

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(CREADA POR LEY N° 25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TESIS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS GESTANTES
ATENDIDAS EN LA IPRESS HUALHUAS,
HUANCAYO 2021.**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD MATERNO PERINATAL
Y NEONATAL**

PRESENTADO POR:

Obsta. Gómez Pocomucha, Yesenia Magaly
Obsta. Lulo Calderón, Yudith Milagros

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

HUANCAMELICA - PERÚ
2022



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
(Creada por Ley N° 25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huancavelica a las 10:10 horas del día trece de mayo del año dos mil veintidós, nos reunimos los miembros del Jurado Evaluador, designado con Resolución N° Resolución N°163-2022-D-FCS-R-UNH, de fecha 19 de abril de 2022, conformado de la siguiente manera:

Presidente : Dra. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES

<https://orcid.org/0000-0002-4583-6384>

DNI N°: 28271119

Secretario : Dra. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN

<https://orcid.org/0000-0002-1903-1355>

DNI N°: 20108555

Vocal : Dra. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE

<https://orcid.org/0000-0003-1544-8863>

DNI N°: 42145123

Con la finalidad de llevar a cabo el acto académico de sustentación de la tesis de segunda especialidad en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico, titulada: **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN LA IPRESS HUALHUAS, HUANCAYO 2021**; aprobada mediante Resolución N° 196-2022-D-FCS-R-UNH, donde se fija fecha y hora para el mencionado acto.

Sustentante(s):

LULO CALDERON, YUDITH MILAGROS

DNI N°: 44018774

GOMEZ POCOMUCHA, YESENIA MAGALY

DNI N°: 70226270

Concluida la sustentación de forma sincrónica, se procede con las preguntas y/u observaciones por parte de los miembros del jurado. Acto seguido, el presidente del Jurado Evaluador informa a la sustentante que se suspende la conectividad durante unos minutos para deliberar sobre los resultados de la sustentación de la tesis; llegando al calificativo de: **APROBADO** por **UNANIMIDAD**.

Para constancia se expide la presente Acta, en la ciudad de Huancavelica a los trece días del mes de mayo del 2022.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman
SECRETARIO

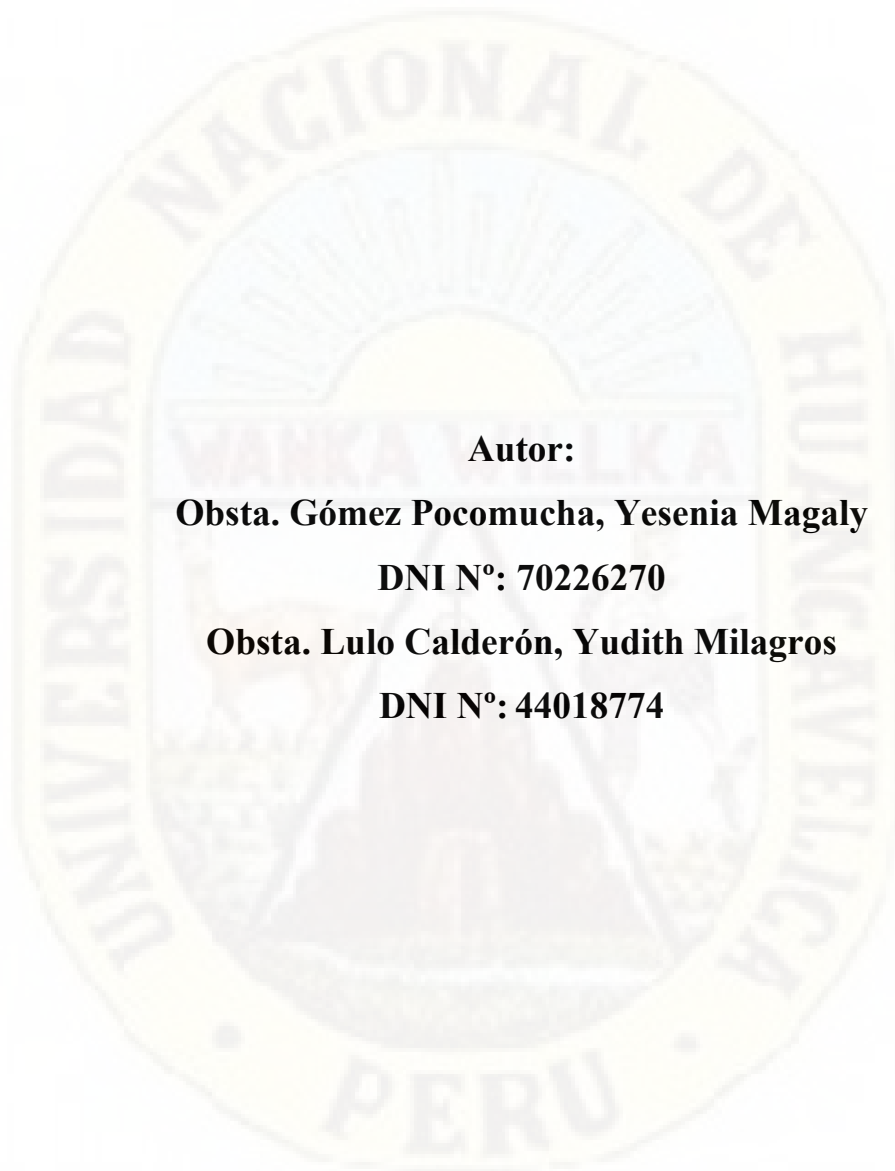
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Rossibel J. Muñoz De la Torre
DOCENTE
VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO
V. B. DECANO
Mg. YOLANDA GARCÍA PINEDA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA
V. B. SECRETARIO DOCENTE
Mg. Zelmira Flor De La Cruz Ramos
JEFA DE LA OFICINA DE SECRETARIA DOCENTE

TÍTULO DE LA TESIS

**Perfil epidemiológico de las gestantes atendidas en la IPRESS
Hualhuas, Huancayo 2021.**



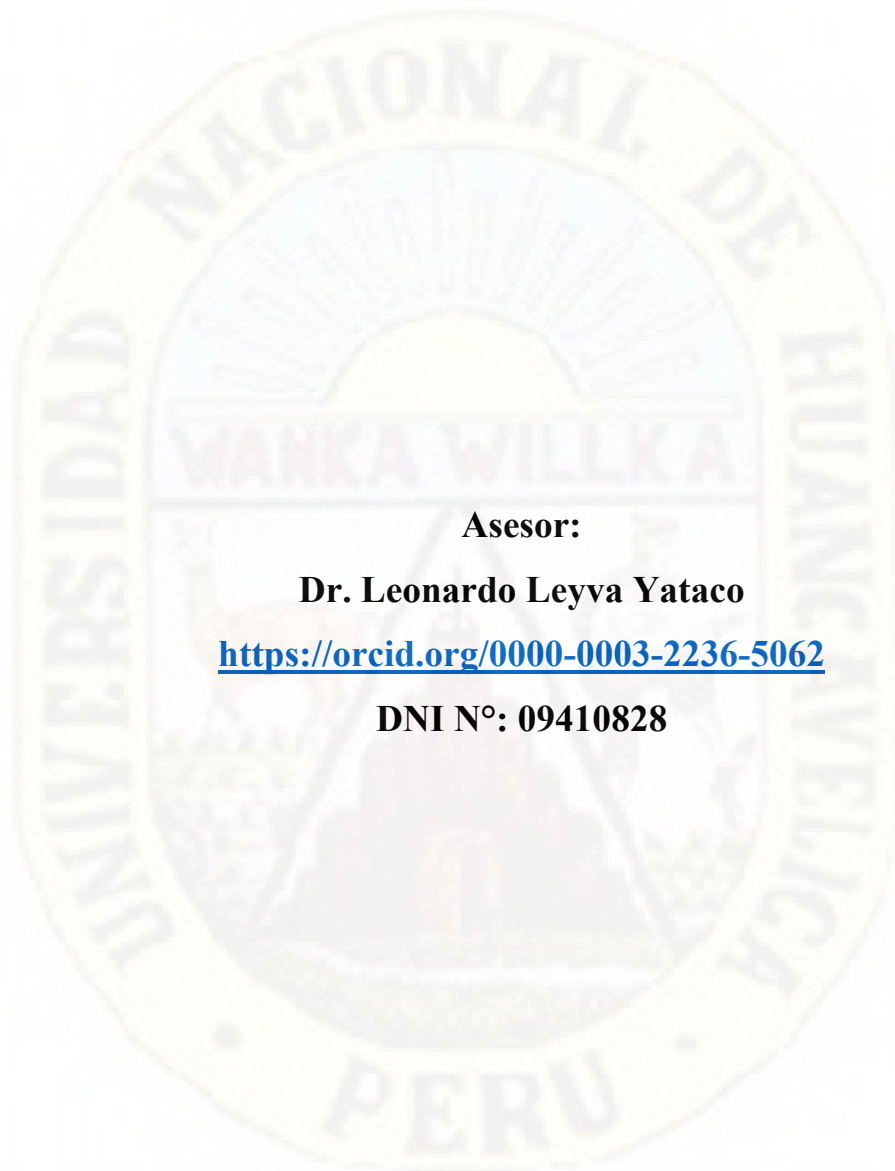
Autor:

Obsta. Gómez Pocomucha, Yesenia Magaly

DNI N°: 70226270

Obsta. Lulo Calderón, Yudith Milagros

DNI N°: 44018774



Asesor:

Dr. Leonardo Leyva Yataco

<https://orcid.org/0000-0003-2236-5062>

DNI N°: 09410828

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mis padres Olimpia Pocomucha y Marín Gómez, mi esposo Romel Sánchez que siempre me apoyaron de manera incondicional en la parte moral y económica para poder seguir desarrollándome como profesional.

Yesenia Magaly Gómez Pocomucha.

Este trabajo va dedicado a mi familia por brindarme su amor, paciencia, dedicación, comprensión y su tiempo para el logro de mis metas. A mi pequeño hijo por ser fuente de motivación y crecimiento personal.

Yudith Milagros Lulo Calderón.

Agradecimiento

Agradezco de todo corazón a los docentes por sus enseñanzas durante esta etapa de especialización. De todos me llevo algo muy especial y sé que lo aprendido jamás lo olvidare.

También quiero agradecer a mi tutor por el tiempo dedicado y los conocimientos brindados.

A mis padres por haber dado la vida y por enseñarme a vivirla, por los valores y principios que me han inculcado.

Por último, pero no por eso menos a mi esposo e hijos por ser mi motor y motivo para poder seguir superándome, este logro se lo debo a ustedes.

Yesenia Magaly Gómez Pocomucha.

A mis padres por brindarme su apoyo incondicional en mi crecimiento personal.

A mi familia por ser el motivo para seguir esforzándome porque halle en ellos un motivo para culminar esta meta.

A mi amado por demostrarme que el amor verdadero existe y hacer de mí una buena persona.

Yudith Milagros Lulo Calderón.

Índice

Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Índice.....	viii
Índice de tablas.....	x
Resumen.....	xi
Abstract	xii
Introducción	xiii
CAPÍTULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción del problema	15
1.2. Formulación del problema	16
1.3. Objetivos de la investigación	17
1.4. Justificación	17
1.5. Limitaciones.....	18
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación	19
2.2. Bases teóricas.....	23
2.3. Definición de términos.....	49
2.4. Identificación de variables	50
2.5. Operacionalización de variables	51
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Ámbito temporal y espacial	52
3.2. Tipo de investigación.....	52
3.3. Nivel de investigación.....	53
3.4. Métodos de investigación.....	53
3.5. Diseño de investigación	53
3.6. Población, muestra y muestreo	54
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	54
3.8. Técnicas y procesamiento de análisis de datos	54
CAPÍTULO IV	
PRESENTACION DE RESULTADOS	
4.1. Análisis de información	56
4.2. Discusión de resultados.....	63
Conclusiones	67
Recomendaciones.....	68
Referencias bibliográficas.....	69

Anexos:	75
Anexo 1: Matriz de consistencia	76
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos	78
Anexo 3: Juicio de expertos	81
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar.....	84



Índice de tablas

Tabla 1.	Características sociodemográficas de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021.	56
Tabla 2.	Características obstétricas de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021.	58
Tabla 3.	Morbilidades y complicaciones en las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021.	60
Tabla 4.	Causas o razones de cesárea en las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021.	62

Resumen

Objetivo. Identificar el perfil epidemiológico de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021. **Método.** Investigación transversal, descriptiva, retrospectiva. Método inductivo. Diseño descriptivo simple. Población: Todas las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo en el año 2021, según registros del establecimiento de salud, fueron un total de 58. La muestra censal. La técnica fue el análisis documental. El instrumento la ficha de recolección de datos. **Resultados.** El 72.4% tuvieron una edad ≤ 34 años, el 27,6% tuvieron edades extremas ($\leq$ a 18 años y $\geq$ a 35 años). El 72,4% (42) fueron gestantes convivientes, el 51,7% (30) tuvieron educación secundaria, el 34,5% (20) tuvieron educación superior y el 13,8% no llegaron a tener educación secundaria. El 50% (29) presentaron un peso normal, el 32,8% (19) tuvieron sobrepeso y el 13,8% (8) tuvieron obesidad. El 37,9% (22) fueron nulíparas. El 32,8% (19) no tuvieron periodo intergenésico por ser primigesta, el 13,8% (8) tuvieron un periodo intergenésico corto, el 27,6% (16) tuvieron un periodo intergenésico normal y el 25,9% (15) tuvieron un periodo intergenésico largo. El 46,6% (27) tuvieron su primera atención prenatal antes de las 14 semanas de gestación. El 69% (40) tuvieron 6 a más atenciones prenatales. El 19% (11) tuvieron antecedentes personales de riesgo, el 46,6% (27) tuvieron comorbilidades médicas, el 27,6% (16) tuvieron complicaciones obstétricas, el 27,6% (16) tuvieron parto por cesárea. **Conclusiones.** Las gestantes se caracterizaron por ser jóvenes, convivientes, con educación secundaria, de peso normal, nulíparas, de atenciones prenatales no oportunas, con antecedentes de riesgos, morbilidades médicas y obstétricas; por lo cual la atención prenatal juega un papel importante en la detección oportuna, seguimiento y tratamiento adecuado a la gestante para prevenir mayores complicaciones.

Palabras clave: perfil epidemiológico, características de la gestante, características obstétricas, complicaciones obstétricas.

Abstract

Objective. Identify the epidemiological profile of pregnant women treated at IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021. **Method.** Cross-sectional, descriptive, retrospective research. Inductive method. Simple descriptive design. Population: All pregnant women treated at the IPRESS Hualhuas, Huancayo in 2021, according to health facility records, were a total of 58. The census sample. The technique was documentary analysis. The instrument the data collection form. **Results.** 72.4% were ≤ 34 years old, 27.6% were extreme ages (≤ 18 years and ≥ 35 years). 72.4% (42) were cohabiting pregnant women, 51.7% (30) had secondary education, 34.5% (20) had higher education and 13.8% did not have secondary education. 50% (29) had a normal weight, 32.8% (19) were overweight and 13.8% (8) were obese. 37.9% (22) were nulliparous. 32.8% (19) did not have an intergenic period because they were primigravida, 13.8% (8) had a short intergenic period, 27.6% (16) had a normal intergenic period and 25.9% (15) had a long intergenesic period. 46.6% (27) had their first prenatal care before 14 weeks of gestation. 69% (40) had 6 or more prenatal care. 19% (11) had a personal history of risk, 46.6% (27) had medical comorbidities, 27.6% (16) had obstetric complications, and 27.6% (16) had a cesarean section. **Conclusions.** The pregnant women were characterized by being young, cohabiting, with secondary education, of normal weight, nulliparous, of inappropriate prenatal care, with a history of risks, medical and obstetric morbidities; Therefore, prenatal care plays an important role in the timely detection, follow-up and adequate treatment of the pregnant woman to prevent further complications.

Keywords: epidemiological profile, characteristics of the pregnant woman, obstetric characteristics, obstetric complications.

Introducción

La atención de la salud materna perinatal tiene como propósito madres sin complicaciones durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacidos sanos, lo cual depende de la condición o perfil de la gestante y el acceso a los servicios de salud (1). Es recomendable que el embarazo sea planificado (2).

Cada día mueren en todo el mundo 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio (3). La mayoría se producen en países de ingresos bajos, conocer las características de las gestantes permite organizar la atención sanitaria (3, 4). La mayoría de los problemas maternos aparecen durante la gestación, muchas son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación (5).

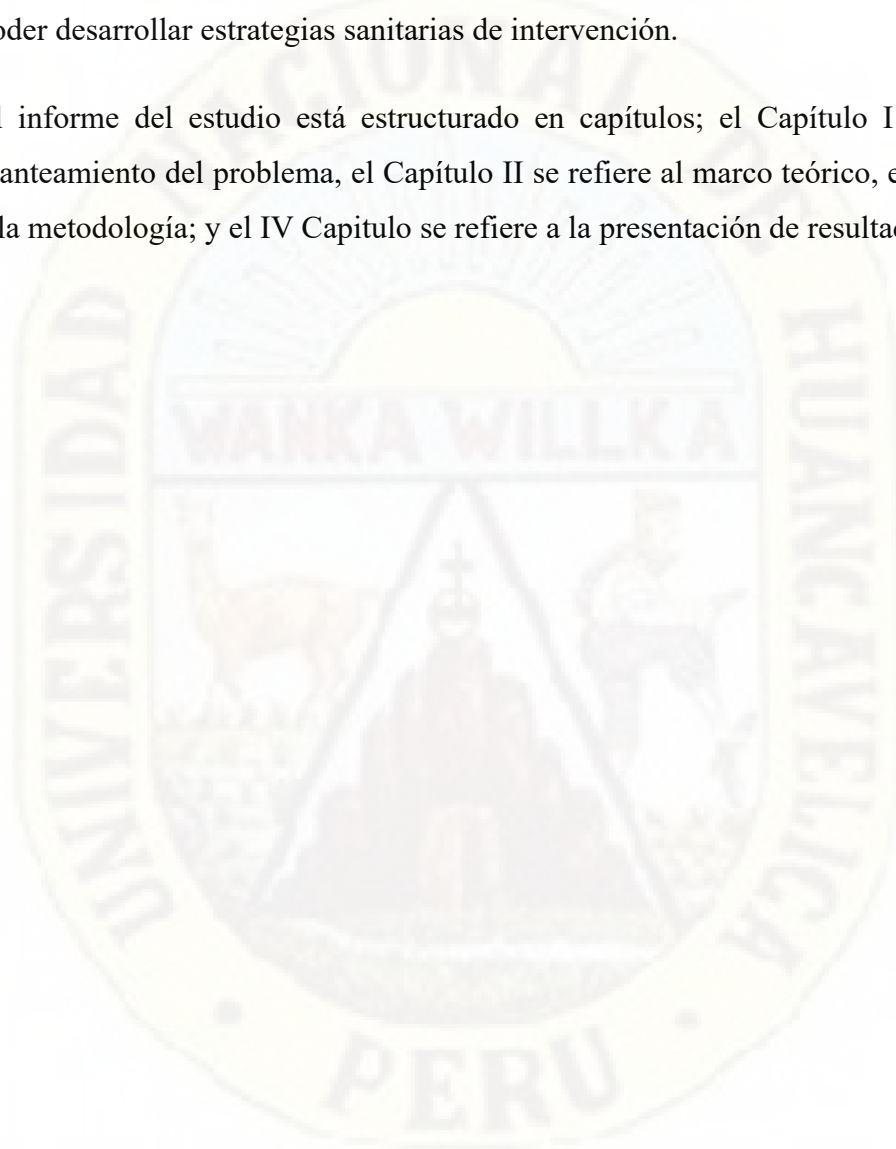
La obesidad y el sobrepeso, se asocian con resultados inadecuados en el embarazo (6). La anemia se asocia con carencia de hierro, folatos y vitamina A, que afectan aproximadamente al 38,2% de las embarazadas en todo el mundo (7). Existen factores considerados de riesgo que pueden ocasionar morbilidad o complicaciones, como edades extremas (≤ 18 y ≥ 35 años), período intergenésico < 2 años, el embarazo no deseado, el número de partos, el estado nutricional, la talla baja, el nivel de instrucción, condiciones de trabajo, mala historia obstétrica, morbilidades existentes entre otros (8).

Estudios indican que el 73,2 % de las gestantes tuvieron problemas de salud desde su captación en las consultas y su proporción aumento en la atención prenatal (82,4 %); la infección cérvico vaginal, la carie dental, la anemia y alteraciones de la curva de peso, fueron los principales problemas de salud durante el embarazo (9). En las comunidades rurales y hogares pobres, las mujeres tienen acceso limitado a la educación y servicios de salud (10).

En el distrito de Hualhuas, específicamente en la jurisdicción del puesto de salud de Hualhuas, las gestantes tienen ciertas características o perfil epidemiológico que por

las condiciones de vida en su contexto; pueden convertirse en riesgo para la salud materna; esta situación motivo a desarrollar el estudio, para conocer las características sociodemográficas, obstétricas, morbilidad y complicaciones de las gestantes; información que permitirá comprender la situación de salud de las madres; a fin de poder desarrollar estrategias sanitarias de intervención.

El informe del estudio está estructurado en capítulos; el Capítulo I se refiere al planteamiento del problema, el Capítulo II se refiere al marco teórico, el Capítulo III a la metodología; y el IV Capítulo se refiere a la presentación de resultados.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La atención de la salud materna perinatal tiene como propósito madres sin complicaciones durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacidos sanos, lo cual depende de la condición o perfil de la gestante y el acceso a los servicios de salud (1). Es recomendable que el embarazo sea planificado y que la gestante tenga las mejores condiciones biológicas, psicológicas, socioeconómicas entre otras que contribuyen a una adecuada salud materna (2).

Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio (3). La mayoría se producen en países de ingresos bajos y podrían evitarse con una intervención adecuada (3). Muchos países consideran importante tener un perfil epidemiológico de las gestantes para organizar la atención sanitaria no sólo por el conocimiento acerca de las características maternas, morbilidades y riesgos; sino, como poderosa herramienta para el desarrollo del cuidado obstétrico (4).

La mayoría de las complicaciones maternas aparecen durante la gestación, muchas son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la atención prenatal (5).

La obesidad y el sobrepeso, se asocian con resultados inadecuados en el embarazo (6). La anemia se asocia con carencia de hierro, folatos y vitamina A; que afectan aproximadamente al 38,2% de las embarazadas en todo el mundo (7).

Diversos estudios indican que existen ciertos factores considerados de riesgo que pueden ocasionar morbilidad o complicaciones en el embarazo, parto o puerperio; los factores más frecuentes son las edades extremas menores de 18

años y mayores de 35 años, período intergenésico menor de 2 años, el embarazo no deseado, el número de partos, el estado nutricional, la talla baja, el nivel de instrucción, condiciones de trabajo, antecedentes obstétricos desfavorables, morbilidades existentes entre otros (8).

Estudios mostraron que el 73,2 % de las gestantes tuvieron problemas de salud desde su captación en las consultas y su proporción aumento en la reevaluación (82,4 %); la infección cérvico vaginal, la carie dental, la anemia y alteraciones de la curva de peso, fueron los principales problemas de salud durante el embarazo (9). En las comunidades rurales y hogares pobres, las mujeres tienen acceso limitado a la educación y en las zonas urbano marginales las gestantes principalmente no reciben los servicios necesarios, lo cual las expone a riesgos en su embarazo o que presenten morbilidades (10).

En la región Junín, en el distrito de Hualhuas, específicamente en la jurisdicción del puesto de salud de Hualhuas, las gestantes tienen ciertas características o perfil epidemiológico que por las condiciones de vida en su contexto; pueden convertirse en riesgo para la salud de la madre. Esta situación es muy poco conocida y existe escasa información sobre el perfil epidemiológico de las gestantes de este contexto.

La escasa información sobre la situación de estas gestantes; motivo a desarrollar el estudio, para conocer las características sociodemográficas, obstétricas, morbilidad y complicaciones de las gestantes; información que permitirá comprender la situación de salud de las madres; a fin de poder desarrollar estrategias sanitarias que contribuyan a controlar o disminuir las condicionantes negativas para la madre.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es el perfil epidemiológico de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021?
- ¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021?
- ¿Cuáles son las morbilidades y complicaciones en las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Identificar el perfil epidemiológico de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021.
- Identificar las características obstétricas de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021.
- Identificar las morbilidades y complicaciones en las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021.

1.4. Justificación

Hace más de dos décadas, la Organización Mundial de la Salud estimó que 20 millones de mujeres experimentarían complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio (11). También mencionan que la atención de la salud materna es una prioridad y debe ser parte de las políticas públicas para mejorar los resultados del embarazo (12). Por lo tanto, es importante comprender el perfil epidemiológico de las gestantes e identificar las características que pueden ser perjudiciales para la salud materna, a fin de controlar o evitar los riesgos para la salud materna y perinatal.

Con base en el contexto sociocultural andino, los hallazgos permitirán proponer estrategias o intervenciones de salud en términos de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños; ayudar a controlar o reducir estos problemas en las gestantes; por otro lado, la información permitirá al personal de salud comprender y aprender sobre el perfil epidemiológico de las mujeres embarazadas y para una abordaje o intervención más adecuado.

1.5. Limitaciones

La situación de la pandemia del SARS CoV2 ha generado restricciones de acceso a ciertas áreas de los servicios de salud, esto genero demoras en recabar información, por el riesgo de contagio, debido a la demanda sanitaria de la población.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Silva et al (13) evaluaron el perfil sociodemográfico y obstétrico de mujeres embarazadas a través del análisis de historias clínicas en el Centro de Salud de la Familia Dom Expedito, Sobral-Ceará, Brasil, el estudio fue retrospectivo, cuantitativo, con análisis documental y descriptivo, cuya muestra estuvo compuesta por 124 gestantes residentes en el municipio de estudio. Las variables analizadas fueron aquellas que permitieron correlacionar el perfil sociodemográfico con factores obstétricos maternos, tales como: edad materna, tipo de parto, número de consultas prenatales realizadas por la gestante, estado civil y escolaridad, se encontró que los mejores índices se obtuvieron en la edad de 21 a 30 años con 73 (58,8%), en cuanto al tipo de parto, el parto vaginal tuvo los mayores porcentajes con 87 (70,16%), al observar el número de consultas prenatales, estuvo representada por las gestantes que tuvieron de 7 a más consultas, con 108 (83,07%) (13). En cuanto al estado civil, se concentraron igualmente en unión estable y casados, con 45 (35,43%) y en cuanto a la escolaridad un promedio de bachillerato de 71 (54,61%), en conclusión el perfil sociodemográfico de la población evaluada se puede caracterizar por mujeres embarazadas jóvenes, con estudios secundarios, casadas o en relación estable, que tuvieron una cantidad satisfactoria de consultas prenatales, tuvieron acceso y atención durante el embarazo y el parto (13).

Andrade y Cedeño (14), investigaron la importancia del control prenatal en las principales complicaciones obstétricas en los países de Colombia, Perú y Ecuador, la investigación fue cuantitativa, descriptiva, documental y transversal, se realizó revisiones bibliográficas sistemáticas, resultados: en Colombia de una muestra de 2199 gestantes, se identificó que 1260 (57,2%) se

realizaban atención prenatal (APN), de éstas 378 (17,1%) presentaron trastornos hipertensivos (TH), 49 (2,2%) hemorragia postparto (HPP) y 46 (2%) sepsis, mientras que 787 (35,7%) sin complicaciones, 939 (42,8%) las gestantes sin APN presentaron TH 572 (26%), HPP 127(5,7%), sepsis 72 (3,2%), mientras que 168 (7,6%) sin complicaciones. En Perú con una muestra de 651 gestantes, 381 (58,5%) se realizaron APN, no obstante 109 (16,7%) presentaron TH, 23 (3,5%) HPP, 14 (2,1%) sepsis y 235 (36%) sin complicaciones; 270 (41,5%) las gestantes sin APN manifestando TH 119 (18,2%), HPP 44 (6,7%), sepsis 76 (11,6%) y sin complicaciones 31 (4,7%), en Ecuador una muestra de 13747 gestantes, 4402 (32%) cumplieron con APN, sin embargo, la aparición de TH 1375 (10%), HPP 104 (0,7%), sepsis 75 (0,5%) y sin complicaciones 2848 (20,7%), sin APN fueron 9345 (68%) de las cuales 4968 (36,1%) presentaron TH, 1982 (14,4%) HPP, 768 (5,5%) sepsis y 1627 (11,8%) sin complicaciones, los controles prenatales en los 3 países tienen mucha similitud, se rigen a normas de la OMS (14). Conclusión: Se puede concluir señalando la importancia de las atenciones prenatales para detección y prevención de complicaciones obstétricas, puesto que al existir deficiente atención prenatal la posibilidad de complicaciones es mayor, de acuerdo a los países de estudio, Ecuador posee el menor índice de APN con mayor influencia de TH y HPP seguido de Colombia con TH, mientras que en Perú mayor casos de sepsis (14).

Soares et al (15), caracterizaron el perfil de las gestantes de alto riesgo, según variables demográficas, socioeconómicas, antecedentes de salud y control prenatal, el estudio fue transversal, observacional, descriptivo, de enero a julio de 2017 con 314 gestantes de alto riesgo, datos recolectados a través de un cuestionario estructurado y analizados por frecuencia absoluta y relativa, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de Unicentro. Los resultados fueron: el 66,9% tenían entre 20 y 34 años, el 48,4% eran blancos, el 89,2% tenía pareja, el 47,1% tenía entre 5 y 9 años de escolaridad, el 54,5% eran desempleadas/ amas de casa, el 42% tenía un ingreso de 2 salarios mínimos, el 46,2% tenía enfermedades crónicas no

transmisibles, el 56,1% reportó demanda rara de servicios de salud, el 28% eran primigrávidas, el 33,4% tenía reincidencia de alto riesgo (15). El 48,4% no realizaba planificación familiar, el 58,8% reportaron embarazos no planificados, el 36,7% tuvieron obesidad, el 19,3% tuvieron preeclampsia, el 78% no tuvo seguimiento de atención primaria y el 76,1% no participó de la educación en salud, en conclusión el perfil revela que la población femenina necesita acciones no sólo durante el período gestacional, sino también para promover la salud de la mujer (15).

Dalla et al (16) investigaron el perfil epidemiológico de embarazadas de alto riesgo atendidas en el Instituto da Mulher, Secretaría de Salud del municipio de Francisco Beltrão, el estudio evaluó 61 archivos, se encontró que el 82% (n=50) de las embarazadas tenían de 15 a 35 años, 47,5% (n=29) poseía el segundo grado completo, 52,5% (n=32) casado, 62,3% (n=38) del color blanco, 88,5% (n=54) con antecedentes familiares de enfermedad crónica, siendo 63,9% (n=39) con hipertensión arterial, 82% (n=50) con antecedentes personales, sumando 52,5% (n=32) de casos de infección urinaria, 70,5% (n=43) era múltipara. El embarazo de riesgo evolucionó hasta cesárea en el 80,3% (n=49) de los casos, este estudio produjo informaciones respecto al perfil de esta población, lo que permite a los profesionales involucrados en la atención de la embarazada de alto riesgo ejercer un papel fundamental en la reducción de la mortalidad materna, se concluye que estas embarazadas de alto riesgo aparentemente no presentan perfil diferente de la realidad de otros municipios de Brasil, principalmente cuando la hipertensión fue constatada como factor importante de antecedente familiar, personal y prevalencia actual (16).

Gonzales & Villoslada (17), investigaron la relación que existe entre la atención prenatal reenfocada y las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes atendidas en el centro de Salud de Morales, 2019, la investigación fue de tipo básica, de nivel descriptivo correlacional, con recolección retro – prospectiva de datos, de diseño no experimental, la muestra de estudio estuvo

conformada por 178 gestantes atendidas en el Centro de Salud de Morales, año 2019, la técnica de recolección de datos utilizada fue el análisis documental y el instrumento la ficha de recolección de datos y la observación directa. Resultados: el 29,21% pertenecen a gestantes de 20 a 25 años, un 50% estudiaron secundaria, el 74,72% fueron convivientes y según procedencia el 73,60% son de zona urbana, en las complicaciones obstétricas en el Centro de Salud de Morales, el 58,43% de casos indican que hubo complicación baja, el 29,785% de casos presentaron complicaciones moderadas, y el 11,80% de casos los casos tuvieron complicación alta, se concluye que existe una relación significativa entre la atención prenatal reenfocada y las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Morales (17).

Uchuypoma (18), caracterizo la atención prenatal y morbilidad en gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa en el 2018, la investigación fue observacional, retrospectiva, transversal de nivel descriptivo, el método fue inductivo, diseño descriptivo simple, la población fueron todas las gestantes con atención prenatal atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa del distrito de Locroja, Churcampa, Huancavelica 2018. Según registros estadísticos fueron un total de 64 gestantes, la muestra fue censal, la técnica fue el análisis documental, el instrumento fue la ficha de recolección de datos, como resultado de encontró que la edad promedio en las gestantes fue de 23,78 años, el 25% tuvieron menos de 37 semanas antes del parto, el 18,8% (12) no tuvieron nivel de instrucción, el 45,3% (29) tuvieron nivel de instrucción primaria, el 35,9% (23) tuvieron nivel de instrucción secundario, el 60,9% (39) fueron convivientes, el 29,7% (19) fueron casadas y el 9,4% (6) fueron solteras, el 75% tuvieron más de 6 atenciones prenatales, el 48,4% (31) de las gestantes con atención prenatal presentaron por lo menos una morbilidad, el 31,3% (20) presentaron infección del tracto urinario, el 12,5% (8) presentaron infección vaginal, el 10,9% (7) presentaron anemia, el 7,8% (5) presentaron preeclampsia, el 4,7% (3) presentaron parto pretérmino, el 3,1% (2) presentaron placenta previa, el 3,1% (2) presentaron presentación podálica

(18). En una mínima proporción se encontraron casos de embarazo prolongado, incompatibilidad céfalo pélvica, diabetes gestacional, presentación transversa y prolapso de cordón, en conclusión la mayoría de las gestantes con atención prenatal tuvieron más de 21,5 años, bajo nivel educativo, fueron convivientes, la mitad de las gestantes con atención prenatal presentaron al menos una morbilidad, las morbilidades más frecuentes fueron infección del tracto urinario, infección vaginal y anemia (18).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Embarazo

El embarazo (gestación) es el estado fisiológico de una mujer que comienza con la concepción del feto y continúa con el desarrollo fetal hasta el momento del parto (19).

Se considera que el embarazo dura 266 días desde el momento de la concepción o 280 días desde el último período menstrual si los períodos se producen regularmente cada 28 días, la fecha de parto se estima según el último período menstrual, un parto hasta 2 semanas antes o después de la fecha estimada es normal, el parto antes de las 37 semanas de edad gestacional se considera pretérmino; el parto después de las 42 semanas de edad gestacional se considera postérmino (19).

El embarazo comienza cuando ovulo y espermatozoide se unen en la trompa; el huevo formado se traslada al útero para continuar su desarrollo hasta que el feto adquiere su capacidad para vivir en el exterior (20).

2.2.1.1. Riesgos en el embarazo

Es la probabilidad de que una mujer embarazada tenga un mal resultado obstétrico perinatal, los embarazos pueden ser o no de riesgo (21).

Los embarazos comúnmente evolucionan de manera normal y los resultados perinatales son buenos sin demasiada intervención, ni utilización de tecnología de última generación; aun así al momento del parto se debe tener presente que un porcentaje que varía entre el 10 y el 5% de los embarazos, pueden presentar una complicación que puede poner en riesgo la vida de la madre o del hijo (21).

Existen algunas situaciones clínicas que determinan el riesgo, las cuales detallamos a continuación (21):

Feto-Ovulares:

Prematurez, restricciones del crecimiento intrauterino, cromosomopatías, malformaciones, oligoamnios, polihidramnios, placenta previa, embarazo múltiple, sospecha de pérdida de bienestar fetal intraparto, presentación podálica, infecciones intrauterinas, entre otros (21).

Preconcepcional:

Enfermedades crónicas vinculadas a malos resultados obstétricos perinatales (anemia severa, trombofilias, diabetes, hipertensión arterial crónica, enfermedades autoinmunes, cardiopatías, virus de la inmunodeficiencia humana, etc), cicatrices previas en útero, obesidad mórbida, o bajo peso materno, comorbilidades infecciosas (neumonías, pielonefritis, apendicitis, etc) adolescente menor de 15 años, edad mayor de 35 años (21).

Durante el embarazo:

Estados hipertensivos del embarazo, diabetes gestacional, fiebre, hemorragia durante el embarazo, corioamnionitis o infección puerperal, talla menor de 1,50 mts, entre otros (21).

Factores socioculturales y económicos:

consumo problemático de drogas sociales o ilícitas, pobreza, bajo nivel educativo, condiciones ambientales desfavorables entre otros (21).

2.2.1.2. Factores de riesgo en el embarazo

Edades extremas (≤ 18 y ≥ 35 años). En las mujeres muy jóvenes muchas veces el organismo no está preparado aun para un embarazo, es por ello que es más frecuente que se presenten problemas en el embarazo como aborto, parto inmaduro o prematuro entre otros, o que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones como: inserción baja placentaria, preeclampsia, parto distócicos, muerte fetal, entre otros (22). En las madres ≥ 35 años, son frecuentes las complicaciones antes señaladas, sobre todo si se añaden otros factores de riesgo como el hábito de fumar, las enfermedades crónicas y la multiparidad y mala historia obstétrica (22).

Peso (malnutridas). Las malnutridas por defecto deberían aumentar de peso antes de la concepción, ya que con frecuencia se le asocian partos pretérminos y preeclampsia (22). En el caso de las obesas, las complicaciones principales van a estar relacionadas con la preeclampsia, la hipertensión arterial, pero también con la prematuridad y bajo peso (22).

Condiciones sociales desfavorables. Estas también constituyen un factor de riesgo para el embarazo y el feto, entre ellas se encuentran: alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, pobreza, maltrato y violencia familiar (22).

Antecedentes obstétricos y reproductivos

- Paridad: es más riesgosa la primera gestación (sobre todo si concomitan otros factores), así como en mujeres con más de tres partos (22)
- Intervalo intergenésico: se considera corto cuando es menor de 2 años; esta condición se asocia, con más frecuencia, a nacimientos pretérminos, y anemias durante el embarazo y la no atención adecuada al hijo existente (22).
- Abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales: pudieran estar relacionados con factores orgánicos y genéticos que deben ser estudiados antes del embarazo (22).
- Recién nacidos de bajo peso y pretérminos: pueden repetirse en próximas gestaciones alguna causa previa que lo favorezca; enfermedades crónicas, hábito de fumar, malformaciones uterinas, miomas, etc (22).
- Preeclampsia: puede repetirse debido al mal control de los hábitos higiénico-dietéticos y a otros factores (22).
- Cesárea anterior: como toda intervención sobre el útero debe considerarse hasta los 2 años para una nueva gestación, ya que es un factor que no se puede modificar (22).
- Rh negativo sensibilizado: es un importante riesgo, aunque no es frecuente, también debe estudiarse cuando han existido múltiples gestaciones (22).

2.2.2. Atención prenatal

Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto (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 (24).

La valoración del riesgo incluye una anamnesis completa, exploración física, pruebas de laboratorio y valoración del crecimiento y bienestar fetal (24).

En la atención prenatal, la promoción de la salud consiste en brindar información sobre la atención propuesta, mejorar el conocimiento general sobre el embarazo, la maternidad (y paternidad), además de promover y apoyar los comportamientos saludables (24). 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 (25). Sus principales objetivos son:

- 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 morbilidad 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 (25).
- Identificar los embarazos de riesgo para realizar un control más exhaustivo (25).
- Educación materna.
- Información y apoyo en la lactancia materna.

2.2.3. La atención integral de salud materna en el Perú

2.2.3.1. Atención prenatal reenfocada

Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, **antes de las catorce semanas de gestación**, para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones; con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos (23).

- En todo establecimiento de salud según nivel de complejidad, se brindará la atención prenatal reenfocada que consiste en: vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal, para lograr una/un recién nacida/o 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 (23).
- 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 (23).
- La atención prenatal reenfocada 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 (23).

- Toda complicación del embarazo detectada en cualquier momento de la atención de la gestante debe ser atendida por médico gineco-obstetra (23).
- Brindar educación a la mujer gestante, su familia y la comunidad sobre cuidados durante la gestación, parto, puerperio (23).
- Brindar educación sobre la identificación de signos de alarma durante la gestación, parto, puerperio (23).
- En toda atención prenatal se debe llenar la Historia Clínica Materno Perinatal (23).
- Brindar la atención prenatal reenfocada según esquema básico de la atención prenatal (23).
- Realizar evaluación nutricional, orientación/consejería y suplementación con ácido fólico, calcio y hierro (23).
- Elaborar el plan de parto para la atención institucional del parto con adecuación intercultural, de corresponder (23).
- Detección y manejo temprano de complicaciones. Realizar dosaje de proteinuria con tira reactiva o ácido sulfosalicílico (23).
- Promover y preparar para la lactancia materna.
- Facilitar la presencia de un acompañante durante la atención de preferencia la pareja (23).
- 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 (23).

- Las autoridades sanitarias correspondientes garantizarán la dotación del equipamiento completo para la atención prenatal, según nivel de atención (23).

2.2.3.2. Esquema básico de la atención prenatal.

- Primera atención prenatal antes de las 14 semanas.
- Segunda atención prenatal de las 14 a 21 semanas.
- Tercera atención prenatal de las 22 a 24 semanas.
- Cuarta atención prenatal de las 25 a 32 semanas.
- Quinta atención prenatal de las 33 a 36 semanas.
- Sexta atención prenatal de las 37 a 2 40 semanas.

2.2.3.3. Consultas en la atención prenatal reenfocada:

Aspectos específicos para la primera consulta:

Prestar información completa, veraz, clara y oportuna sobre la importancia de la atención prenatal y recibir información sobre las posibilidades problemas maternos o fetales como malformaciones congénitas, especialmente cuando existan antecedentes familiares o factores de riesgo (23).

- Es recomendable realizar el examen vaginal en la primera atención prenatal, esto incluye especuloscopia para detección de vaginosis bacteriana, toma de muestra para Papanicolaou y valoración de pelvis (23). Puede posponerse hasta la siguiente consulta si es que la gestante no se encuentra preparada (23).
- Los análisis de laboratorio (hemoglobina, sífilis, VIH, glicemia basal y urocultivo o examen de orina completo) se deben de actualizar a partir de las 33 semanas y con un intervalo mínimo de 3 meses en relación a la primera muestra (23).

- Durante la atención se brindará información a la pareja o familiar que acompaña, sobre los cuidados necesarios que debe tener una mujer durante la gestación, parto y puerperio (23).
- En toda consulta se realizará la detección de síntomas y signos de alarma (23).

Procedimientos de la primera atención prenatal

- Elaboración de la Historia Clínica Materno Perinatal:
 - Anamnesis. Utilizan la Historia Clínica Materno Perinatal, precisar los datos de filiación, antecedentes familiares, antecedentes personales, antecedentes obstétricos, evaluar la edad gestacional e indagar sobre violencia y salud mental (23).
 - Examen físico. Incluye funciones vitales y el examen de los diferentes órganos realizado por el medico (corazón, pulmones, abdomen, mamas, etc) (23).
 - Tomar funciones vitales: pulso (técnica de los 3 dedos), respiración, temperatura (el termómetro se debe lavar y guardar en su protector) y presión arterial (después de 5 minutos de reposo, en posición sentada, tomar la presión arterial en el brazo derecho) (23).
 - Tomar medidas antropométricas: peso (las balanzas deben ser calibradas diariamente con un peso estándar) y talla, valorar el estado nutricional, graficar en las tablas de ganancia de peso CLAP/OPS del Carné y la Historia Clínica Materno Perinatal (23). Aplicar las tablas CLAP/OPS/OMS de peso/talla para la

edad gestacional, si el gráfico denota riesgo nutricional, el seguimiento incluirá el uso de la tabla de índice de masa corporal (IMC) pregestacional del CENAN (23).

- Debido a que la mortalidad materna por causa de la enfermedad hipertensiva del embarazo es alta, el profesional de la salud responsable que atiende a la gestante o puérpera, debe valorar el edema y los reflejos osteotendinosos (23):

Valorar el edema:

0: No presenta edema

1+: Edema leve, fóvea perceptible sólo al tacto

2+: Edema evidente sólo en miembros inferiores

3+: Edema de miembros inferiores, superiores y cara

4+: Anasarca con ascitis (23).

Evaluar reflejos Osteotendinosos:

0: Arreflexia o ausencia de reflejos

1+: Hiporreflexia

2+: Normal

3+: Hiperreflexia

4+: Presencia de clonus (23).

- Se consideran cifras hipertensivas, si: Presión arterial (PA) >140/90 o presión arterial media (PAM) >106, o presión arterial sistólica <140 y diastólica <90 mmHg, con un incremento de 30 mmHg en la cifra sistólica y de 15 mmHg en la diastólica, de los valores basales, o PAM

<106 mmHg, con un aumento de 20 mmHg, en comparación a cifras basales (23).

- Si en los establecimientos que cumplen FONP se identifican signos de alarma referir a establecimientos que cumplen FONB o FONE (23).
- Consignar en la historia clínica materno perinatal todos y cada uno de los datos solicitados, en los casos de hospitalización en establecimientos FONE o FONI usar historia clínica según normatividad vigente (23).
- Examen obstétrico completo:
 - Valoración obstétrica según edad gestacional, determinar: altura uterina, número de fetos, latidos cardiacos fetales y movimientos fetales (23).
 - Registrar el incremento de la altura uterina y graficar en la tabla CLAP/OPS, utilizar la cinta métrica obstétrica para tomar la altura uterina a la gestante en posición de decúbito dorsal, semiflexión y apertura de miembros inferiores, juntando los talones (23).
 - Valoración ginecológica: realizar examen en el momento oportuno, preferentemente desde la primera consulta, previa preparación de la gestante y explicación del procedimiento a realizar: examen de mamas y examen ginecológico, que incluye toma de muestra cérvico-uterino (Papanicolaou) (23).
- Exámenes auxiliares basales
 - Tamizaje de proteínas (albúmina) en orina a través de métodos cualitativos (prueba rápida en primera

consulta: tira reactiva o prueba de reacción con ácido sulfosalicílico) (23).

- Hemoglobina (se evaluará según altitud sobre el nivel del mar de cada lugar), grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, pruebas rápidas para sífilis y VIH (para diagnóstico precoz y tratamiento oportuno) o RPR y ELISA, urocultivo, excepcionalmente examen completo de orina en establecimientos que no cuentan con microbiología (23).
- Ecografía obstétrica será solicitada antes de las 14 semanas para confirmar la edad gestacional, en gestantes mayores de 35 años solicitar evaluación del pliegue nucal entre las 10 y 14 semanas (23).
- Cuando sea necesario se solicitará otros exámenes de acuerdo a las necesidades:
 - Prueba de Coombs indirecto en gestantes con Rh negativo, si el resultado es negativo, se repetirá la prueba mensualmente hasta la semana 28; Si la gestante no está sensibilizada se deberá administrar 250 mcg de inmunoglobulina anti-D entre las 28 y 32 semanas (23).
 - Luego del parto y confirmado el grupo sanguíneo de la/el recién nacida/o como Rh positivo y test de Coombs directo negativo se deberá aplicar a la madre 250 mcg de inmunoglobulina anti-D dentro las primeras 72 horas (23).
 - Prueba de glicemia en ayunas:
 - Cifras mayores de 105 mg/dl: repetir en ayunas estricto (al menos 12 horas),

derivar a médico especialista si continua la cifra mayor a 105 (23).

- Cifras menores de 105 mg/dl, realizar prueba de tolerancia a la glucosa, si tiene: antecedente familiar de diabetes, obesidad, abortos u óbitos fetales a repetición, malformaciones congénitas fetales, polihidramnios, macrosomía fetal (23).

- Urocultivo periódico: en pacientes con antecedentes de ITU o con leucocitos mayor de 10 por campo y/o nitritos positivos en el examen de orina (sedimento urinario y/o tira reactiva) (23).

- Prescripción de ácido fólico

Prescripción y entrega de ácido fólico (500 mcg) a toda gestante en la primera consulta durante el primer trimestre (hasta la semana 13) (23).

- Prescripción de ácido fólico y sulfato ferroso

Prescripción y entrega de ácido fólico (400 mcg) y sulfato ferroso (60 mg) a toda gestante a partir de las 14 semanas hasta el parto (23).

- Prescripción de calcio

Prescripción y entrega de calcio durante la gestación es de 2000 mg al día, a partir de las 20 semanas hasta el parto (23).

- Evaluación odontológica

De contar con odontólogo solicitar la evaluación; de no contar, referir al establecimiento más cercano o coordinar su atención con la red de servicios (23).

- Vacunación antitetánica y contra Influenza Estacional

La gestante no vacunada debe recibir su primera dosis de vacuna dt al término de la primera consulta y continuar según el Esquema Nacional de Vacunación (23). Toda gestante debe recibir una dosis de vacuna contra la influenza a partir de las 20 semanas de gestación (23).

- Información para la gestante en la primera consulta:
 - Informar sobre los efectos nocivos y sus repercusiones en el feto por el consumo de tabaco, coca, alcohol y otras sustancias dañinas (23).
 - Brindar información sobre dónde acudir en caso de presentar algún signo/síntoma de alarma: fiebre, sangrado, dolor abdominal, cefalea, convulsiones, mareos, tinnitus, escotomas, acúfenos, epigastralgia, anasarca, pérdida de líquido o cualquier otra emergencia (23).
 - Solicitar a la gestante que registre fecha y hora de los primeros movimientos fetales presentes desde el segundo trimestre (23).
 - Solicitar a la gestante que acuda a las siguientes consultas, de ser posible, acompañada por su pareja o un miembro de la familia o una persona de confianza para que la apoyen en el cuidado de su salud durante el embarazo, parto, puerperio, Brindar información sobre sexo seguro, enfatizando el riesgo de adquirir ITS y/o VIH (23).
 - Informar sobre los beneficios del Seguro Integral de Salud y Aseguramiento Universal (23).
 - Programar la cita de la segunda atención prenatal con el médico para evaluar los resultados de exámenes de laboratorio, dicha cita no deberá exceder los 15 días de la primera consulta, se

registrará en el carné la fecha de la siguiente cita (23).

- Mantener los registros completos.
 - Revisar y completar los datos de la historia clínica materno perinatal (23).
 - Completar el Carné Materno Perinatal y entregar a la gestante recomendando que lo lleve cada vez que acuda a un establecimiento de salud (23).
 - Registrar la atención prenatal en el Libro de Registro de Seguimiento de la Gestante y Puerpera (23).
 - Registrar la atención en el formato de registro del HIS (23).
- Referencia en caso de complicación obstétrica:
 - Comunicar la referencia al establecimiento de mayor nivel de complejidad, para que el equipo de salud se encuentre preparado para la recepción y atención inmediata (23).
 - La referencia debe realizarse con el formato correspondiente (23).
 - Los casos derivados a establecimientos que cumplen FONE o FONI deben ser recibidos por el médico gineco-obstetra (23).

Procedimientos en las atenciones prenatales posteriores

En todas las consultas siguientes (23):

- Interrogar por signos y síntomas de alarma asociados a la gestación y evaluación integral, Indagar sobre el cumplimiento de las indicaciones, exámenes auxiliares y de laboratorio (23).

- Controlar el aumento de peso materno, las funciones vitales (especialmente presión arterial), reflejos y presencia de edemas (23).
- Control del crecimiento fetal intrauterino mediante la vigilancia de la altura uterina (23).
- Realizar prueba de proteinuria con ácido sulfosalicílico o tira reactiva en toda gestante (23).
- Evaluar edad gestacional, auscultación de latidos fetales y detección de movimientos fetales (desde las 20 semanas) (23).
- Interpretación de exámenes auxiliares.
- Indicar suplemento de hierro con ácido fólico a partir de las 14 semanas (23).

A partir de las 28 semanas (23):

- Determinar la situación, posición, presentación fetal y número de fetos.
- Control de latidos cardiacos fetales.
- Interrogar sobre la presencia de movimientos fetales.
- Realizar prueba de Gantt o rollover test (prueba de rodamiento) entre las 28 a 32 semanas, de la siguiente manera: Tomar la presión arterial en decúbito lateral izquierdo en el brazo derecho, después colocar a la gestante en decúbito supino y esperar 5 minutos para repetir la toma de presión arterial, si la presión diastólica aumenta en 20 mmHg o si la presión arterial media es mayor de 85 mmHg es prueba positiva (23). La prueba de Gantt o rollover test es un método clínico predictivo de hipertensión arterial inducida por embarazo más fácil de realizar y que tiene un alto porcentaje de efectividad (23).

- Solicitar segundo examen de hemoglobina, glucosa, prueba rápida de sífilis y/o RPR, prueba de Elisa o prueba rápida para VIH y urocultivo a partir de 33 semanas de gestación, con un intervalo no menor a tres meses de los primeros exámenes de laboratorio (23).
- Los exámenes de detección de diabetes gestacional (glicemia en ayunas) se debe realizar en la semana 25 a 33 (23).

A partir de las 35 semanas (23):

- Pelvimetría interna y valoración feto-pélvica especialmente en primigrávidas y gestantes de talla baja (1,40 m) (23);
- Determinación del encajamiento fetal;
- Determinación de la presentación fetal;
- Reevaluación del estado general materno;
- Actualizar exámenes auxiliares, si corresponde;
- Solicitar pruebas de bienestar fetal o test no estresante según el caso (23).
- Indicar a la gestante que controle los movimientos fetales, se enseña a la gestante a identificar los movimientos fetales palpando el abdomen y debe controlarse 4 veces al día, cada control por 30 minutos, al término del día debe tener más de 10 movimientos, si tiene 10 o menos movimientos fetales debe acudir de inmediato al establecimiento de salud para su evaluación (23).
- Referir a establecimiento que cumplen FONE, los casos para cesárea electiva a fin de ser programada oportunamente (23).
- Se debe referir a las gestantes que no han tenido su parto hasta cumplidas las 40 semanas, a los

establecimientos que cumplen FONE informándoles previamente el motivo de la referencia (23).

- En caso de vivir en lugar alejado o inaccesible referir a la gestante a una casa de espera materna cercana a un establecimiento que cumple FONB o FONE para la atención del parto institucional (23).

Signos y síntomas de alarma

Su presencia obliga a referir inmediatamente al establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive, según el caso para su atención (23):

- Náuseas y vómitos incoercibles.
- Disuria.
- Fiebre/escalofríos.
- Sangrado vaginal.
- Desmayo o mareos.
- Convulsiones.
- Hinchazón de cara, manos y pies.
- Pérdida de líquido amniótico.
- Disminución o ausencia de movimientos fetales.
- Contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación (23).
- Alteraciones psicoafectivas.
- Indicio o evidencia de ser víctima de violencia familiar (según gravedad) (23).
- Complicaciones del embarazo.
- Patología obstétrica o enfermedades intercurrentes (si se requiere estancia prolongada considerar alojamiento en casa de espera) (23).
- Accidentes y traumatismos.
- Otras que determine el médico gineco-obstetra, obstetra, o médico de guardia.

Con el fin de cumplir con una atención prenatal reenfocada de calidad, toda gestante que llega al sexto control debe haber recibido el esquema básico de atención (23).

En zonas endémicas además se debe considerar:

- Tratamiento antiparasitario
- Protección contra la Malaria, Dengue, Bartonelosis, Chagas, usando mosquiteros tratados con insecticidas y seguimiento con la toma de gota gruesa. Verificar efectos de insecticidas sobre el feto (23).
- Inmunización contra fiebre amarilla después de las 26 semanas.

2.2.4. Periodo intergenésico (PIG).

Se considera periodo intergenésico aquel que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio del siguiente embarazo, se sugiere como tiempo recomendado de espera para iniciar un siguiente embarazo de 18 a 60 meses el cual es el periodo intergenésico normal o adecuado (26).

El PIG es el lapso entre un embarazo y otro, el intervalo entre embarazos es importante porque permite a la madre recuperarse después de un evento obstétrico (aborto, nacimiento pretérmino o a término) (27). Existen varios reportes de que un PIG corto (menor a 18 meses) o largo (mayor de 60 meses) posterior a un embarazo a término, aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas (sangrados del tercer trimestre, Ruptura prematura de membranas, endometritis puerperal, preeclampsia-eclampsia y anemia), así como incremento de complicaciones perinatales como bajo peso al nacimiento, nacimiento pretérmino comparado con mujeres de periodo intergenésico de 18 a 60 meses (27).

2.2.5. Paridad

Se refiere al número de partos que una mujer ha tenido ya sea por vía vaginal o cesárea y que pesaron 500 gramos o más, o que poseen más de 22 semanas de edad gestacional (28, 29).

A su vez se subdivide en:

Nulípara: no tuvo ningún parto;

Primípara: solo tuvo 1 parto;

Múltiparas: mujer que ha presentado 2 a 5 partos y

Gran múltipara: mujer con 6 partos a más (28, 29).

2.2.6. Índice de masa corporal (IMC) pregestacional

El IMC es una útil herramienta que es utilizada comúnmente por los profesionales de la salud para determinar si una persona está por debajo su peso normal, exceso de peso u obesidad en adultos (30, 31).

Índice de masa corporal:

Bajo peso ($< 18,5$).

Peso normal (18,5 a 24,9).

Sobrepeso (25 a 29,9).

Obesidad (≥ 30).

El índice de masa corporal (IMC) pregestacional afecta a la salud de la madre durante y después del embarazo, y se relaciona con un aumento del riesgo a sufrir diabetes gestacional, preeclampsia o muerte fetal, además, el IMC pregestacional elevado aumenta los niveles de ansiedad, estrés y depresión, lo que conlleva al aumento de riesgo de aborto, bajo peso al nacer y prematuridad (32).

2.2.7. Características sociodemográficas

Son el conjunto de características biológicas, sociales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles (33). Es una vía de explicación multilateral de la complejidad de una realidad social concreta contextualizada de una población, 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 (33).

Estas características son resultados o aspectos de las interacciones que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación de lo social y demográfico 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 (33).

2.2.7.1. Edad materna

Tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento; puede mencionarse que la edad 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 (33).

La edad 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 (33).

Las edades extremas (≤ 18 años y ≥ 35 años) son factores de riesgo obstétrico, por lo cual es importante un acompañamiento adecuado (34).

2.2.7.2. Educación materna

La educación materna ha mostrado una relación inversamente proporcional con la morbilidad materna perinatal (35). Según algunos investigadores esto se explicaría porque las madres de un mejor nivel educativo 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 (35).

En el Perú, aún se tiene una pequeña parte de la población que no ha tenido acceso a la educación (personas sin instrucción), según el nivel educativo se tiene educación inicial, primaria, secundaria y superior; los cuales, dependiendo del grado alcanzado en cada nivel, pueden ser estudios completos o incompletos (36).

2.2.7.3. 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, que determinan los derechos y obligaciones de las personas (37). Se distinguen 05 tipos (soltero, casado, viudo, divorciado, conviviente). Para aspectos de estudio consideraremos (38):

Soltero: Es la persona que no tiene unión legal o de convivencia con otra persona (38).

Casado: Persona que legalmente está unida a otra persona atribuyéndoseles derechos y obligaciones de la otra (38).

Conviviente: es la persona que legalmente no está unida, pero que desarrolla una unión libre o vida de convivencia con otra, atribuyéndosele algunas obligaciones y responsabilidades (38).

Divorciado: Es la persona que legalmente por trámite judicial culmina el matrimonio, pudiendo desarrollar de forma libre acciones personales y/o familiares (39).

Viuda: mujer que ha perdido a su cónyuge por haber muerto y no ha vuelto a casarse (39).

2.2.8. Morbilidad y complicaciones comunes en el embarazo

2.2.8.1. Infección de las vías urinarias en la gestación.

Las infecciones de tracto urinario son más frecuentes en el embarazo y puerperio, y están entre las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo, esta incidencia elevada parece ser consecuencia de factores hormonales y mecánicos que aumentan la estasis urinaria, las infecciones urinarias durante la gestación pueden ser asintomáticas o sintomáticas (por ejemplo cistitis, pielonefritis) (24); por definición, la bacteriuria asintomática es la presencia de al menos 100000 organismos por mililitro de una muestra de orina obtenida con técnica limpia de una paciente asintomática (24).

La *Escherichia coli* es la bacteria más aislada (60%), otros microorganismos identificados son *Proteus mirabilis* enterococos, *Klebsiella pneumoniae* y estreptococos del grupo B, si no se trata el problema, casi 20% de las embarazadas desarrolla cistitis aguda o pielonefritis más adelante en el embarazo (24).

2.2.8.2. Infecciones vaginales en la gestación.

La flora vaginal normal, conformada por múltiples microorganismos, juega un rol fundamental en la mantención de un ambiente adecuado de defensa contra ciertas infecciones durante el embarazo (40); cuando se altera puede dar origen a Vaginosis Bacteriana, caracterizada por la presencia de múltiples bacterias en número mayor a lo habitual y que en el embarazo pueden potencialmente desencadenar efectos adversos, tanto en la madre como en el feto (40). Lo mismo ocurre con otro tipo de infecciones vaginales, como Clamidia y Gonorrea, que además de tener un impacto por ser las principales infecciones de transmisión

sexual, sus consecuencias en el feto pueden implicar secuelas de por vida (40); si bien *Estreptococo* grupo B en la vagina no corresponde a una infección propiamente tal, su oportuna identificación y tratamiento durante el embarazo y parto, ha mostrado ser útil en la prevención de secuelas del recién nacido (40).

2.2.8.3. Trastornos hipertensivos en el embarazo

La hipertensión complica del 5% al 10% del embarazo y, junto con el sangrado y la infección, constituye un miembro de la tríada fatal, que tiene un gran impacto en la morbilidad y mortalidad materna (41). La preeclampsia, ya sea solo o agregado a la hipertensión crónica, es peligroso, la hipertensión nueva sin proteinuria en el embarazo, la denominada hipertensión gestacional, va seguida de signos y síntomas de preeclampsia casi en 50% de los casos y la preeclampsia se identifica en 3,9% de todos los embarazos (41).

2.2.8.4. Preeclampsia

Es la presencia de tensión arterial diastólica mayor o igual de 90 mmHg o tensión sistólica mayor o igual a 140 en 2 tomas y la presencia de proteinuria, definida como la evidencia de proteínas en orina mayor a 300 mg en 24 horas (42).

La preeclampsia se describe mejor como un síndrome específico del embarazo que puede afectar a todos los sistemas orgánicos (41).

2.2.8.5. Rotura prematura de membranas.

La rotura prematura de membranas (RPM) o rotura prematura ovular, se define como la rotura espontánea de membranas amnióticas (amnios y corion) antes de que comience el trabajo de parto, independiente de la edad

gestacional, la RPM que ocurre antes de las 37 semanas, se denomina Rotura Prematura de Membranas Pretérmino (RPMP) (34, 41). El período de latencia (lapso entre la rotura de membranas y el inicio del trabajo de parto) se relaciona con la edad gestacional, siendo mayor en los embarazos de pretérmino (más de 48 h en el 50% de los casos) que en los embarazos de término (menos de 24 h en el 90% de los casos) (34, 41).

2.2.8.6. Oligohidramnios y polihidramnios.

Se denomina oligohidramnios a la reducción y polihidramnios al aumento en la cantidad de líquido amniótico (34).

El oligohidramnios. Corresponde a una reducción en la cantidad de líquido amniótico. Su incidencia en embarazos de término es de 1-6% (34). El diagnóstico se basa principalmente en la sospecha clínica (altura uterina menor a lo esperado o palpación fácil de las partes fetales), y en la ecografía con ILA <8 cm o en ausencia de un bolsillo >2 cm (este criterio es el más utilizado, también se llama OHA absoluto) (34).

Polihidramnios. Corresponde al aumento del líquido amniótico, definido como un volumen de líquido amniótico mayor a 2000 ml de líquido amniótico, su frecuencia en el embarazo de término es de 0,3-0,7% (34). es imposible medir el líquido amniótico con precisión absoluta, de modo que el diagnóstico se realiza principalmente por sospecha clínica (altura uterina más grande de lo esperado y “peloteo fetal” en las maniobras de Leopold) y por evaluación ecográfica subjetiva (el ecografista encuentra mucho líquido en un barrido general) u objetiva (medición de bolsillos de líquido

amniótico) (34). El Polihidramnios se asocia a mayor riesgo de parto prematuro, por sobre distensión uterina; el riesgo de malformaciones fetales asociadas es cercano al 15% (34).

2.2.8.7. Parto pretérmino.

El parto pretérmino o prematuro es definido por la edad gestacional como un subrogado de la madurez, es todo parto que ocurra antes de la semana 37 o antes de los 259 días post concepción; el paciente que tiene 36 semanas y 6/7 días es un pretérmino menor de 37 semanas (43).

La prematurez ha representado un problema de salud pública desde hace siglos, pero es en los últimos años cuando se ha incrementado la incidencia, antes de los años 60 se consideraba inviable el feto menor de 28 semanas (43); si bien se reportaba ocasionalmente sobrevida de niños menores de 1000 g, la mortalidad para ese grupo era mayor del 90%, el cuidado de los pretérminos y la tecnología han ido aumentando gradualmente la sobrevida de niños, y, hoy en día, el límite de viabilidad (suficiente madurez biológica para poder vivir) aceptada en la mayor parte de los países está en las 24 semanas (43).

2.2.8.8. Anemia en la gestación.

La anemia es un síndrome agudo o crónico caracterizado por una disminución en la capacidad de transporte de oxígeno por la sangre, se asocia a una reducción en el recuento eritrocitario total y/o disminución en la concentración de hemoglobina (Hb) circulante en relación con valores límites definidos como normales para la edad, raza, género, cambios fisiológicos (gestación, tabaquismo) y condiciones medio ambientales (altitud); en cuanto a efectos hemodinámicos y efectos perinatales, de acuerdo con las normas técnicas del

Perú, la anemia durante el embarazo se clasifica de acuerdo a sus valores de hemoglobina y hematocrito (44):

Anemia Severa (Menor de 7,0 g/dL).

Anemia Moderada (7,0 – 9,9 g/dL).

Anemia Leve (10,0 – 10,9 g/dL).

Sin Anemia ($\geq 11,0$ g/dL).

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 (45).

Características. Cualidad o circunstancia que es propia o particular de una persona o grupo de personas (46).

Perfil epidemiológico. es la expresión del estado de salud de un grupo de personas; cuya descripción identifica las características que la definen (45).

Embarazo. El embarazo (gestación) es el proceso fisiológico en el que un feto se desarrolla dentro del cuerpo de la madre (19).

Gestante. Mujer embarazada que está gestando vida en su vientre.

Características de las gestantes. Son rasgos o singularidades de naturaleza social o de otro tipo que identifica a una gestante o a un grupo de gestantes.

Clínico. Relacionado al conocimiento, identificación, signos, síntomas, diagnóstico y manejo médico de una enfermedad (12).

Enfermedad. Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa (46).

Morbilidad. Se refiere a la presentación de una enfermedad o síntoma de una enfermedad, o a la proporción de enfermedad en una población. La morbilidad también se refiere a los problemas médicos que produce un tratamiento (46).

Comorbilidad. Enfermedades médicas preexistentes o que están presentes en un trastorno primario, enfermedad o morbilidad.

2.4. Identificación de variables

- **Variable:** Perfil epidemiológico de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas.
 - **Dimensión: Características sociodemográficas**
 - Grupo de edad de la gestante.
 - Estado civil de la gestante.
 - Nivel educativo de la gestante.
 - Índice de masa corporal pregestacional.
 - **Dimensión: Características obstétricas.**
 - Paridad de la gestante antes del embarazo actual.
 - Periodo intergenésico (PIG) de la gestante.
 - Edad gestacional en la primera atención prenatal.
 - Atenciones prenatales en la gestante.
 - Antecedentes personales de riesgo para la gestante.
 - **Dimensión: Morbilidades y complicaciones.**
 - Diagnóstico de anemia.
 - Comorbilidad medicas que presento la gestante en su embarazo.
 - Complicaciones obstétricas que presento la gestante.
 - Tipo de parto según edad gestacional.
 - Vía del parto.

2.5. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor
Perfil epidemiológico de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas.	Son características, rasgos o singularidades de naturaleza biológica, socio demográfico, obstétricas y medicas que identifica a una gestante o a un grupo de gestantes.	Análisis documental de las historias clínicas de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021; y registro en la ficha de recolección de datos.	Características sociodemográficas	Grupo de edad de la gestante.	Edad de la gestante, registrada en la historia clínica y categorizada por grupo etéreo.	Edad ≤ a 18 años (1). Edad de 19 a 26 años (2). Edad de 27 a 34 años (3). Edad ≥ a 35 años (4).
				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 educativo de la gestante.	Nivel educativo de la gestante, registrada en la historia clínica.	Sin Instrucción (1). Inicial (2). Primaria (3). Secundaria (4). Superior (5).
				Índice de masa corporal pregestacional.	Índice de masa corporal pregestacional, calculado del peso y talla registrada en la historia clínica. Cálculo = (peso/talla x talla).	Bajo peso (< 18,5) (1). Peso normal (18,5 a 24,9) (2). Sobrepeso (25 a 29,9) (3). Obesidad (≥30) (4).
			Características obstétricas.	Paridad de la gestante antes del embarazo actual.	Paridad de la gestante antes del embarazo actual, registrada en la historia clínica.	Nulípara (1). Primípara (2). Múltipara (3). Gran múltipara (4).
				Periodo intergenésico (PIG) de la gestante.	Periodo intergenésico de la gestante, registrada en la historia clínica.	Sin periodo intergenésico por ser primigesta (1). PIG Corto (menor a 18 meses) (2). PIG Normal (de 18 a 60 meses) (3). PIG Largo (mayor a 60 meses) (4).
				Edad gestacional en la primera atención prenatal (APN).	Edad gestacional en la primera APN, registrada en la historia clínica.	Primera APN antes de las 14 semanas (1). Primera APN de 14 a 20 semanas (2). Primera APN de 21 a 27 semanas (3). Primera APN de 28 a 34 semanas (4). Primera APN de 35 a 41 semanas (5).
				Atenciones prenatales en la gestante.	Número de atenciones prenatales, registrada en la historia clínica.	Menos de 6 atenciones prenatales (1). De 6 a más atenciones prenatales (2).
				Antecedentes personales de riesgo para la gestante.	Antecedentes personales de riesgo para la gestante, registrada en la historia clínica.	Nominal.
			Morbididades y complicaciones.	Diagnóstico de anemia.	Valor de hemoglobina de la gestante registrada en la historia clínica y categorización.	Anemia severa (< 7.0 g/dL). Anemia Moderada (7.0 – 9.9 g/dL). Anemia Leve (10.0 - 10.9 g/dL). Sin Anemia (≥ 11.0 g/dL).
				Comorbilidad medicas que presento la gestante en su embarazo.	Comorbilidad medicas que presento la gestante en su embarazo, registrada en la historia clínica.	Nominal.
				Complicaciones obstétricas que presento la gestante.	Complicaciones obstétricas que presento la gestante, registrada en la historia clínica.	Nominal.
				Tipo de parto según edad gestacional.	Tipo de parto según edad gestacional, registrada en la historia clínica.	Parto pretérmino (1). Parto a término (2).
				Vía del parto.	Vía del parto, registrada en la historia clínica.	Vaginal (1). Cesárea (2).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito temporal y espacial

El estudio sobre el perfil epidemiológico de las gestantes, se realizó en las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, que se encuentra ubicado distrito de Hualhuas, provincia de Huancayo y región Junín.

El distrito de Hualhuas es uno de los veintiocho que conforman la Provincia de Huancayo, ubicada en el Departamento de Junín, bajo la administración del Gobierno Regional de Junín, en el Perú (47). Limita por el norte con el Distrito de San Pedro de Saño; por el este con el Distrito de El Tambo; por el sur con el Distrito de San Agustín de Cajas; y, por el oeste con el Distrito de Sicaya (47).

El distrito se encuentra a una altura de 3,280 msnm y tiene una población aproximada superior a los 3000 habitantes, su capital es el poblado de Hualhuas, su extensión territorial es casi en su totalidad plana con una montaña muy bien pronunciada con ingentes cantidades de producción de eucalipto, el clima es variado, generalmente seco con días de intenso calor envuelto con un cielo azul, y contrariamente con noches frías entre los meses de abril a septiembre (47); Con vientos en el mes de agosto, y la época de lluvias es de octubre a marzo, lo cual se aprovecha para la agricultura con sembríos de maíz, papas, quinua, tarwi, frijoles, arvejas habas, linaza, y en la zona alta ocas, mashua, ollucos, cebada, trigo, así como una variedad de hortalizas como la alcachofa, entre otros productos (47).

3.2. Tipo de investigación

La investigación realizada fue transversal, retrospectiva, descriptiva (48-50). Fue transversal porque los datos se obtienen en un solo momento, en un tiempo único, retrospectivo porque los datos se recogieron de registros previamente

recabados por otras personas, donde el investigador no tuvo participación (fuentes secundarias) (48-50). Descriptiva por tener solo una variable (variable compuesta) para el estudio, su propósito fue describir la variable y analizarla en un momento dado (48-50).

3.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo (DANKHE 1986), su propósito fue describir (medir) el comportamiento de la variable y sub variables en forma independiente; es decir, busco caracterizar la variable (51, 52).

3.4. Métodos de investigación

3.4.1. Método general.

Se empleó el método inductivo. Según Pimienta (53), es aquel que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares. Es el método científico más utilizado, se distinguen cuatro pasos esenciales (53): 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, esto permite elaborar conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares (53).

3.4.2. Método Básico

Se utiliza el método descriptivo porque describe las características de la población de investigación en forma natural a partir de observaciones (53).

3.5. Diseño de investigación

Según Hernández el diseño es el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea (52). El diseño de la investigación fue descriptiva simple (51, 52). Lo cual permitió describir el perfil epidemiológico de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo en el año 2021.

Donde:

M O

M: Gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo en el año 2021.

O: Características sociodemográficas, obstétricas, tipos de morbilidades y complicaciones.

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

La población de estudio estuvo constituida por todas las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo en el año 2021; que, según registros del establecimiento de salud, fueron un total de 58 (50, 54). Una población es el conjunto total de elementos que comparten por lo menos una propiedad en común, circunscritos en un tiempo y espacio definidos (50, 54, 55).

3.6.2. Muestra

El estudio fue censal (50, 54, 55). Por lo cual no fue necesario calcular un tamaño de muestra, ni realizar el muestreo.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada fue el análisis documental de fuentes secundarias (49, 56, 57). Se revisaron las historias clínicas de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas en el año 2021.

El instrumento fue la ficha de recolección de datos; este instrumento permitió recolectar datos sobre la variable; la cual fue elaborada en base al propósito, objetivo y variables del estudio (49, 56, 57).

3.8. Técnicas y procesamiento de análisis de datos

Para el estudio se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas; la ficha de recolección de datos permitió recabar información de las historias clínicas, estas fueron ordenadas, codificadas y clasificadas (58).

Se ingreso los datos a una hoja de cálculo en el software Microsoft Excel 2013; esto se hizo debido a la facilidad de uso y la familiaridad con las aplicaciones de Office (58). Para realizar el análisis estadístico, se importó la base de datos de Excel al programa estadístico de Windows SPSS versión 17; a fin de realizar todo el proceso de análisis con estadística descriptiva como frecuencias absolutas y relativas.



CAPÍTULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1. Análisis de información

Estudio perfil epidemiológico de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021.

Características sociodemográficas	Frecuencia (n=58)	Porcentaje (h%=100%)	Porcentaje acumulado
Grupo de edad de la Gestante			
Edad menor o igual a 18 años	7	12,1%	12,1%
Edad de 19 a 26 años	18	31,0%	43,1%
Edad de 27 a 34 años	24	41,4%	84,5%
Igual o mayor a 35 años	9	15,5%	100,0%
Estado civil de la gestante			
Conviviente	42	72,4%	72,4%
Soltera	9	15,5%	87,9%
Casada	6	10,3%	98,3%
Viuda	1	1,7%	100,0%
Nivel educativo de la gestante			
Sin instrucción	1	1,7%	1,7%
Primaria	7	12,1%	13,8%
Secundaria	30	51,7%	65,5%
Superior	20	34,5%	100,0%
Índice de masa corporal pregestacional			
Bajo peso (< 18,5)	2	3,4%	3,4%
Peso normal (18,5 a 24,9)	29	50,0%	53,4%
Sobrepeso (25 a 29,9)	19	32,8%	86,2%
Obesidad (≥ 30)	8	13,8%	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre el perfil epidemiológico de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021.

Tabla 1. Del total de gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021. El 12,1% (7) tuvieron una edad menor o igual a 18 años, el 31% (18) tuvieron una edad de 19 a 26 años, el 41,4% (24) tuvieron una edad de 27 a 34 años y el 15,5% (9) tuvieron una edad igual o mayor a 35 años. El 27,6% tuvieron edades extremas ($\leq$ a 18 años y $\geq$ a 35 años).

El 72,4% (42) fueron gestantes convivientes, el 15,5% (9) fueron gestantes solteras, el 10,3% (6) fueron gestantes casadas y el 1,7% (1) fue viuda.

El 1,7% (1) no tuvieron nivel de instrucción, el 12,1% (7) tuvieron educación primaria, el 51,7% (30) tuvieron educación secundaria y el 34,5% (20) tuvieron educación superior. El 13,8% no llegaron a tener educación secundaria.

Según el índice de masa corporal pregestacional, el 3,4% (2) tuvieron bajo peso, el 50% (29) presentaron un peso normal, el 32,8% (19) tuvieron sobrepeso y el 13,8% (8) tuvieron obesidad.

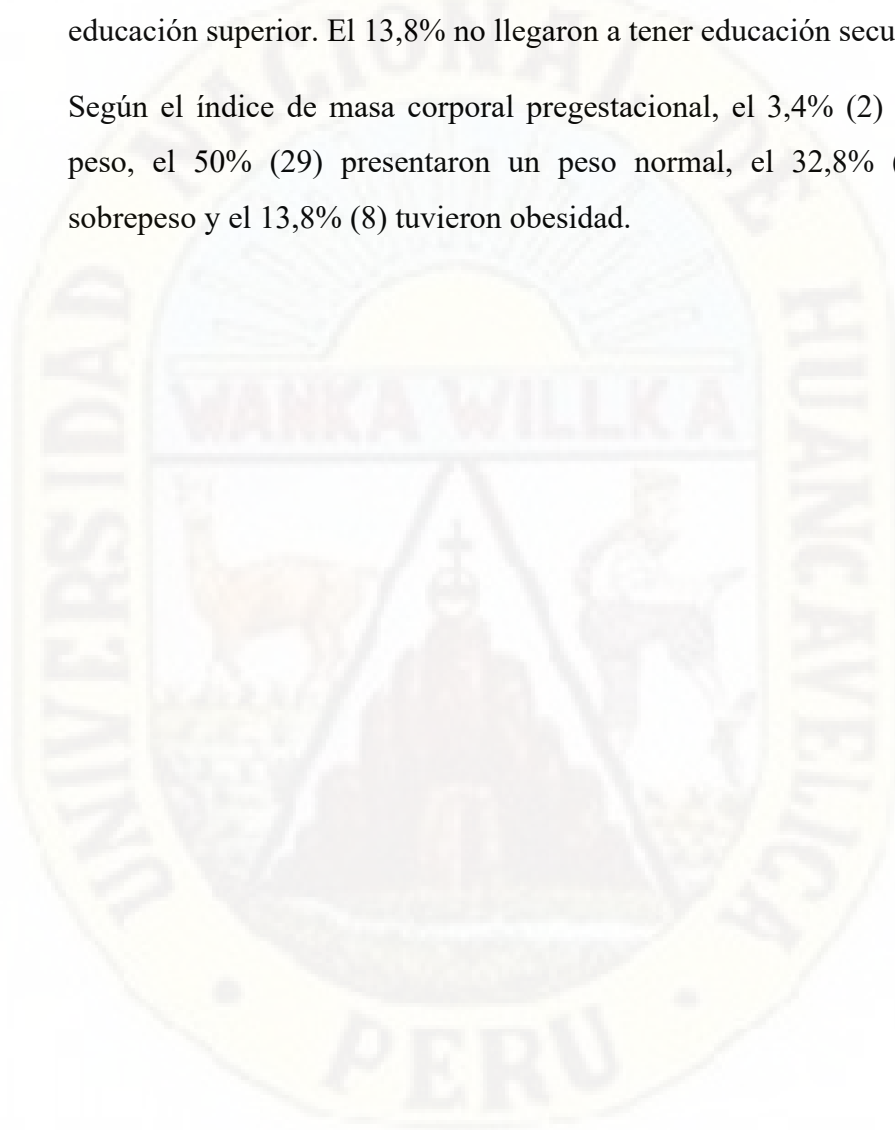


Tabla 2. Características obstétricas de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021.

Características obstétricas	Frecuencia (n=58)	Porcentaje (h%=100%)	Porcentaje acumulado
Paridad de la gestante antes del embarazo actual			
Nulípara	22	37,9%	37,9%
Primípara	17	29,3%	67,2%
Múltipara	19	32,8%	100,0%
Periodo intergenésico (PIG) de la gestante			
Sin periodo intergenésico por ser primigesta	19	32,8%	32,8%
PIG Corto (< 18 meses)	8	13,8%	46,6%
PIG Normal (De 18 a 60 meses)	16	27,6%	74,1%
PIG Largo (> 60 meses)	15	25,9%	100,0%
Edad gestacional en la primera atención prenatal			
Primera APN antes de las 14 semanas	27	46,6%	46,6%
Primera APN De las 14 a las 20 semanas	11	19,0%	65,5%
Primera APN De las 21 a las 27 semanas	14	24,1%	89,7%
Primera APN de las 28 a las 34 semanas	6	10,3%	100,0%
Atenciones prenatales en la gestante			
Menos de 6 atenciones prenatales	18	31,0%	31,0%
De 6 a más atenciones prenatales	40	69,0%	100,0%
Antecedentes personales de riesgo para la gestante			
Aborto	4	6,9%	6,9%
Cesárea anterior	2	3,4%	10,3%
Epilepsia	2	3,4%	13,8%
Cesárea anterior e Hipertensión arterial	1	1,7%	15,5%
Cesárea anterior y Pelvis estrecha	1	1,7%	17,2%
Preeclampsia	1	1,7%	19,0%
Sin antecedentes registrados	47	81,0%	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre el perfil epidemiológico de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021.

Tabla 2. Del total de gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021. El 37,9% (22) fueron nulíparas, el 29,3% (17) fueron primíparas y el 32,8% (19) fueron múltiparas.

El 32,8% (19) no tuvieron periodo intergenésico por ser primigesta, el 13,8% (8) tuvieron un periodo intergenésico corto, el 27,6% (16) tuvieron un periodo intergenésico normal y el 25,9% (15) tuvieron un periodo intergenésico largo.

El 46,6% (27) tuvieron su primera atención prenatal antes de las 14 semanas de gestación, el 19% (11) tuvieron su primera atención prenatal de las 14 a 20 semanas de gestación, el 24,1% (14) tuvieron su primera atención prenatal de las 21 a 27 semanas y el 10.3% (6) tuvieron su primera atención prenatal de las 28 a 34 semanas de gestación.

El 69% (40) tuvieron 6 a más atenciones prenatales y el 31% (18) tuvieron menos de 6 atenciones prenatales.

El 19% (11) tuvieron antecedentes personales de riesgo como el antecedente de aborto en un 6,9% (4), cesárea anterior en un 3,4% (2), antecedente de epilepsia en un 3,4% (2) y en menores proporciones antecedentes la cesárea anterior e Hipertensión arterial, la cesárea anterior y pelvis estrecha; y preeclampsia cada uno en un 1,7% respectivamente.

Tabla 3. Morbilidades y complicaciones en las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021.

Problemas de salud	Frecuencia (n=58)	Porcentaje (h%=100%)	Porcentaje acumulado
Diagnóstico de anemia			
Anemia Moderada (7.0 – 9.9 g/dL)	3	5,2%	5,2%
Anemia Leve (10.0 - 10.9 g/dL)	5	8,6%	13,8%
Sin Anemia (≥ 11.0 g/dL)	50	86,2%	100,0%
Comorbilidad medicas que presento la gestante en su embarazo			
Infección del Tracto Urinario	26	44,8%	44,8%
Condilomatosis vaginal	1	1,7%	46,6%
Sin comorbilidades medicas	31	53,4%	100,0%
Complicaciones obstétricas que presento la gestante			
Ruptura Prematura de Membranas	4	6,9%	6,9%
Pelvis estrecha	3	5,2%	12,1%
Embarazo gemelar	2	3,4%	15,5%
Preeclampsia	2	3,4%	19,0%
Amenaza de Aborto	1	1,7%	20,7%
COVID-19	1	1,7%	22,4%
Dilatación estacionaria	1	1,7%	24,1%
Feto macrosómico	1	1,7%	25,9%
Feto podálico	1	1,7%	27,6%
Sin complicación registrada	42	72,4%	100,0%
Tipo de parto según edad gestacional			
Parto pretérmino	5	8,6%	8,6%
Parto a termino	53	91,4%	100,0%
Vía del parto			
Vaginal	42	72,4%	72,4%
Cesárea	16	27,6%	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre el perfil epidemiológico de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021.

Tabla 3. Del total de gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021.

El 46,6% (27) tuvieron comorbilidades médicas. El 5,2% (3) tuvieron anemia moderada, el 8,6% (5) tuvieron anemia leve, el 44,8% (26) tuvieron infección de tracto urinario, el 1,7% (1) tuvo condilomatosis vaginal.

El 27,6% (16) tuvieron complicaciones obstétricas como Ruptura Prematura de Membranas en un 6,9% (4), Pelvis Estrecha en un 5,2% (3), Embarazo gemelar en un 3,4% (2), Preeclampsia en un 3,4% (2) y en mínimas proporciones la Amenaza de Aborto, COVID-19, Dilatación estacionaria, Feto macrosómico y Feto podálico en un 1,7% cada uno respectivamente.

El 8,6% (5) tuvieron parto pretérmino y el 91,4% (53) parto a término.

El 72,4% (42) tuvieron parto por vía vaginal y el 27,6% (16) parto por cesárea.

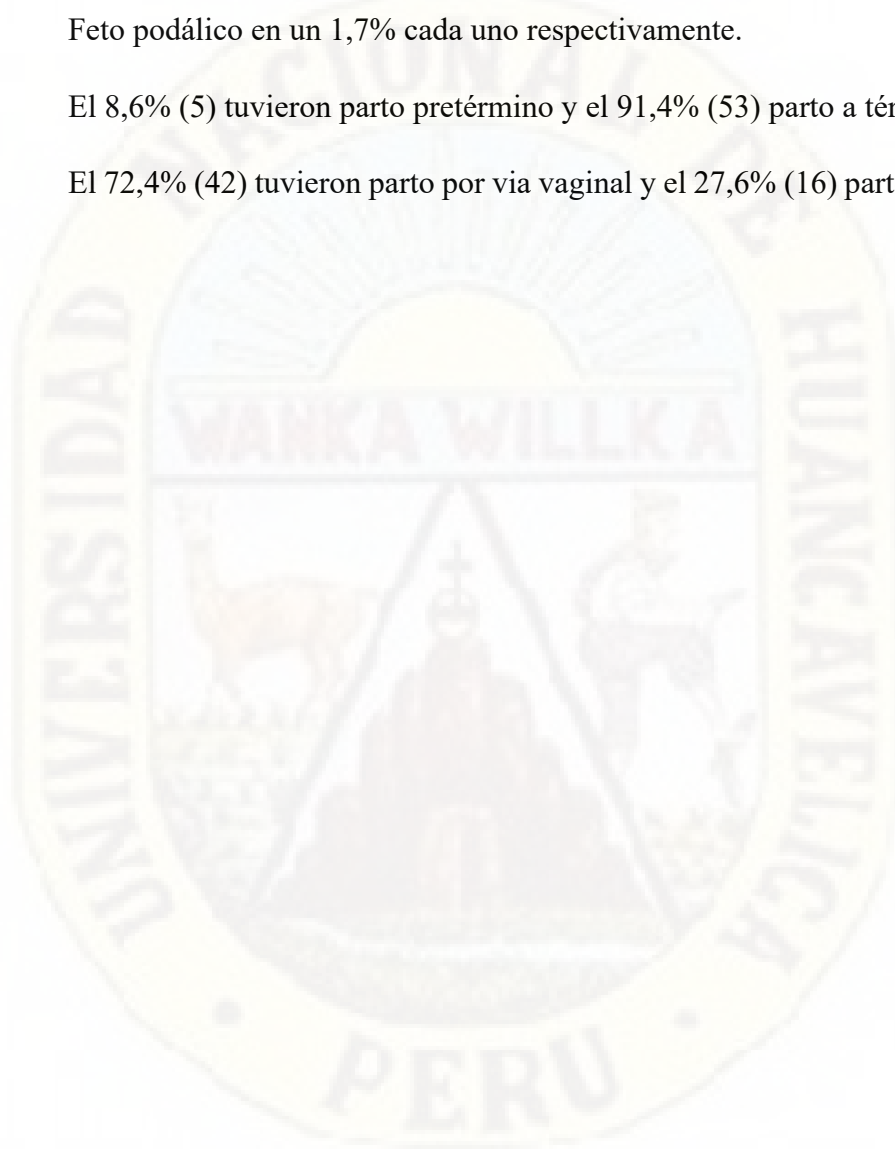


Tabla 4. Causas o razones de cesárea en las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021.

Causas de cesárea	Frecuencia (n=16)	Porcentaje (h%=100%)	Porcentaje acumulado
Pelvis estrecha	4	25,0%	25,0%
Ruptura Prematura de Membranas	4	25,0%	50,0%
Cesareada anterior	2	12,5%	62,5%
Embarazo gemelar	2	12,5%	75,0%
Condilomatosis vaginal	1	6,3%	81,3%
Dilatación estacionaria	1	6,3%	87,5%
Feto podálico	1	6,3%	93,8%
Preeclampsia	1	6,3%	100,0%
Total	16	100,0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre el perfil epidemiológico de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021.

Tabla 4. Las causas o razones de las cesáreas en las madres atendidas en la IPREE Hualhuas, Huancayo fueron la pelvis estrecha en un 25% (4), la Ruptura Prematura de Membranas en un 25% (4), la cesárea anterior en un 12,5% (2), el Embarazo gemelar en un 12,5% (2) y en mínimas proporciones la Condilomatosis vaginal, la Dilatación estacionaria, Feto podálico y Preeclampsia en un 6,3% (1) cada uno respectivamente.

4.2. Discusión de resultados

Del estudio sobre el perfil epidemiológico de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021.

El 31% (18) tuvieron una edad de 19 a 26 años, el 41,4% (24) tuvieron una edad de 27 a 34 años y el 27,6% tuvieron edades extremas ($\leq$ a 18 años y $\geq$ a 35 años). Los resultados indican que las gestantes fueron jóvenes lo cual concuerda con lo hallado por Silva et al (13), Soares et al (15), Dalla et al (16), Gonzales & Villoslada (17), Uchuypoma (18); la mayor proporción de madres jóvenes probablemente se deba a particularidades propias de los contextos socio culturales; los problemas de salud prevenibles; pueden estar relacionados a la falta de educación para el autocuidado en el embarazo y las medidas de prevención ante ciertos factores de riesgo. Las jóvenes tienen predisposición; de aprender situación que es una oportunidad para el sector salud, a fin de fomentar el cuidado y autocuidado de la salud materno perinatal, a nivel familiar y comunitario con estrategias acordes al contexto.

El 72,4% (42) fueron gestantes convivientes, el 51,7% (30) tuvieron educación secundaria, el 34,5% (20) tuvieron educación superior y el 13,8% no llegaron a tener educación secundaria. En cuanto al tener una unión estable o conviviente y el nivel educativo secundario los resultados fueron similares a lo hallado por Silva et al (13), Soares et al (15), Dalla et al (16), Gonzales & Villoslada (17), Uchuypoma (18). Las proporciones elevadas de gestantes convivientes; se explicarían porque son parejas jóvenes, en proceso de constitución o consolidación y por las características sociales del contexto. El que las madres tengan un nivel educativo secundario, para muchos es aceptable, ya que permite entender las intervenciones sanitarias para el cuidado y autocuidado de la salud materno perinatal, a nivel familiar y comunitario.

El 50% (29) presentaron un peso normal, el 32,8% (19) tuvieron sobrepeso y el 13,8% (8) tuvieron obesidad. Los resultados fueron similares a lo hallado por Soares et al (15); se sabe que un peso inadecuado sigue constituyendo un

riesgo para la salud materna; por lo cual es importante una adecuada educación sanitaria en la etapa preconcepcional.

El 37,9% (22) fueron nulíparas, el 29,3% (17) fueron primíparas y el 32,8% (19) fueron multíparas. En cuanto a la paridad los resultados fueron diferentes a lo hallado por Soares et al (15), Dalla et al (16); esto probablemente se explique por las características de los contextos sociales del estudio, al estilo de vida y al acceso a servicios educativos y sanitarios.

El 32,8% (19) no tuvieron periodo intergenésico por ser primigesta, el 13,8% (8) tuvieron un periodo intergenésico corto, el 27,6% (16) tuvieron un periodo intergenésico normal y el 25,9% (15) tuvieron un periodo intergenésico largo. El haber encontrado una mayor proporción de madres primigestas, indicaría que son madres jóvenes; por otra parte, es importante una buena educación sanitaria para que las madres tengan un espaciado adecuado de sus embarazos, disminuyendo de esta manera los riesgos materno perinatales.

El 46,6% (27) tuvieron su primera atención prenatal antes de las 14 semanas de gestación. Este resultado muestra que un poco mas de la mitad de las gestantes no inician su atención prenatal de manera oportuna lo cual, lo cual limita la detección de riesgos o estilos de vida inadecuados; para una intervención oportuna. El 69% (40) tuvieron 6 a más atenciones prenatales. Este resultado concuerda con lo hallado por Silva et al (13), Andrade y Cedeño (14), Uchuypoma (18). Lo hallado en el estudio indica que siete de cada diez madres tuvieron una cantidad aceptable de atenciones prenatales, pero relacionándolo con el resultado anterior, podemos mencionar que más de la mitad no lo inicia según las indicaciones del ministerio de salud, lo que nos permite concluir que la gestante en su mayoría tienen atenciones prenatales adecuadas en cantidad, pero no en oportunidad; por lo cual se requiere fortalecer las intervenciones sanitarias según las recomendaciones del Ministerio de Salud.

El 19% (11) tuvieron antecedentes personales de riesgo como el antecedente de aborto en un 6,9% (4), cesárea anterior en un 3,4% (2), antecedente de epilepsia en un 3,4% (2) y en menores proporciones antecedentes la cesárea anterior e Hipertensión arterial, la cesárea anterior y pelvis estrecha; y preeclampsia cada uno en un 1,7% respectivamente. Estos antecedentes también fueron encontrados por otros investigadores como Dalla et al (16), pero en diferentes proporciones. Este resultado nos indica que en los embarazos siempre vamos a tener gestantes con antecedentes de riesgo, por lo cual la atención prenatal juega un papel importante en la detección oportuna y seguimiento adecuado a la gestante para prevenir complicaciones en el embarazo.

El 46,6% (27) tuvieron comorbilidades médicas. El 44,8% (26) tuvieron infección de tracto urinario, el 13,8% (8) tuvieron anemia, el 1,7% (1) tuvo condilomatosis vaginal. La elevada proporción de enfermedades medicas e infecciones de tracto urinario en el embarazo, también fueron encontradas por Dalla et al (16) y Uchuypoma (18); algunas de las otras enfermedades medicas también fueron halladas en proporciones menores. De los resultados se puede concluir que las morbilidades medicas encontradas en su gran mayoría son prevenibles y tratables; inclusive mucho antes de la gestación por lo cual es importante que se fomente la atención sanitaria preconcepcional en las mujeres en edad fértil a fin de que lleguen a un embarazo con menos riesgo de complicaciones.

El 27,6% (16) tuvieron complicaciones obstétricas como Ruptura Prematura de Membranas (6,9%), Pelvis Estrecha (5,2%), Embarazo gemelar (3,4%), Preeclampsia (3,4%), Amenaza de Aborto (1,7%), COVID-19 (1,7%), Dilatación estacionaria (1,7%), Feto macrosómico (1,7%) y Feto podálico (1,7%). El 8,6% (5) tuvieron parto pretérmino y el 91,4% (53) parto a término. Las complicaciones obstétricas también fueron encontradas por otros investigadores como Andrade y Cedeño (14), Soares et al (15), Dalla et al (16), Gonzales & Villoslada (17), Uchuypoma (18); pero en diferentes proporciones.

Este resultado nos indica que en los embarazos siempre se pueden presentar complicaciones obstétricas, por lo cual la educación sanitaria, la atención prenatal juegan un papel importante en la prevención, detección oportuna y tratamiento adecuado.

El 72,4% (42) tuvieron parto por vía vaginal y el 27,6% (16) parto por cesárea. La proporción de parto vaginal fue similar a lo hallado por Silva et al (13). El resultado nos indica que siete de cada diez gestantes tuvieron parto vaginal y tres de cada diez cesárea por antecedentes o complicaciones de riesgo; es por ello importante que la continuidad de la atención se vea reflejada en un buen sistema de referencia y contra referencia; para evitar daños mayores en la salud materno perinatal.

Las razones de las cesáreas fueron la pelvis estrecha (25%), ruptura prematura de membranas (25%), cesárea anterior (12,5%), embarazo gemelar (12,5%) y en mínimas proporciones la condilomatosis vaginal, la dilatación estacionaria, feto podálico y preeclampsia en un 6,3% (1) cada uno respectivamente. Es importante conocer estas razones o causa de cesáreas para prever y organizar oportunamente la referencia a un establecimiento de mayor complejidad si la situación lo amerita.

Conclusiones

- 1 Las gestantes se caracterizaron por ser madres jóvenes, convivientes, con educación secundaria, de peso normal. Esto probablemente se explique por las características propias del contexto social, el estilo de vida, el acceso a servicios educativos y sanitarios.
- 2 Las características obstétricas frecuentes en las gestantes fueron que más de la mitad no tuvieron su primera atención prenatal antes de las 14 semanas y tuvieron mas de seis atenciones prenatales por lo cual no se oportuna. Fue más frecuente las gestantes nulíparas. Así mismo dos de cada diez tuvieron antecedentes personales de riesgo.
- 3 Casi la mitad de las gestantes tuvieron morbilidades medicas como infección de tracto urinario, anemia, condilomatosis vaginal; en su gran mayoría prevenibles y tratables, incluso antes del embarazo. Así mismo tres de cada diez tuvieron complicaciones obstétricas como Ruptura Prematura de Membranas, parto pretérmino, Pelvis Estrecha, Embarazo gemelar, Preeclampsia, Amenaza de Aborto, COVID-19, Dilatación estacionaria, Feto macrosómico y Feto podálico.
- 4 Tres de cada diez gestantes tuvieron parto por cesárea por antecedentes o complicaciones de riesgo como pelvis estrecha, ruptura prematura de membranas, cesárea anterior, embarazo gemelar, condilomatosis vaginal, dilatación estacionaria, feto podálico y preeclampsia.
- 5 De los resultados del estudio se puede mencionar que siempre tendremos gestantes con antecedentes de riesgo, morbilidades y complicaciones; por lo cual la atención prenatal juega un papel importante en la detección oportuna, seguimiento y tratamiento adecuado a la gestante para prevenir mayores complicaciones.

Recomendaciones

Al sector salud.

Los problemas de salud prevenibles; pueden estar relacionados a la falta de educación para el autocuidado en el embarazo y las medidas de prevención ante ciertos factores de riesgo. Las jóvenes tienen predisposición; de aprender por lo cual esto es una oportunidad para que el sector salud, pueda fomentar el cuidado y autocuidado de la salud materno perinatal, a nivel familiar y comunitario con estrategias acordes al contexto.

El que las madres tengan un nivel educativo secundario, para muchos es aceptable, ya que permite entender las intervenciones sanitarias para el cuidado y autocuidado de la salud materno perinatal, a nivel familiar y comunitario. Situación que hace necesaria seguir impulsando una adecuada educación sanitaria en la etapa preconcepcional y en todo el embarazo y puerperio.

El estudio mostro que más de la mitad de las gestantes no inician su atención prenatal de manera oportuna situación que limita la detección de riesgos o estilos de vida inadecuados, para una intervención oportuna; por lo cual se requiere fortalecer que las atenciones se deban realizar según las recomendaciones del Ministerio de Salud.

En pertinente que se mejore el acceso a los servicios de salud; ya que la atención prenatal juega un papel importante en la detección oportuna de riesgos, complicaciones entre otros; para brindar una atención pertinente a fin de prevenir mayores complicaciones en el embarazo. También es importante que se fomente la atención sanitaria preconcepcional en las mujeres en edad fértil a fin de que lleguen a un embarazo con menos riesgo de complicaciones.

Es por ello importante que la continuidad de la atención se vea reflejada en un buen sistema de referencia y contra referencia; para evitar daños mayores en la salud materno perinatal.

Referencias bibliográficas

1. Rigol Ricardo O, Santisteban Alba S. Obstetricia y Ginecología. 3 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. 478 p.
2. Álvarez Fumero R, Piloto Padrón M, Santana Espinosa M, Ortega Blanco M, Cabezas Cruz E, Águila Setién S. Manual de procedimientos de Hogares Maternos. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas. 2015.
3. 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).
4. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, de Sousa MH, Serruya SJ. Revisão sistemática sobre morbidade materna near miss Systematic review of near miss maternal morbidity. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(2):255-64.
5. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*. 2014;2(6):e323-e33.
6. Popkin BM, Slining M. New dynamics in global obesity facing low-and middle-income countries. *Obesity reviews*. 2013;14:11-20.
7. Viveki R, Halappanavar A, Viveki P, Halki S, Maled V, Deshpande PJAAJMS. Prevalence of anaemia and its epidemiological determinants in pregnant women. 2012;5(3):216-23.
8. Mesa Trujillo D, Valdés Abreu BM, Cisneros Suárez Y, Flores Boudet M, García Mesa I. Caracterización epidemiológica de mujeres con riesgo preconcepcional y sus resultados perinatales. los palacios 2018. Primer Congreso Virtual de Ciencias Básicas Biomédicas en Granma. Manzanillo. 2019.
9. Lau López S, Rodríguez Cabrera A, Pría Barros MdC. Problemas de salud en gestantes y su importancia para la atención al riesgo reproductivo preconcepcional. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2013;39:836-49.
10. Menéndez C, Lucas A. Documento de trabajo para ISGlobal: Analizando la mortalidad materna desde un enfoque de equidad: la importancia de contar con

datos de calidad. Barcelona: Instituto de Salud Global Barcelona; 2016. Available from:

<https://www.isglobal.org/documents/10179/25254/Mortalidad+materna+desde+un+enfoque+de+equidad/9952a822-72b7-4144-8a74-c90a10d892b5>.

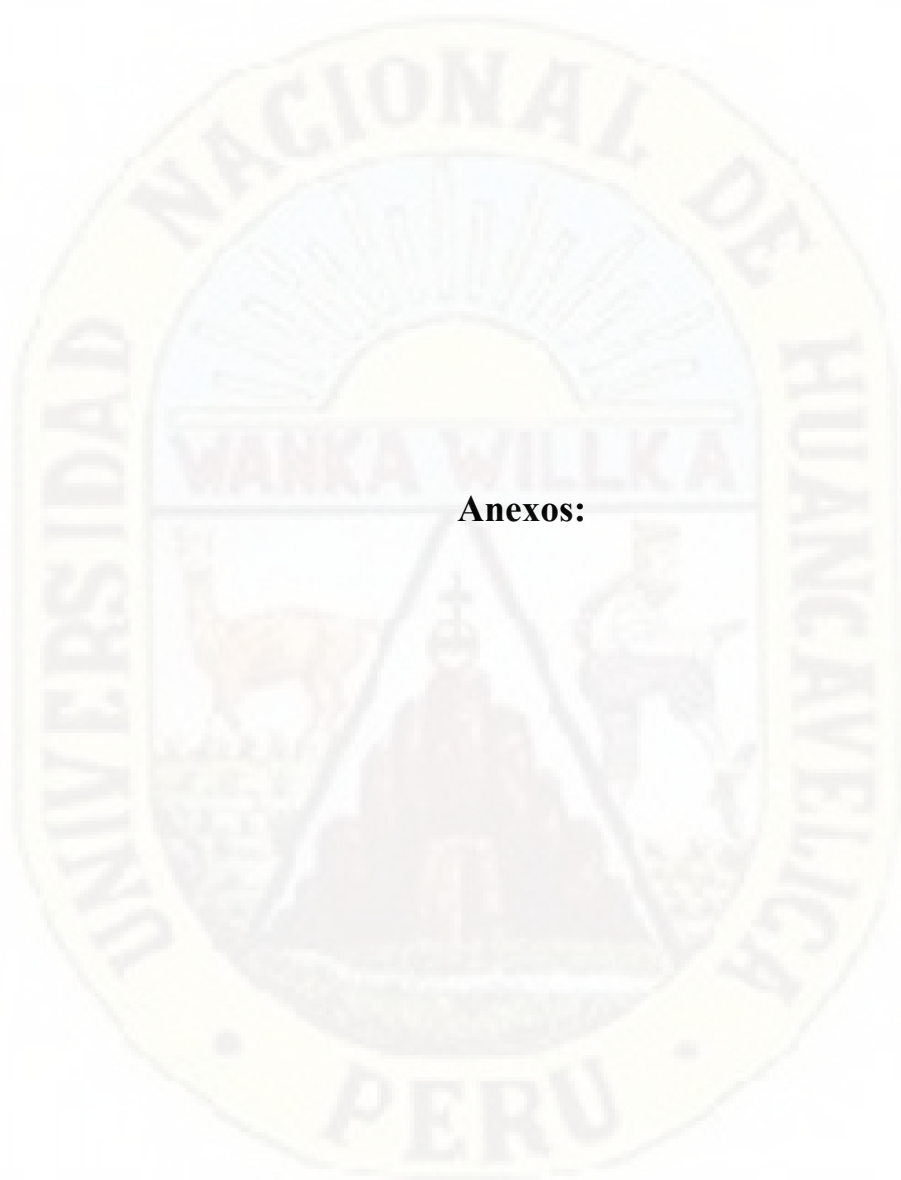
11. Ronsmans C, Filippi V. Beyond the numbers. Reviewing Maternal Deaths and Complications to Make Pregnancy Safer. Geneva: World Health Organization. 2004.
12. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018 [cited 2019 enero 03]. Available from: <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320334esp.pdf>.
13. Silva LSR, de Sousa JO, de Almeida Frota MCQ, Carneiro JKR, Oliveira MAS. Perfil Epidemiológico-Obstétrico E Sociodemográfico-De Gestantes Atendidas Em Um Centro De Saúde Da Família. Revista Saúde e Desenvolvimento. 2019;13(14):100-11.
14. Andrade Peña VD, Cedeño Espinoza NL. Control Prenatal y Complicaciones Obstétricas, en Colombia, Perú y Ecuador. [Tesis de titulación]. Ecuador: Universidad Estatal de Milagro, Facultad Ciencias de la Salud; 2019.
15. Soares LG, Higarashi IH, Paris MdC, Soares LG, Lentsck MH. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. Rev méd Minas Gerais. 2021;31106-.
16. Dalla Costa L, Cura CC, Perondi AR, França VF, Bortoloti DS. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. Cogitare Enfermagem. 2016;21(2).
17. Gonzales Armas GC, Villoslada Sangama KD. Atención prenatal reenfocada y complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Morales, 2019. [Tesis de titulación]. Tarapoto-Perú: Universidad Nacional de San Martín, Facultad de Medicina Humana; 2020.
18. Uchuypoma Huamani ML. Atención prenatal y morbilidad en gestantes atendidas en el puesto de salud san juan de Occopampa, Churcampa 2018. [Tesis de especialidad]. Huancavelica-Perú: Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de Ciencias de la Salud; 2019.
19. Bernstein HB, VanBuren G. Embarazo normal y cuidados prenatales. In: DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS, editors. Diagnóstico y

- tratamiento ginecoobstétricos. 11 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores; 2014. p. 141-2.
20. Usandizaga Beguiristain JA, De la Fuente J. Obstetricia. 1ra edición. Madrid: Marbán Libros; 2018. 698 p.
 21. 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 del Panamá; 2015.
 22. Rigol Ricardo O, Santisteban Alba SR. Obstetricia y ginecología. 3 ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2014. 462 p.
 23. 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.
 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. Zavala A, Ortiz H, Salomon J, Padilla C, Preciado R. Periodo intergenésico: Revisión de la literatura. Rev Chil Obstet Ginecol. 2018;83(1):52-61.
 27. Marston C. Report of a WHO technical consultation on birth spacing. 13-15 June 2005. Geneva: World Health Organization; 2006.
 28. Serra B, Mallafré J, Aguilar E, Álvarez M, Ara C, Barri Soldevila PN, et al. Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Quirón Dexeus. 5ta ed. España: Elsevier Health Sciences; 2014.
 29. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Williams Obstetricia. 25 ed. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES; 2019. 1346 p.
 30. Magriples U, Boynton MH, Kershaw TS, Lewis J, Rising SS, Tobin JN, et al. The impact of group prenatal care on pregnancy and postpartum weight trajectories. American journal of obstetrics and gynecology. 2015;213(5):688. e1-. e9.
 31. Goldstein RF, Abell SK, Ranasinha S, Misso ML, Boyle JA, Harrison CL, et al. Gestational weight gain across continents and ethnicity: systematic review and

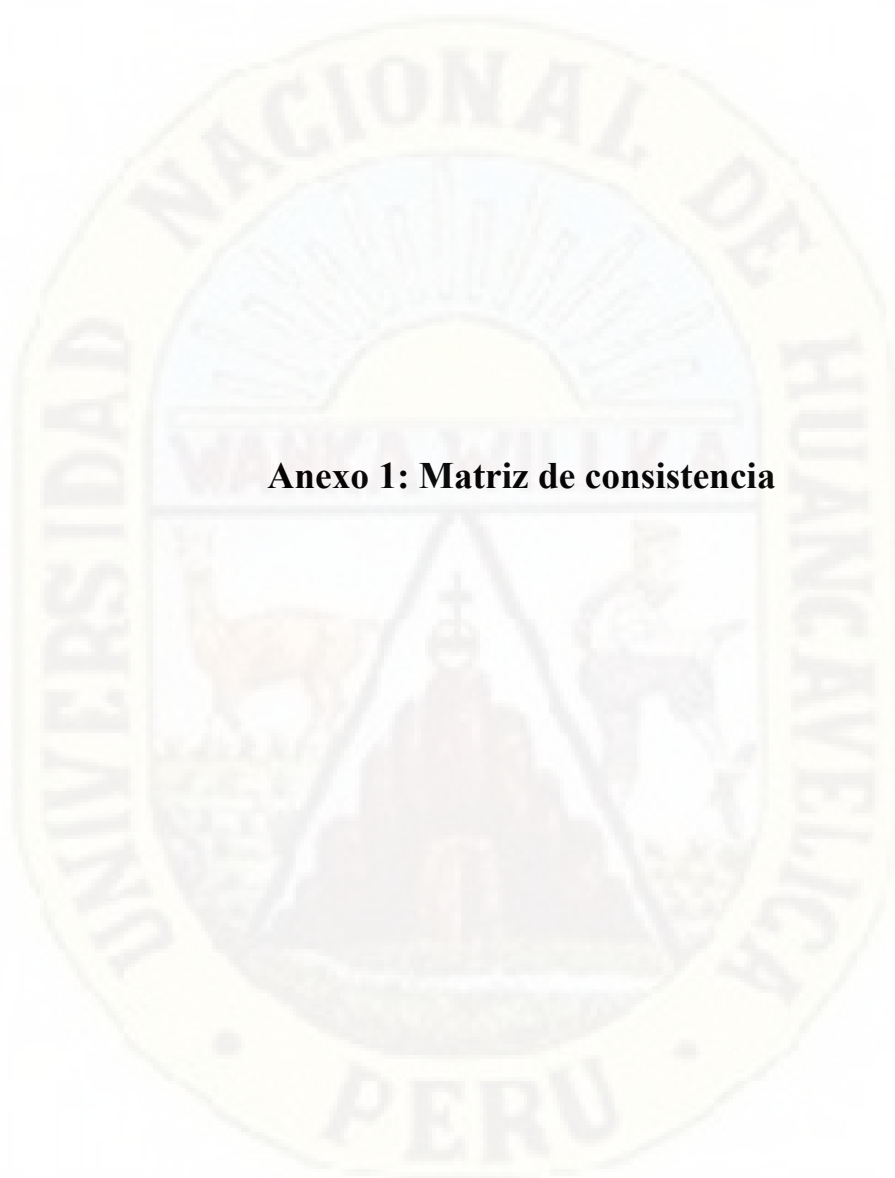
- meta-analysis of maternal and infant outcomes in more than one million women. *BMC medicine*. 2018;16(1):153.
32. Romero-González B, Caparrós-González R-A, Strivens-Vílchez H, Peralta-Ramírez M-I. ¿Puede el índice de masa corporal pregestacional relacionarse con el estado psicológico y físico de la madre durante todo el embarazo? *Nutrición Hospitalaria*. 2018;35:332-9.
 33. Guzmán-Miranda CO, Caballero-Rodríguez CT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. *Santiago*. 2015(128):336-50.
 34. Carvajal Cabrera JA, Ralph Troncoso CA. *Manual de Obstetricia y Ginecología*. 8 ed. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina; 2017. 624 p.
 35. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. *Rev Soc Bol Ped*. 2000;39(3):1-22.
 36. Ministerio de Educación del Perú. *Diseño Curricular Nacional de Educación Básica Regular*. Lima: Fimart S.A.C; 2005. 227 p.
 37. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 2003;82(2):182-8.
 38. 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.
 39. 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.
 40. Marcelo Pradenas A. Infecciones cérvico vaginales y embarazo. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2014;25(6):925-35.
 41. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. *Williams Obstetricia*. 24 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores, SA; 2015. 1356 p.
 42. Fescina R, De Mucio B, Jarquin D, Ortiz E. *Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas*. Montevideo: Publicación Científica CLAP/SMR 1594; 2012.

43. Palencia A. Parto prematuro. Sociedad colombiana de pediatría. 2009;9(4):10-9.
44. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica: Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. Resolución Ministerial 250-2017/MINSA. Jesús María - Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2017.
45. Colimon KM. Fundamentos de epidemiología. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S. A.; 2008.
46. Blanco Aspiazu MÁ, Kou S, Xueqing L. La comorbilidad y su valor para el médico generalista en Medicina Interna. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2017;16(1):12-24.
47. Wikipedia. Distrito de Hualhuas. Huancayo, Junin. Wikipedia. The free encyclopedia: Fundación Wikimedia, Inc; 2021 [updated 13 marzo 2021; cited 2021 06 octubre]. Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_Hualhuas.
48. Artilles 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.
49. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.
50. 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.
51. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.
52. 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.
53. Pimiento Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.
54. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.

55. 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.
56. 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.
57. Pimienta J, De la Orden A. Metodología de la investigación (3a. ed.): Pearson Educación; 2017.
58. Leyva Yataco L. Factores de riesgo asociados a la muerte fetal en la región Huancavelica. [Tesis de Doctorado]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, Escuela de Posgrado; 2017.



Anexos:



Anexo 1: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA
INVESTIGACIÓN: Perfil epidemiológico de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021.

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
1.2.1. Problema general ¿Cuál es el perfil epidemiológico de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021? 1.2.2. Problemas específicos ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021? ¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021? ¿Cuáles son las morbilidades y complicaciones en las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021?	1.3.1. Objetivo general Identificar el perfil epidemiológico de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021. 1.3.2. Objetivos específicos Identificar las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021. Identificar las características obstétricas de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021. Identificar las morbilidades y complicaciones en las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021.	Hace más de dos décadas, la Organización Mundial de la Salud estimó que 20 millones de mujeres experimentarían complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio (1). También mencionan que la atención de la salud materna es una prioridad y debe ser parte de las políticas públicas para mejorar los resultados del embarazo (12). Por lo tanto, es importante comprender el perfil epidemiológico de las gestantes e identificar las características que pueden ser perjudiciales para la salud materna, a fin de controlar o evitar los riesgos para la salud materna y perinatal. Con base en el contexto sociocultural andino, los hallazgos permitirán proponer estrategias o intervenciones de salud en términos de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños; ayudar a controlar o reducir estos problemas en las gestantes; por otro lado, la información permitirá al personal de salud comprender y aprender sobre el perfil epidemiológico de las mujeres embarazadas y para una abordaje o intervención más adecuado.	Perfil epidemiológico de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas.	Características sociodemográficas. Características obstétricas. Morbilidades y complicaciones.	Grupo de edad de la gestante. Estado civil de la gestante. Nivel educativo de la gestante. Índice de masa corporal pregestacional. Paridad de la gestante antes del embarazo actual. Periodo intergenésico (PIG) de la gestante. Edad gestacional en la primera atención prenatal (APN). Atenciones prenatales en la gestante. Antecedentes personales de riesgo para la gestante. Diagnóstico de anemia. Comorbilidad medicas que presente la gestante en su embarazo. Complicaciones obstétricas que presente la gestante. Tipo de parto según edad gestacional. Vía del parto.	Edad de la gestante, registrada en la historia clínica y categorizada por grupo etéreo. Estado civil de la gestante, registrada en la historia clínica. Nivel educativo de la gestante, registrada en la historia clínica. Índice de masa corporal pregestacional, calculado del peso y talla registrada en la historia clínica. $\text{Calculo} = (\text{peso}/\text{talla} \times \text{talla})$. Paridad de la gestante antes del embarazo actual, registrada en la historia clínica. Periodo intergenésico de la gestante, registrada en la historia clínica. Edad gestacional en la primera APN, registrada en la historia clínica. Número de atenciones prenatales, registrada en la historia clínica. Antecedentes personales de riesgo para la gestante, registrada en la historia clínica. Valor de hemoglobina de la gestante registrada en la historia clínica y categorización. Comorbilidad medicas que presente la gestante en su embarazo, registrada en la historia clínica. Complicaciones obstétricas que presente la gestante, registrada en la historia clínica. Tipo de parto según edad gestacional, registrada en la historia clínica. Vía del parto, registrada en la historia clínica.	Edad $\leq$ a 18 años (1). / Edad de 19 a 26 años (2). Edad de 27 a 34 años (3). / Edad $\geq$ a 35 años (4). Soltera (1). / Conviviente (2). / Casada (3). Viuda (4). / Divorciada (5). Sin Instrucción (1). / Inicial (2). / Primaria (3). Secundaria (4). / Superior (5). Bajo peso (< 18.5) (1). / Peso normal (18.5 a 24.9) (2). Sobrepeso (25 a 29.9) (3). / Obesidad (≥ 30) (4). Nulipara (1). / Primípara (2). / Multipara (3). Gran multipara (4). Sin periodo intergenésico por ser primigesta (1). PIG Corto (menor a 18 meses) (2). PIG Normal (de 18 a 60 meses) (3). PIG Largo (mayor a 60 meses) (4). Primera APN antes de las 14 semanas (1). Primera APN de 14 a 20 semanas (2). Primera APN de 21 a 27 semanas (3). Primera APN de 28 a 34 semanas (4). Primera APN de 35 a 41 semanas (5). Menos de 6 atenciones prenatales (1). De 6 a más atenciones prenatales (2). Nominal. Anemia severa (< 7.0 g/dL). Anemia Moderada (7.0 – 9.9 g/dL). Anemia Leve (10.0 - 10.9 g/dL). / Sin Anemia (≥ 11.0 g/dL). Nominal. Nominal. Parto pretérmino (1). Parto a término (2). Vaginal (1). / Cesárea (2).	Nivel de investigación. El nivel de investigación fue descriptivo. Tipo de investigación. Investigación transversal, descriptiva, retrospectiva. Diseño de Investigación. El diseño de la investigación fue descriptiva simple (51, 52). Lo cual permitió describir el perfil epidemiológico de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo en el año 2021. Donde: M O M: Gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo en el año 2021. O: Características sociodemográficas, obstétricas, tipos de morbilidades y complicaciones. Población, muestra, muestreo La población de estudio estuvo constituida por todas las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo en el año 2021; que, según registros del establecimiento de salud, fueron un total de 58. Muestra. La muestra fue censal.



Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

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

FORMATO Nro. 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS GESTANTES.

Investigación: Perfil epidemiológico de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021.

- I. INSTRUCCIONES:** El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros de enero a noviembre del año 2021, que se encuentran en las historias clínicas, registros de atención, registro de seguimientos de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas. El llenado debe ser correcto tal como se encuentra en ella, sin adulteración, la ficha no debe contener borrones, ni errores de llenado. En cada ficha deberá registrar un número de orden. En la parte final se cuenta con un ítem para las observaciones, donde deberá anotar las limitaciones que encuentre como: falta un(os) dato(s); no existe físicamente la historia clínica; existe la historia clínica, pero está incompleta; historia clínica judicializada u otra circunstancia.

II. DATOS GENERALES

- 2.1. Ficha Nro. _____
2.2. Nombre del investigador de campo _____
2.3. Fecha del llenado: ____ / ____ / 2022. Hora del llenado: ____ : ____ horas
2.4. Región: _____ 2.5. Provincia: _____
2.6. Distrito: _____ 2.7. N° de Historia Clínica: _____

III. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

- 3.1. Edad de la gestante: _____ años.
3.2. Estado civil de la gestante:
a) Soltera (1) b) Conviviente (2) c) Casada (3)
d) Viuda (4) e) Divorciada (5)
3.3. Nivel de educativo de la gestante:
a) Sin instrucción (1) b) Inicial (2)
c) Primaria (3) d) Secundaria (4)
e) Superior (5)
3.4. Peso pregestacional: _____ kilogramos
3.5. Talla antes del embarazo: _____ metros

IV. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

- 4.1. Número de partos de la gestante antes del embarazo actual: _____ partos
4.2. Periodo intergenésico de la gestante:
a) Sin periodo intergenésico por ser primigesta (1)
b) Periodo intergenésico Corto (menor a 18 meses) (2)
c) Periodo intergenésico Normal (de 18 a 60 meses) (3)
d) Periodo intergenésico Largo (mayor a 60 meses) (4)
4.3. Semanas de gestación en la primera atención prenatal: _____ semanas.

4.4. Número de atenciones prenatales al culminar su embarazo: _____

4.5. Antecedentes personales de riesgo para la gestante.

1. _____
2. _____
3. _____

V. ENFERMEDADES O COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO (Si no se registró antecedentes enfermedades o complicaciones dejar en blanco)

5.1. Valor de hemoglobina en la gestante: _____ g/dl

5.2. Comorbilidad medicas que presento la gestante en su embarazo:

1. _____
2. _____
3. _____

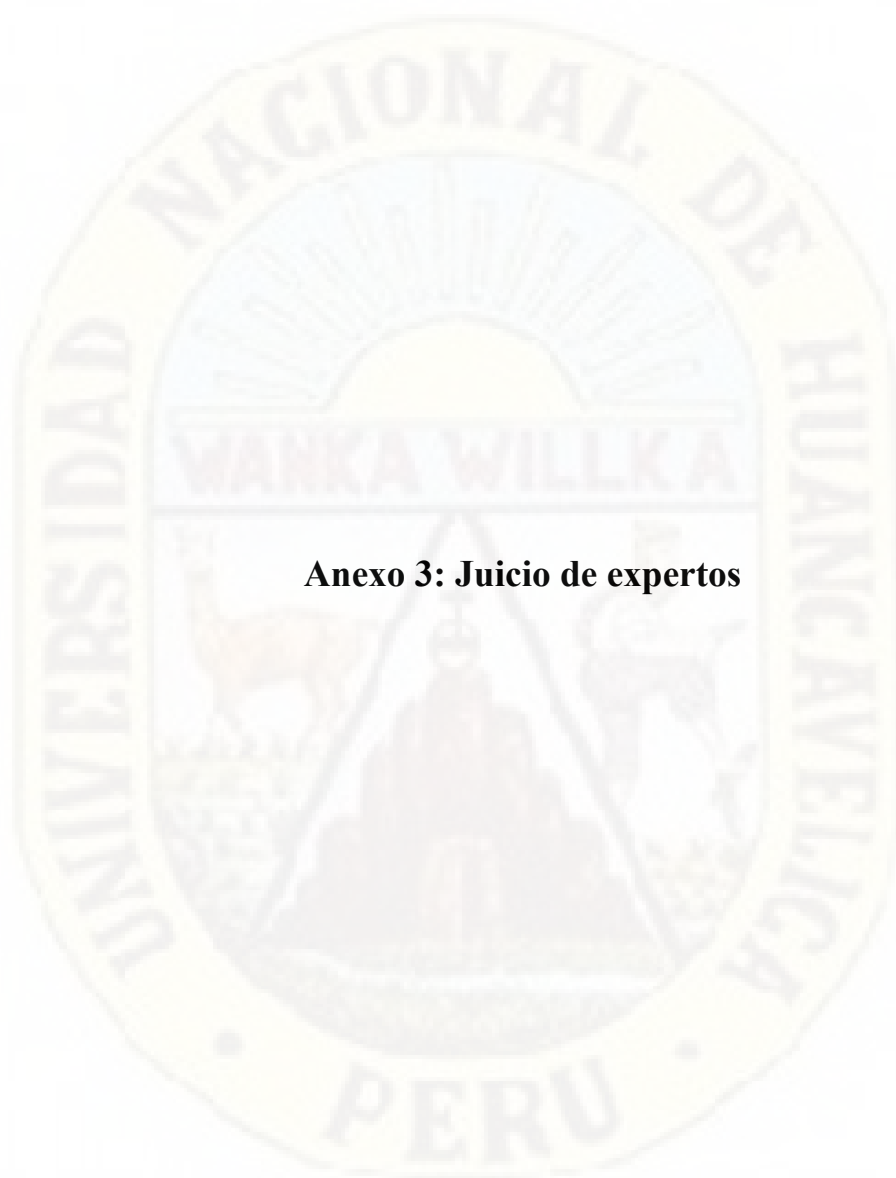
5.3. Complicaciones obstétricas que presento la gestante:

1. _____
2. _____
3. _____

5.4. Edad gestacional al culminar el embarazo: _____ semanas

5.5. Tipo de parto: a) Vaginal (1) b) Cesárea (2)

Observaciones:



Anexo 3: Juicio de expertos

Juicio de Experto

INVESTIGACIÓN: Perfil epidemiológico de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021.

Investigador: *Obsta. Gómez Pocomucha, Yesenia Magaly / Obsta. Lulo Calderón, Yudith Milagros.*

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems de la “**Ficha de recolección de datos sobre perfil epidemiológico de las gestantes**” que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

NOTA: Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy deficiente	2.- Deficiente	3.- Regular	4.- Buena	5.- Muy buena
-------------------	----------------	-------------	-----------	---------------

INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO

Variables de Estudio / ITEMS		1	2	3	4	5
Variable general: Perfil epidemiológico de las gestantes.						
Dimensión: Características sociodemográficas.						
1	Grupo de edad de la gestante.					
2	Estado civil de la gestante.					
3	Nivel educativo de la gestante.					
4	Índice de masa corporal pregestacional.					
Dimensión: Características obstétricas.						
1	Paridad de la gestante antes del embarazo actual.					
2	Periodo intergenésico (PIG) de la gestante.					
3	Edad gestacional en la primera atención prenatal.					
4	Atenciones prenatales en la gestante.					
5	Antecedentes personales de riesgo para la gestante.					
Dimensión: Antecedentes y problemas de salud						
1	Diagnóstico de anemia.					
2	Comorbilidad medicas que presento la gestante en su embarazo.					
3	Complicaciones obstétricas que presento la gestante.					
4	Tipo de parto según edad gestacional.					
5	Vía del parto.					

Recomendaciones:

.....
.....

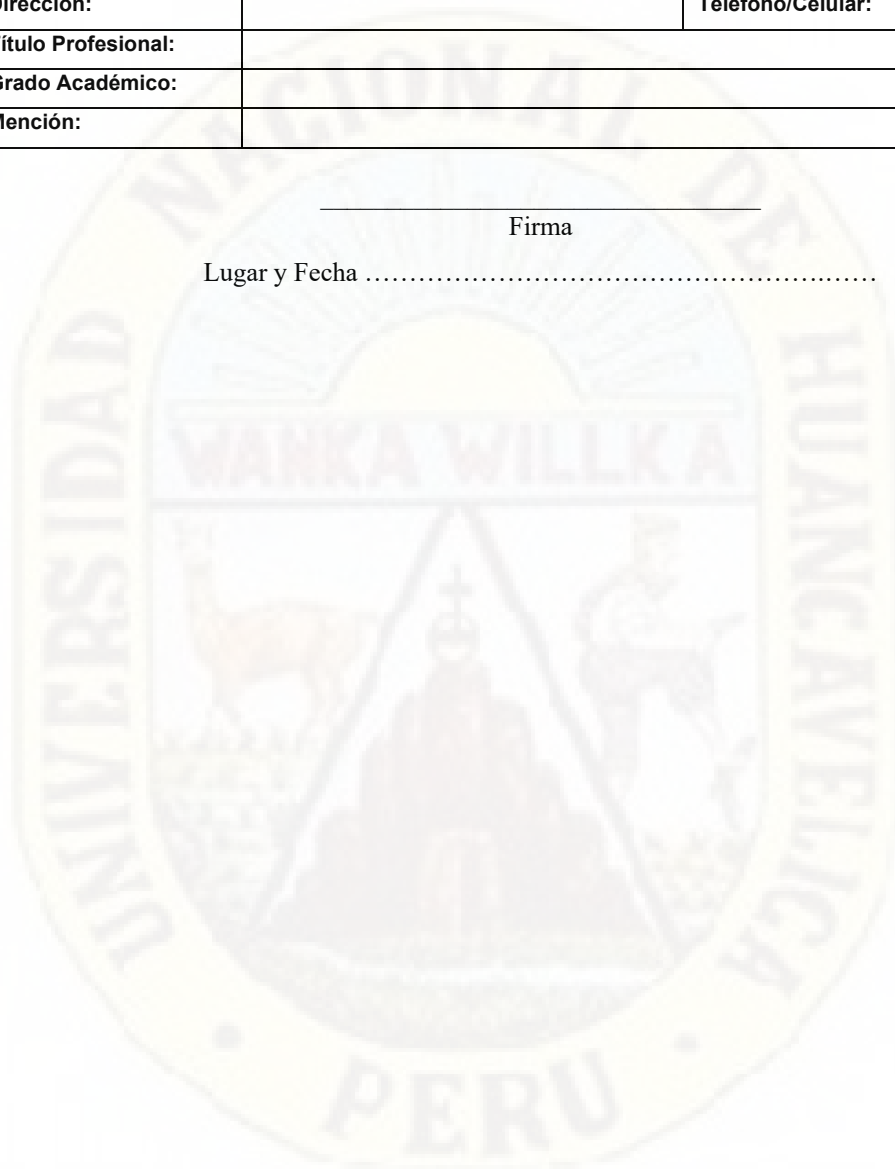
OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

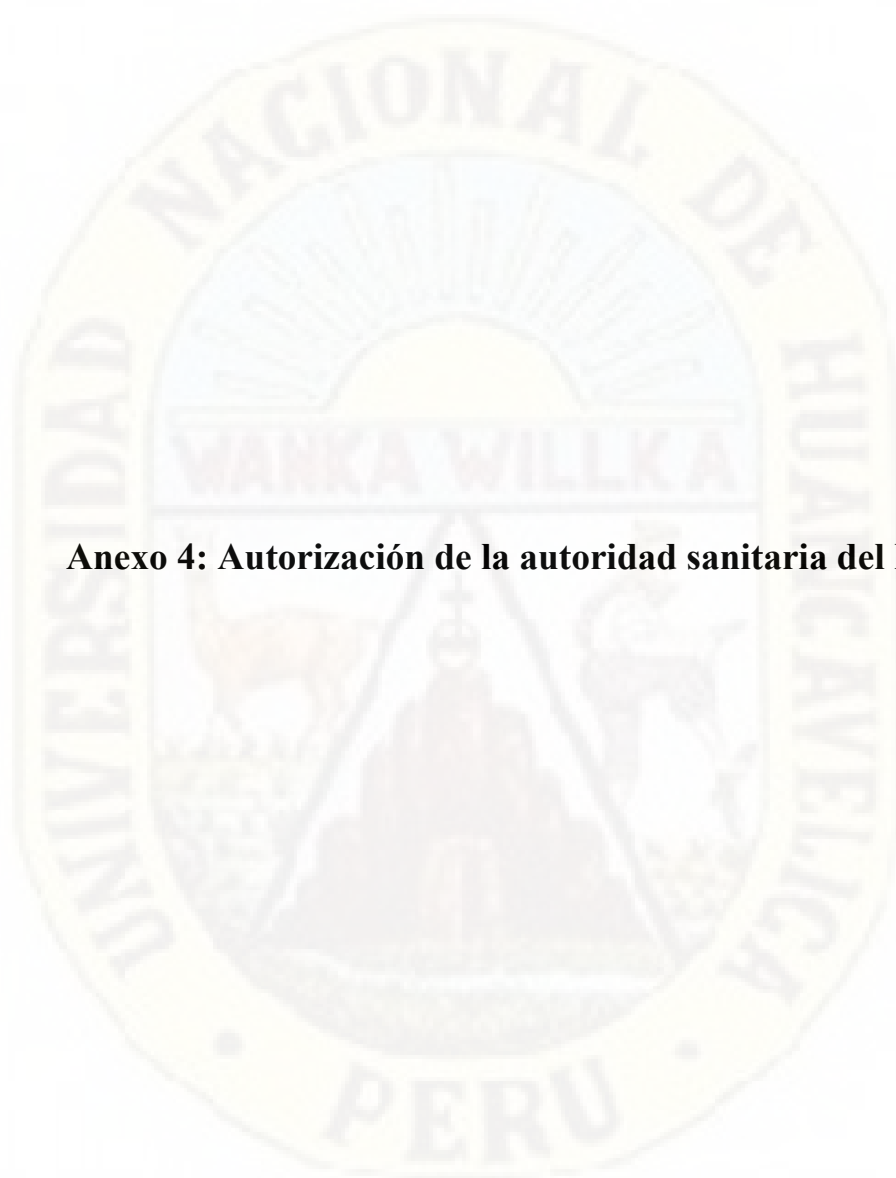
a) Muy deficiente b) Deficiente c) Regular d) Buena, para mejorar e) Muy buena, para aplicar

Nombres y Apellidos:		DNI N°	
Dirección:		Teléfono/Celular:	
Título Profesional:			
Grado Académico:			
Mención:			

Firma

Lugar y Fecha





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

IPRESS Hualhuas
Huancayo – Junín.

SD.

Nosotras, Gómez Pocomucha, Yesenia Magaly, identificada con DNI. N°....., & Lulo Calderón, Yudith Milagros identificada con DNI. N°....., Obstetras 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 el “Perfil epidemiológico de las gestantes atendidas en la IPRESS Hualhuas, Huancayo 2021”.

Por lo cual solicitamos se nos 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 solicitamos se nos brinde la autorización y las facilidades, para realizar la investigación.

Por lo expuesto, pedimos a Ud., acceder a nuestra solicitud por ser de justicia.

Huancayo, 01 de octubre del 2021.

Firma del Interesado