínicos de carácter médico y/o gineco-obstétricos, que se pueden presentar durante la gestación, los cuales se relacionan en alto porcentaje con las muertes maternas; entre las más frecuentes se encuentran: hemorragias, infecciones, abortos, eclampsia, desproporción céfalo pélvica y problemas de presentación (6). Algunas mujeres pueden tener problemas de salud durante su embarazo; estas complicaciones pueden afectar la salud de la madre, del feto o de ambos; incluso las mujeres que estaban sanas antes del embarazo pueden tener complicaciones. Por lo anteriormente mencionado es importante investigar a las gestantes que presentaron complicaciones en el embarazo atendidas en el Hospital de Lircay, Angaraes de la región Huancavelica. Los resultados de esta investigación y su interpretación adecuada permitirán conocer el perfil familiar y las características de las gestantes que presentaron complicaciones en su embarazo, lo que contribuirá a comprender y explicar; las determinantes y/o factores de riesgo en las gestantes; así mismo concientizar al personal de salud acerca de la importancia de esta información, su interpretación y uso en las intervenciones sanitarias. Por otra parte, los resultados del estudio servirán para integrar procedimientos de seguimiento y atención a la gestante; que permitan un manejo integral y pertinente.</p>	<p>Perfil familiar de las gestantes con complicaciones</p>	<p>Características de la gestante</p> <p>Complicación obstétrica</p> <p>Características familiares</p>	<p>Edad de la gestante</p> <p>Estado civil de la gestante</p> <p>Nivel de Instrucción de la gestante</p> <p>Paridad de la gestante</p> <p>Número de atenciones prenatales de la gestante</p> <p>Tipo de complicación obstétrica que presento la gestante</p> <p>Tipo de familia de la gestante</p> <p>Ingresos familiares mensuales</p> <p>Número de miembros de la familia</p> <p>Número de personas por habitación</p> <p>Numero de comidas que consume la familia por día</p> <p>Tipo de tenencia de vivienda</p>	<p>Edad de la gestante en años cumplidos registrada en la historia clínica.</p> <p>Estado civil de la gestante registrada en la historia clínica.</p> <p>Nivel de Instrucción de la gestante registrada en la historia clínica.</p> <p>Paridad de la gestante registrada en la historia clínica.</p> <p>Número de atenciones prenatales de la gestante registrada en la historia clínica.</p> <p>Tipo de complicación obstétrica que presento la gestante registrada en la historia clínica.</p> <p>Tipo de familia de la gestante registrada en la historia clínica.</p> <p>Ingresos familiares mensual en soles.</p> <p>Número de miembros de la familia.</p> <p>Número de personas por habitación.</p> <p>Número de comidas por día en la familia.</p> <p>Tipo de tenencia de vivienda.</p>	<p>Numérico</p> <p>Soltera (1) Conviviente (2) Casada (3) Viuda (4) Divorciada (5) Sin instrucción (1) Inicial (2) Primaria incompleta (3) Primaria completa (4) Secundaria incompleta (5) Secundaria completa (6) Superior incompleta (7) Superior completa (8)</p> <p>Nominal</p> <p>Familia Nuclear (1) Familia Extendida (2) Familia Ampliada (3) Familia Monoparental (4) Familia Reconstituida (5) Equivalente familiar (6)</p> <p>Numérico</p> <p>Numérico</p> <p>Numérico</p> <p>Vivienda propia (1) Vivienda alquilada (2) Vivienda de padres (3) Vivienda de familiares (4) Otros tipos de vivienda (5)</p>	<p><b>Nivel de investigación</b> El nivel de investigación es descriptivo (DANKHE 1986).</p> <p><b>Tipo de investigación</b> investigación observacional, retrospectiva, descriptiva, de corte transversal.</p> <p><b>Diseño de Investigación</b> El estudio corresponde a un diseño descriptivo simple; porque se trabajará sobre realidades del hecho y su característica fundamental es la de representar una interpretación correcta del fenómeno. Esquema: <b>M O</b></p> <p><b>M:</b> Gestantes que presentaron complicaciones en el embarazo, atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica 2019.</p> <p><b>O:</b> Características de las gestantes, tipo de complicación y perfil familiar.</p> <p><b>Población, muestra, muestreo</b> <b>La población</b> Fueron todas las gestantes que presentaron complicaciones en su embarazo y fueron atendidas en el Hospital de Lircay, de la provincia de Angaraes, región Huancavelica de enero a junio del 2019; que según registros estadísticos fueron un total de 80 gestantes.</p> <p><b>Muestra:</b> El estudio fue censal.</p>

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ÍTEM	VALOR	METODOLOGÍA
					<p>La vivienda aceptable en habitabilidad, privacidad, seguridad y confort mínimo</p> <p>Eliminación de excretas</p> <p>Tipo de agua de consumo</p> <p>Abastecimiento de agua</p>	<p>La vivienda aceptable en habitabilidad, privacidad, seguridad y confort mínimo.</p> <p>Eliminación de excretas.</p> <p>Tipo de agua de consumo.</p> <p>Abastecimiento de agua.</p>	<p>Si (1) / No (2)</p> <p>Aire libre (1) Acequia, canal (2)</p> <p>Red pública (3) Letrina (4)</p> <p>Pozo séptico (5) Otros (6)</p> <p>Agua con tratamiento (1)</p> <p>Agua sin tratamiento (2)</p> <p>Red pública dentro de la vivienda (1)</p> <p>Red pública fuera de la vivienda (2)</p> <p>Pozo cisterna (3)</p> <p>Rio, acequia o puquiales (4)</p>	



**Anexo 2: Instrumento de recolección de datos**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO**

**FORMATO N° 01**

**Ficha de recolección de datos sobre perfil familiar de las gestantes con complicaciones**

**Investigación: Perfil familiar de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica 2019.**

**INSTRUCCIONES:** El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas, e informe; el llenado debe ser correcto tal como se encuentra en ella, no se permite borrar, tampoco cambiar o modificar los datos. Cada ficha de recolección de datos tiene un número y un espacio para las observaciones en las que se deberá anotar con claridad si ocurriera los siguientes casos: falta un dato(s) será considerado como mal llenado; no existe físicamente la historia clínica; existe la historia clínica, pero está incompleta; historia clínica judicializada.

**I. DATOS GENERALES:**

1. Ficha N° \_\_\_\_\_
2. Responsable del llenado: \_\_\_\_\_
3. Fecha del llenado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2019. Hora del llenado: \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas
4. Región: \_\_\_\_\_ 1.5. Provincia: \_\_\_\_\_
6. Distrito: \_\_\_\_\_ 1.7. N° de historia clínica: \_\_\_\_\_

**II. DATOS PROPIOS DEL ESTUDIO** (Llenar los datos solicitados según corresponda en los recuadros o marcar con una "X")

- 2.1. Edad de la gestante: \_\_\_\_\_ años.
- 2.2. Estado civil de la gestante
  - a) Soltera (1)
  - b) Conviviente (2)
  - c) Casada (3)
  - d) Viuda (4)
  - e) Divorciada (5)
- 2.3. Nivel de Instrucción de la gestante
  - a) Sin instrucción (1)
  - b) Inicial (2)
  - c) Primaria incompleta (3)
  - d) Primaria completa (4)
  - e) Secundaria incompleta (5)
  - f) Secundaria completa (6)
  - g) Superior incompleta (7)
  - h) Superior completa (8)
- 2.4. Paridad de la gestante: \_\_\_\_\_
- 2.5. Número de atenciones pre natales de la gestante: \_\_\_\_\_
- 2.6. Tipo de complicación obstétrica que presentó la gestante:
  - a) \_\_\_\_\_
  - b) \_\_\_\_\_
  - c) \_\_\_\_\_

**III. PERFIL FAMILIAR** (marque con una “X” o registrar los datos según corresponda)

3.1. Tipo de familia de la gestante.

- a) Familia Nuclear (Ambos padres e hijos) (1)
- b) Familia Extendida (Ambos padres o uno de ellos, hijos (2) y parientes en la tercera generación)
- c) Familia Ampliada (Ambos padres o uno de ellos, hijos (3) y parientes como tíos, sobrinos, etc.)
- d) Familia Monoparental (El padre o la madre y los hijos) (4)
- e) Familia Reconstituida (Un hombre o una mujer con hijos (5) inician una convivencia y forman una nueva familia)
- f) Equivalente familiar (Grupo de amigos, hermanos, (6) personas solas, etc.)

3.2. Características de la familia y la vivienda.

- a) Ingresos familiares mensual S/. \_\_\_\_\_
- b) Número de miembros de la familia: \_\_\_\_\_
- c) Número de personas por habitación: \_\_\_\_\_
- d) Numero de comidas por día en la familia: \_\_\_\_\_
- e) Tipo de tenencia de vivienda:
  - Vivienda propia (1)
  - Vivienda alquilada (2)
  - Vivienda de padres (3)
  - Vivienda de familiares (4)
  - Otros tipos de vivienda (5) Detalle: \_\_\_\_\_
- f) La vivienda es adecuada, es decir, cuenta con condiciones aceptables, en cuanto a habitabilidad, privacidad, seguridad y confort mínimo.
  - Si (1)
  - No (2)
- g) Eliminación de excretas:
  - Aire libre (1) Acequia, canal (2) Red pública (3) Letrina (4)
  - Pozo séptico (5) Otros (6) Detalle \_\_\_\_\_
- h) Tipo de agua de consumo:
  - Agua con tratamiento (1) Agua sin tratamiento (2)
- i) Abastecimiento de agua:
  - Red pública dentro de la vivienda (1) Red pública fuera de la vivienda (2)
  - Pozo cisterna (3) Río, acequia o puquiales (4)

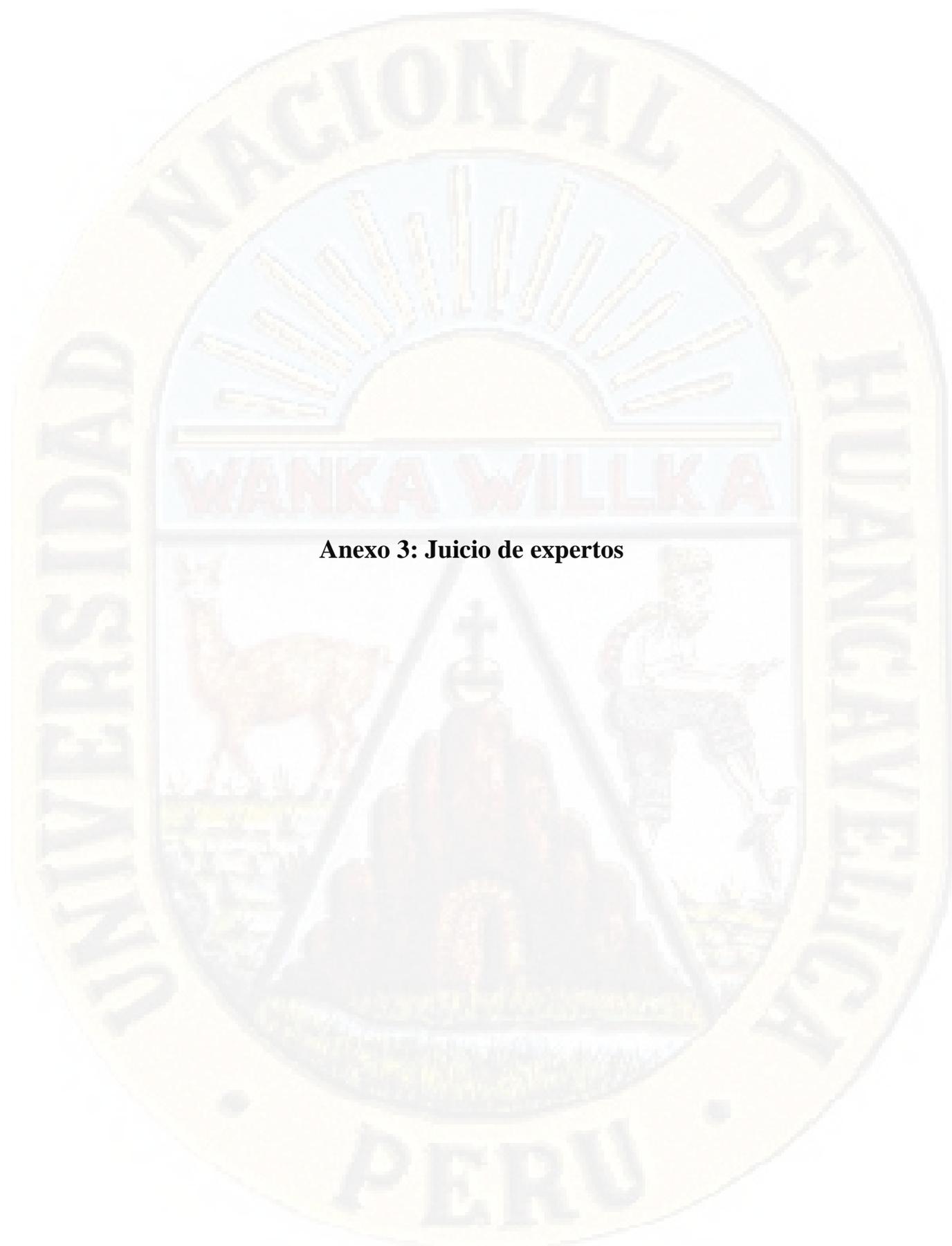
Observaciones:

---

---

---

---



**Anexo 3: Juicio de expertos**

**Ficha de evaluación del instrumento de investigación por el criterio de experto o Juez**

**Instrumento:** Ficha de recolección de datos sobre perfil familiar de las gestantes con complicaciones.

**Investigación:** Perfil familiar de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica 2019.

**1. DATOS GENERALES**

- 1.1. Apellidos y nombres del Juez : \_\_\_\_\_
- 1.2. Grado académico : \_\_\_\_\_
- 1.3. Mención : \_\_\_\_\_
- 1.4. DNI/ Celular : \_\_\_\_\_
- 1.5. Cargo e institución donde labora : \_\_\_\_\_
- 1.6. Lugar y fecha : \_\_\_\_\_

**2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN**

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada.					
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.					
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					

CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)	A	B	C	D	E

**CALIFICACIÓN GLOBAL:** Coeficiente de validez =  $\frac{\square\square\square + \square\square\square + \square\square\square + \square\square\square + \square\square\square}{\square\square} = \text{-----}$

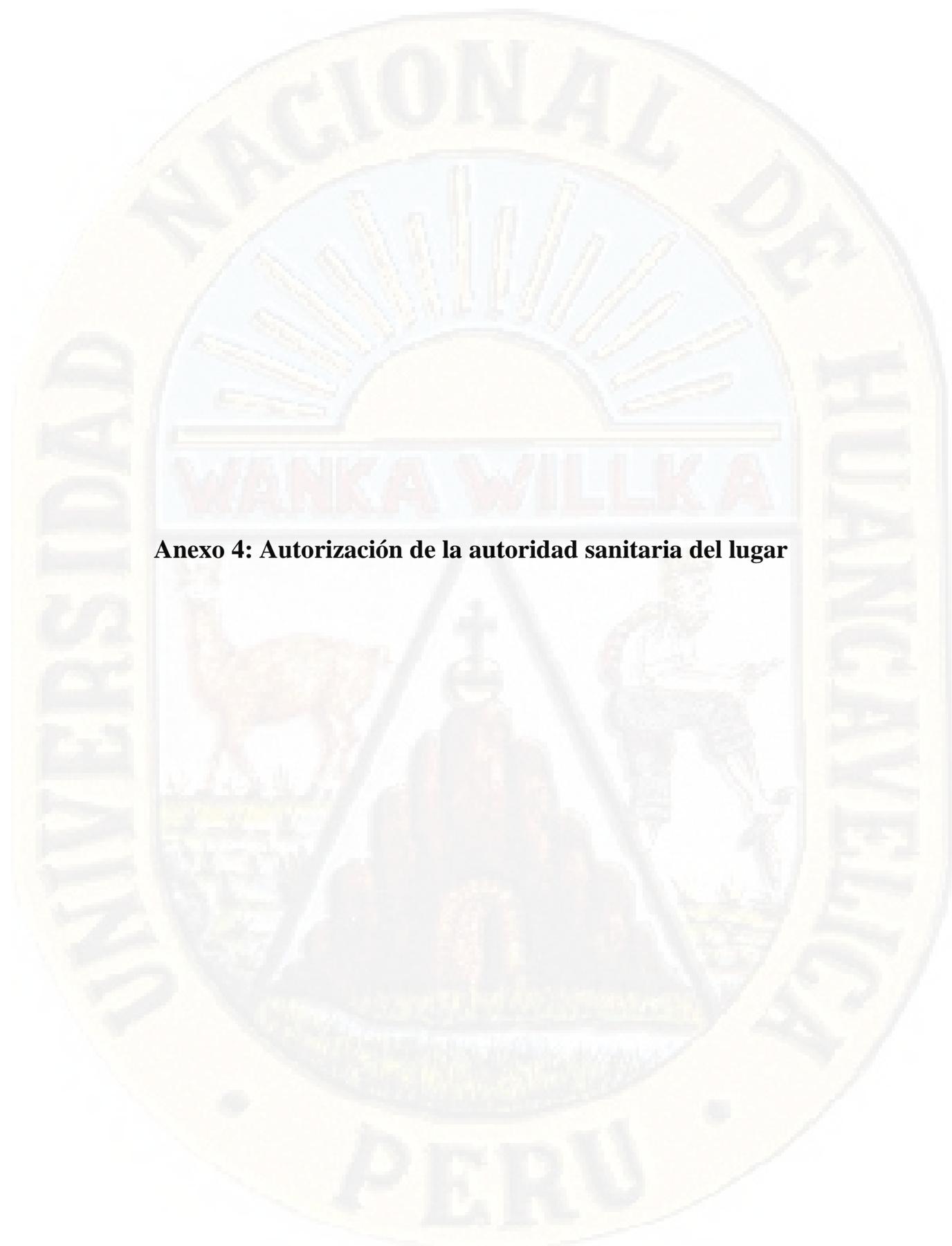
**3. OPINIÓN DE APLICABILIDAD** (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	<input type="radio"/>	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	<input type="radio"/>	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	<input type="radio"/>	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	<input type="radio"/>	<0,81 – 1,00]

**4. RECOMENDACIONES:**

.....  
.....

.....  
Firma del Juez



**Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA**  
(Creado por Ley N° 25265)  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

.....  
**Director**  
**Hospital de Lircay – Angaraes, Huancavelica**

SD.

Yo, Amesquita Ramos, Judith Salome identificado (a) con D.N.I. N° \_\_\_\_\_, Obstetra de profesión, egresada de la especialidad en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto me presento y digo.

Que, deseo realizar una investigación sobre la “Perfil familiar de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica 2019”.

Por lo cual solicito me brinde la autorización pertinente para poder tener acceso a la información de fuentes secundarias; por otra parte, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo será analizada de manera conjunta o grupal; por lo mencionado solicito se me expida la autorización y se me brinde las facilidades, para realizar la investigación.

Por lo expuesto, pido a Ud., acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Huancayo, 03 de setiembre del 2019.

\_\_\_\_\_  
Firma del Interesado