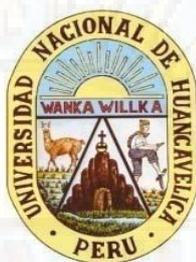


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
(CREADA POR LEY N°25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TESIS

**COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD HUACCANA, 2016**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
SALUD MATERNA Y PERINATAL**

PRESENTADO POR:

Obsta. YANGALI CANCHO, NINFA PAMELA

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

HUANCAVELICA – PERÚ

2020

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huancavelica a los nueve días del mes de diciembre a las 08:45 horas del año 2020 se reunieron los miembros del jurado evaluador de la sustentación de tesis del (la) egresado(a):

YANGALI CANCHO NINFA PAMELA

Siendo los jurados evaluadores:

Presidente : Mg. Tula Susana Guerra Olivares
Secretario : Dr. Leonardo LEYVA YATACO
Vocal : Dra. Lina Yubana CARDENAS PINEDA

Para calificar la sustentación de la tesis titulada:

“COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD HUACCANA, 2016”.

Concluida la sustentación de forma síncrona, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 206-2020-D-FCS-UNH, concluyendo a las 09:00 horas. Acto seguido, el presidente del jurado evaluador informa al o los sustentantes que suspendan la conectividad para deliberar sobre los resultados de la sustentación llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD.

Observaciones:

.....
.....
.....

Ciudad de Huancavelica, 09 de diciembre del 2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD


Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
DECANA
PRESIDENTE



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD


DR. LEONARDO LEYVA YATACO
DOCENTE
SECRETARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD


Lina Yubana Cardenas Pineda
DOCENTE ASOCIADO
VOCAL

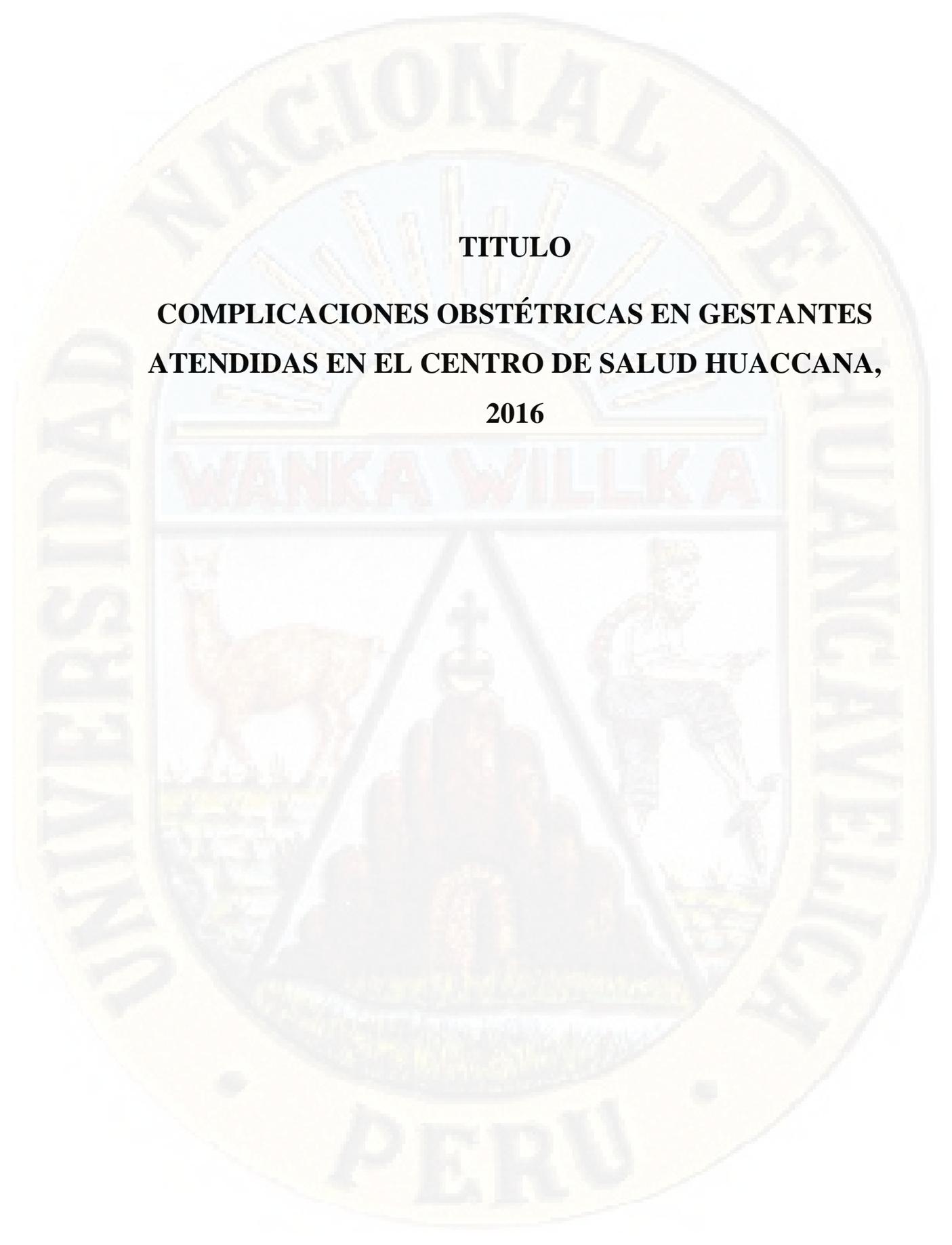


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD


Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
DECANA
VºBº DECANA



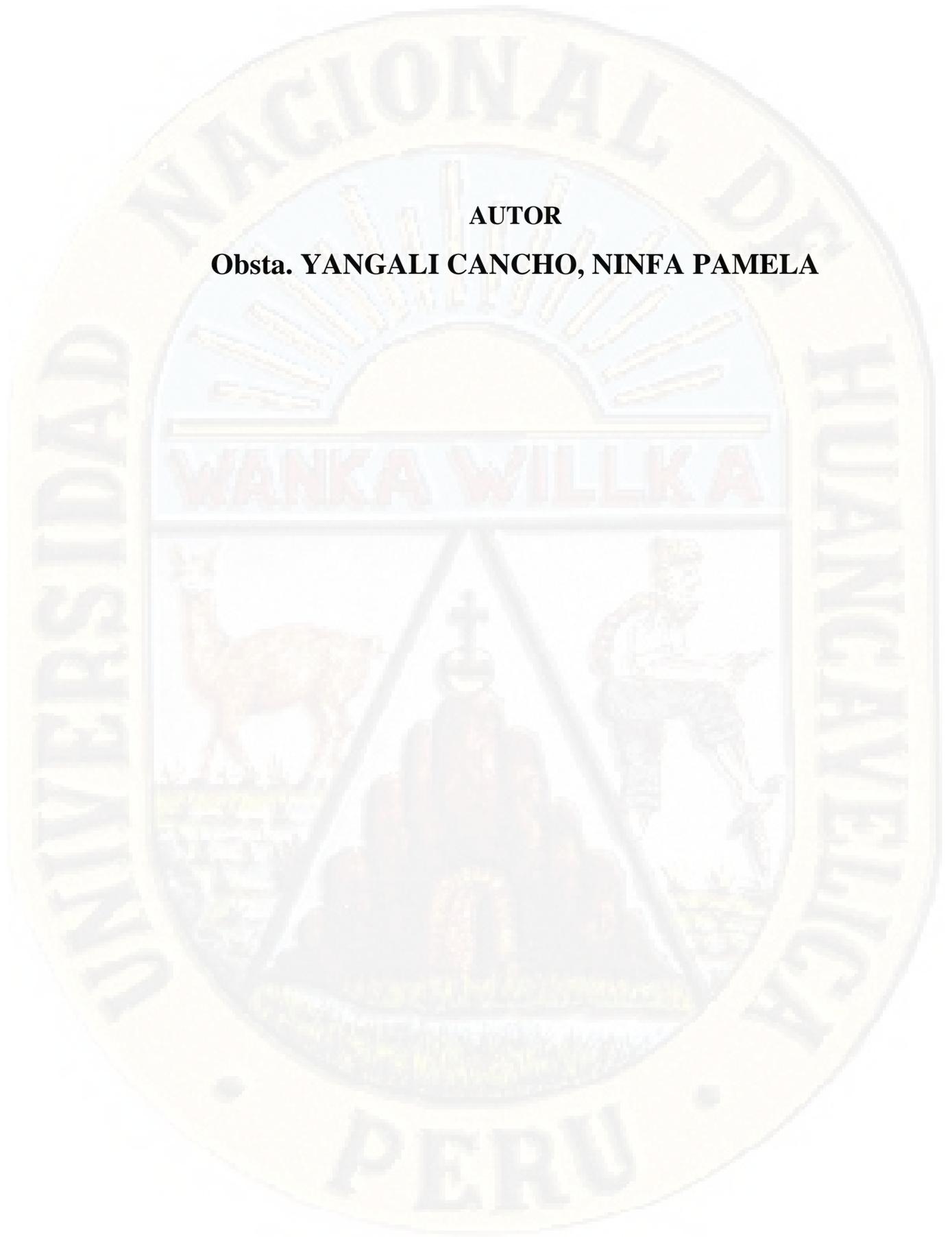

Kelly V. Riveros Laurente
OBSTETRA
C.O.P. N°38759
VºBº SECRETARIA DOC.



TITULO

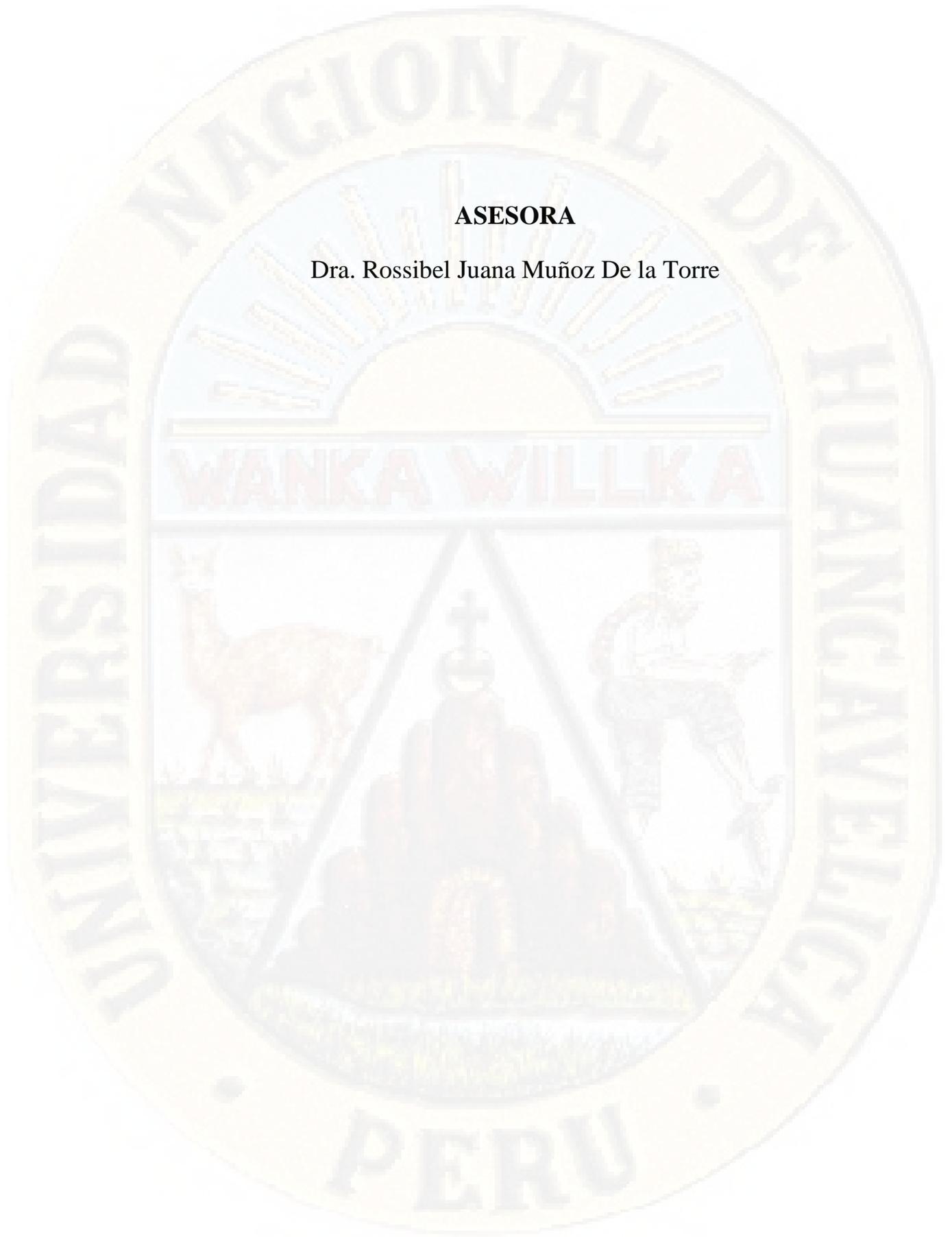
**COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD HUACCANA,**

2016



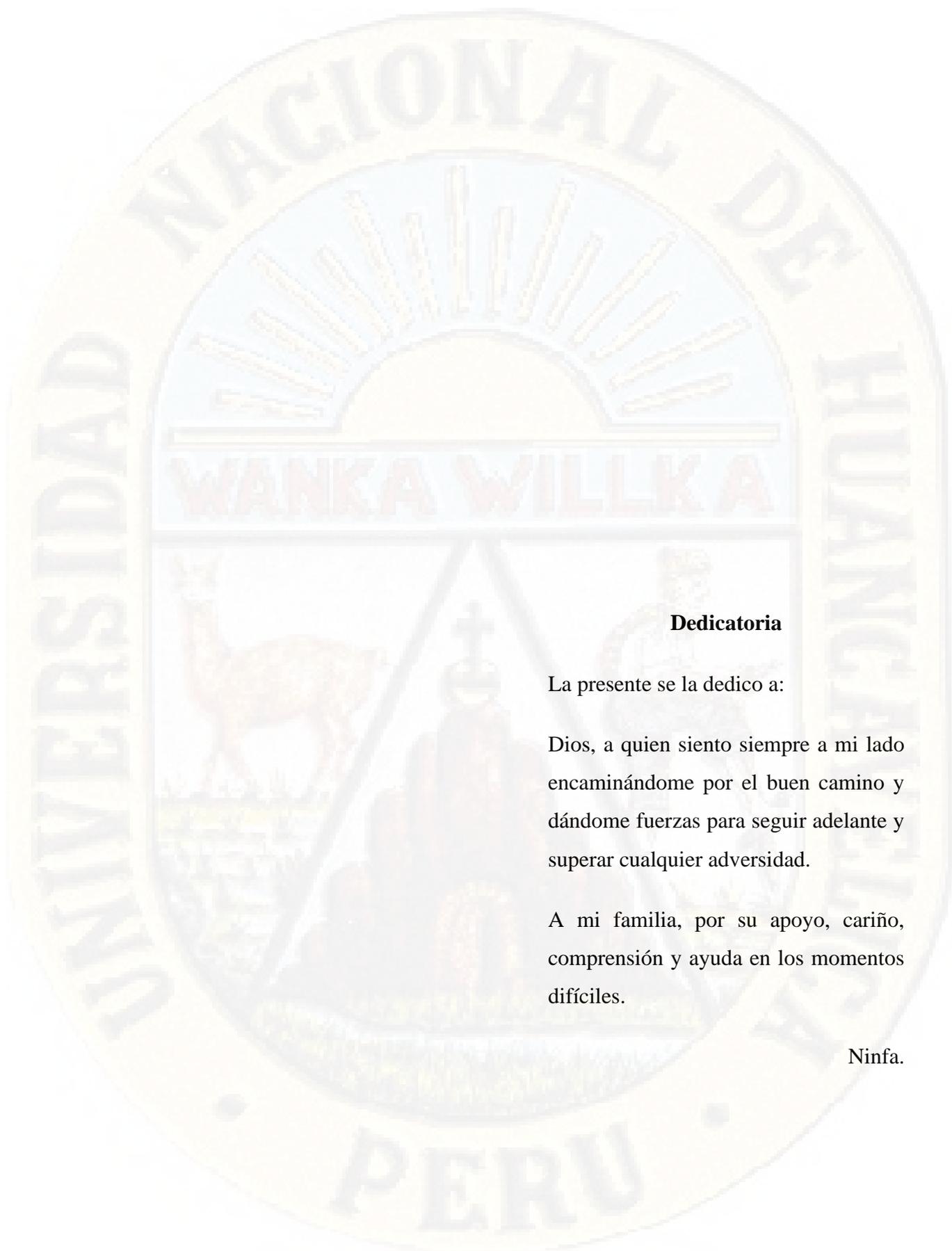
AUTOR

Obsta. YANGALI CANCHO, NINFA PAMELA



ASESORA

Dra. Rossibel Juana Muñoz De la Torre



Dedicatoria

La presente se la dedico a:

Dios, a quien siento siempre a mi lado encaminándome por el buen camino y dándome fuerzas para seguir adelante y superar cualquier adversidad.

A mi familia, por su apoyo, cariño, comprensión y ayuda en los momentos difíciles.

Ninfa.

Agradecimiento

Al personal del Centro de Salud Huaccana, por las facilidades brindadas para la ejecución del estudio.

A mis profesores de la Universidad Nacional de Huancavelica, por la paciencia, dedicación y motivación puesta en el presente trabajo.

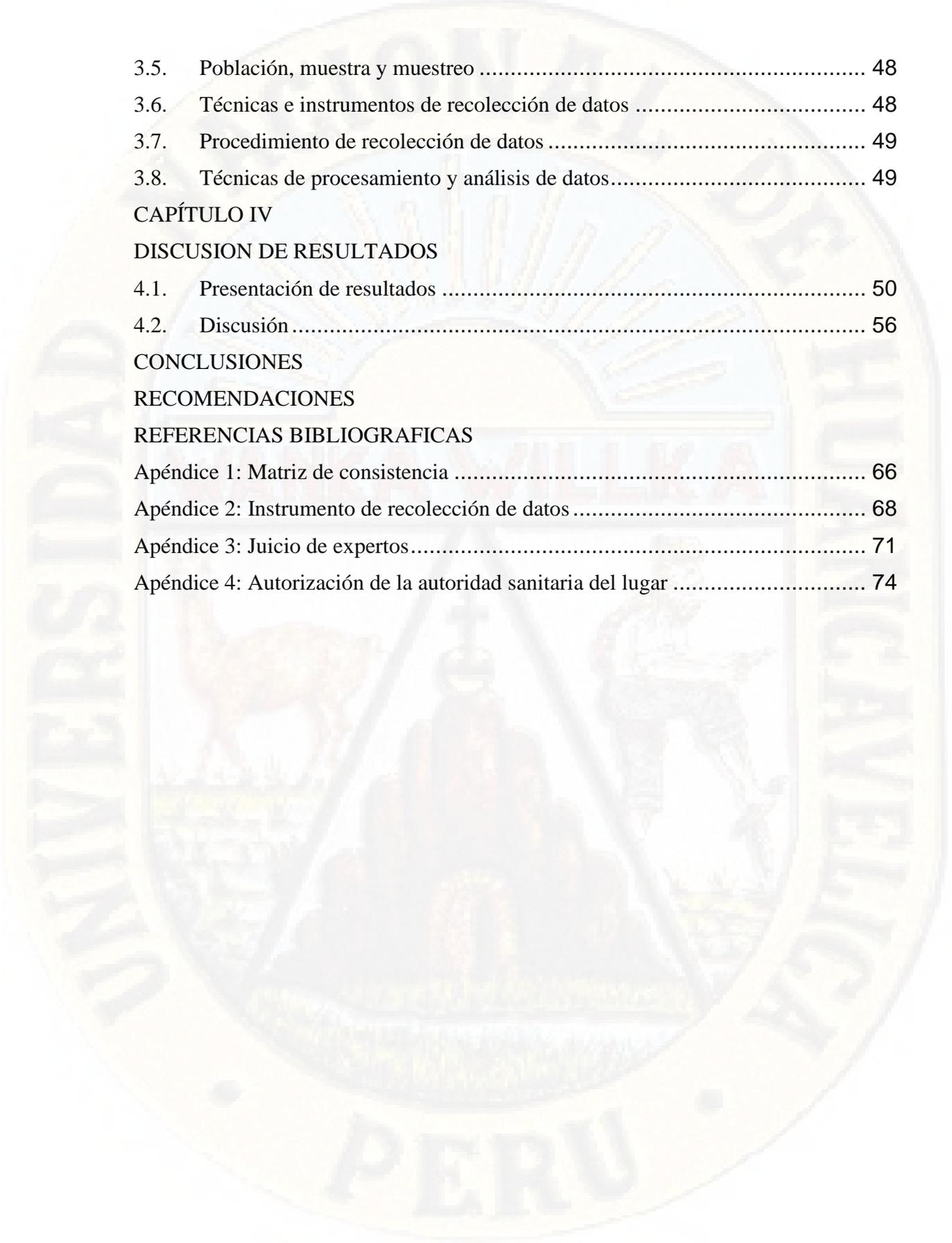
A mis compañeros de estudio de la especialidad, por el apoyo, aprendí muchísimo de cada uno de ellos.

A mi familia y amigos por apoyarme a concluir este estudio que en un momento parecía interminable.

Muchas gracias.

TABLA DE CONTENIDO

Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Tabla de contenido	viii
Tabla de contenido de cuadros	x
Resumen	xi
Abstract	xii
Introducción.....	xiii
CAPÍTULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Fundamentación del problema.....	14
1.2. Formulación del problema	15
1.2.1. Problema general	15
1.2.2. Problemas específicos	16
1.3. Objetivos de la investigación.....	16
1.3.1. Objetivo general	16
1.3.2. Objetivos específicos	16
1.4. Justificación e importancia.....	17
1.5. Limitaciones del estudio	17
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación	18
2.2. Bases teóricas	26
2.3. Formulación de hipótesis	43
2.4. Definición de términos	43
2.5. Identificación de variables	44
2.6. Operacionalización de variables	44
CAPÍTULO III	
MATERIALES Y MÉTODOS	
3.1. Tipo de investigación	47
3.2. Nivel de investigación	47
3.3. Métodos de investigación.....	47
3.4. Diseño de investigación	48



3.5.	Población, muestra y muestreo	48
3.6.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	48
3.7.	Procedimiento de recolección de datos	49
3.8.	Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	49
CAPÍTULO IV		
DISCUSION DE RESULTADOS		
4.1.	Presentación de resultados	50
4.2.	Discusión	56
CONCLUSIONES		
RECOMENDACIONES		
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		
	Apéndice 1: Matriz de consistencia	66
	Apéndice 2: Instrumento de recolección de datos	68
	Apéndice 3: Juicio de expertos.....	71
	Apéndice 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar	74

TABLA DE CONTENIDO DE CUADROS

	Pg.
Cuadro N°1 Características personales de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Huaccana, Ayacucho 2016.	50
Cuadro N°2 Características obstétricas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Huaccana, Ayacucho 2016.	52
Cuadro N°3 Complicaciones obstétricas maternas durante el embarazo por trimestres en gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana, Ayacucho 2016.	53
Cuadro N°4 Complicaciones obstétricas fetales en gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana, Ayacucho 2016.	54
Cuadro N°5 Complicaciones obstétricas frecuentes en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Huaccana, Ayacucho 2016.	55

RESUMEN

Objetivo: Determinar las complicaciones obstétricas frecuentes en gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana, Ayacucho durante el año 2016.

Material y métodos, el estudio corresponde a una investigación básica de tipo descriptivo, retrospectivo, transversal y observacional; la población y muestra estuvo conformado por 66 gestantes quienes sufrieron algún tipo de complicación durante el embarazo y parto; se utilizó la ficha de recolección de datos tomando en cuenta los datos de las historias clínicas y registros del Centro de Salud Huaccana, ubicado en Ayacucho del año 2016.

Resultados, las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana tienen las siguientes características personales siendo edad materna adulta el 63.6%, seguido de adolescentes el 27.3%. El estado civil conviviente el 66.7%; el nivel de escolaridad predominante es la secundaria en el 69.7% y superior no universitaria del 18.2%; la dedicación es ama de casa el 36.4%, trabajo independiente el 34.8%, estudios el 21.2%. Las características obstétricas son: atenciones prenatales de 4 a 6 el 40.9%, mayor a 6 el 37.9%, espacio intergenésico de 2 a 5 años el 39.4%; el antecedente de aborto fue en el 18.2%, multiparidad del 63.6%. Entre las complicaciones maternas del I trimestre amenaza de aborto 22.7%, aborto el 18.2%; en el II y III trimestre se presentó la placenta previa el 9.1% y rotura prematura de membranas el 7.6%; entre las complicaciones fetales el sufrimiento fetal agudo el 16.7%.

Conclusión, las complicaciones obstétricas frecuentes en gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana son aborto, sufrimiento fetal agudo y placenta previa.

Palabras clave: complicaciones obstétricas, gestantes, complicaciones maternas.

ABSTRACT

Objective: To determine the frequent obstetric complications in pregnant women attended at the Huaccana Health Center, Ayacucho during 2016.

Material and methods, the study corresponds to a basic research of a descriptive, retrospective, cross-sectional and observational type; the population and sample consisted of 66 pregnant women who suffered some type of complication during pregnancy and delivery; The data collection card was used taking into account the data from the medical records and records of the Huaccana Health Center, located in Ayacucho in 2016.

Results, pregnant women attended at the Huaccana Health Center have the following personal characteristics, with adult maternal age being 63.6%, followed by adolescents, 27.3%. The coexisting civil status 66.7%; the predominant level of education is secondary at 69.7% and non-university higher at 18.2%; the dedication is housewife 36.4%, independent work 34.8%, studies 21.2%. The obstetric characteristics are: prenatal care from 4 to 6 40.9%, greater than 6 37.9%, intergenetic space from 2 to 5 years 39.4%; the antecedent of abortion was 18.2%, multiparity 63.6%. Among the maternal complications of the I trimester threatens abortion 22.7%, abortion 18.2%; in the II and III trimestre, the placenta previa presented 9.1% and premature rupture of membranes 7.6%; among fetal complications, acute fetal distress, 16.7%.

Conclusion, the frequent obstetric complications in pregnant women attended at the Huaccana Health Center are abortion, acute fetal suffering and placenta previa.

Key words: obstetric complications, pregnant women, maternal complications.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es una etapa reproductiva de la mujer, representa un periodo vulnerable donde se presentan eventualidades que alteren el bienestar de la madre como el niño (1) con mayores probabilidades de enfermar, morir o padecer secuelas, más aún si las gestantes son adolescentes, pobres y de exclusión social (2).

La mortalidad materna, tiene como causa directa a las complicaciones que se presentan en el embarazo, parto o puerperio siendo en el 2014 en los países desarrollados, de 16 por cien mil nacidos vivos (3), sin embargo, en países en desarrollo se halla en 230 por 100 000 nacidos vivos. América latina, se produjeron 800 muertes por complicaciones relacionado al embarazo (4); en Perú, la tasa de mortalidad fue de 93 por 100 000 (5).

Las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio varían según región y desarrollo del país siendo en la Costa el 13.3%, Sierra 15.1% y selva el 30.8% siendo las más comunes la infección de las vías urinarias, enfermedad hipertensiva del embarazo, rotura prematura de membranas, retardo de crecimiento intrauterino (8), generando mortalidad materna perinatal. Así mismo, el Centro de Salud Huaccana constantemente desarrolla referencias de las emergencias obstétricas por compromiso del bienestar materno fetal.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar las complicaciones obstétricas presentadas en el Centro de Salud Huaccana, los resultados permitieron conocer las patologías para establecer propuestas preventivas para el manejo de las emergencias obstétricas, así como para organizar las referencias oportunas, todas estas para contribuir en la disminución de la morbimortalidad materno fetal.

El presente trabajo se organiza en cuatro capítulos: I capítulo, el planteamiento del problema, II capítulo el marco teórico, III capítulo los materiales y métodos, finalmente el IV capítulo donde se presenta los resultados y su discusión, así como las conclusiones y recomendaciones y los apéndices.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema

El embarazo es un proceso fisiológico y representa un periodo vulnerable en la mujer en etapa reproductiva puesto que determina el bienestar del binomio madre niño (1), es inevitable que se presenten eventualidades que alteren el bienestar de ambos con mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes y después del parto; más aún si son madres menores de 15 años, gestantes pobres y de la exclusión social (2).

Según la organización mundial de la salud, en el 2014, la mortalidad materna en países desarrollados es de 16 por 100 000 nacidos vivos; sin embargo, en los países en desarrollo es de 230 por 100 000 nacidos vivos (3). En América latina, se producen aproximadamente 800 muertes por complicaciones relacionados al embarazo y 10 000 000 quedan con secuelas o discapacitados (4).

En el Perú, la razón de la mortalidad materna ha ido disminuido de 185 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos a 93 por cada 100 000 , representado un descenso significativo (5); los departamentos con mayor tasa de mortalidad materna son Amazonas, Huancavelica, Loreto, Ayacucho y entre las causas se hallan la enfermedad hipertensiva del embarazo (6), con una frecuencia de 218, 750 embarazos adolescentes representados por 600 embarazos por día de los cuales el 20% terminan en abortos, el 25.5% sufre complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio siendo el embarazo adolescente unos de los

principales problemas en salud pública con repercusión en la morbimortalidad materna y perinatal (7).

La incidencia de patologías durante el embarazo, parto y puerperio dependen de la región y grado de desarrollo del país siendo en la Costa el 13.3%, Sierra 15.1% y Selva el 30.8% elevando la morbimortalidad materno perinatal, entre ellos la anemia, la infección de vía urinarias, enfermedad hipertensiva del embarazo, rotura prematura de membranas, oligohidramnios, afecciones fetales, entre otros (8).

La atención prenatal realizada de forma adecuada puede minimizar las complicaciones o resultados desfavorables, es conocido las extensas complicaciones biológicas cuya incidencia es superior en gestantes vulnerables como en edades extremas, embarazos múltiples, entre otros; abarcando los diversos trimestres del embarazo, parto elevando la morbimortalidad materna y aumento de la mortalidad infantil (9).

Las complicaciones obstétricas maternas pueden generar mortalidad materna, entre estas tenemos a la hemorragia postparto en el 24.8%, eclampsia y complicaciones el 12.9%, sepsis el 14.9% y obstrucción del parto el 6.9%.

En el Centro de Salud Huaccana, las complicaciones obstétricas son consultas frecuentes de las emergencias, no habiendo estudios del tema en este nosocomio; los resultados nos permitieron ampliar los conocimientos, a su vez plantear estrategias preventivas que disminuyan la morbimortalidad materna perinatal.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas frecuentes en gestantes atendidas en el Centro de salud de Huaccana, Ayacucho durante el año 2016?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuáles son las características personales de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana, Ayacucho durante el año 2016?

¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana, Ayacucho durante el año 2016?

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas durante el embarazo en gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana, Ayacucho durante el año 2016?

¿Cuáles son las complicaciones fetales en gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana, Ayacucho durante el año 2016?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

- Determinar las complicaciones obstétricas frecuentes en gestantes atendidas en el Centro de salud de Huaccana, Ayacucho durante el año 2016.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características personales de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana, Ayacucho durante el año 2016.
- Describir las características obstétricas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana, Ayacucho durante el año 2016.
- Describir las complicaciones obstétricas durante el embarazo en gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana, Ayacucho durante el año 2016.

- Describir las complicaciones fetales en gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana, Ayacucho durante el año 2016.

1.4. Justificación e importancia

El embarazo se acompaña de un elevado riesgo de complicaciones para la salud del binomio madre niño, identificadas y monitorizadas por obstetras con el fin de realizar un diagnóstico oportuno para evitar secuelas posteriores; las complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes pueden ocurrir en las diferentes etapas el embarazo.

La atención prenatal permite prevenir patologías maternas que pueden afectar a la madre como al niño por nacer; la APN inadecuada aumenta la probabilidad de complicaciones en la madre durante el parto; a través del estudio se identificó la frecuencia de la atención prenatal como estrategia de intervención para la prevención de complicaciones obstétricas.

En el Centro de Salud Huacana, la participación de las gestantes en los controles prenatales es variable por la constante migración; sin embargo, la atención por emergencias sobre complicaciones del embarazo, parto y puerperio son frecuentes.

Además, los resultados del presente estudio, permiten proponer estrategias de atención para el diagnóstico oportuno de las patologías y la referencia oportuna para contribuir en la disminución de la morbilidad materno perinatal.

1.5. Limitaciones del estudio

El trabajo se halla limitado a la validez externa, imposibilitando la generalización de estos; sin embargo, los resultados son relevantes porque se determinó las complicaciones frecuentes en el Centro de Salud Huaccana además de ofrecer características propias del contexto sociocultural.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Martínez (10), en su estudio complicaciones obstétricas y resultados perinatales adversos en pacientes adolescentes en el Centro Médico ISSEMYM Ecatepec; el objetivo fue conocer las complicaciones obstétricas y los resultados perinatales adversos. Metodología, es un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional donde se trabajó con 331 historias clínicas de gestantes adolescentes. Los resultados, señalan que las gestantes tuvieron 8 controles prenatales y la complicación frecuente fueron las infecciones urinarias en el 75.8%. En conclusión, las complicaciones obstétricas tienen un bajo impacto en los resultados perinatales.

Mejía et al (11), en su estudio Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas atendidas en un Centro de Salud Urbano de Jalisco, México. Objetivo fue analizar las características sociodemográficas y el perfil obstétrico de adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud N°1 de Guadalajara, diciembre de 2013. Material y métodos, estudio cuantitativo, tipo descriptivo transversal donde se trabajó con 42 gestantes adolescentes que aceptaron participar del estudio; Resultados, el 69% tuvo estudios secundarios, 40.5% solteras y el 59.5% amas de casa con ingresos propios el 21.4%, inició su control prenatal en el III trimestre el 14.3%, primigestas el 90.5%, preeclampsia el 4.8%, no desea el embarazo el 35.7%, y el 14.3% pensó abortar. Conclusión, las adolescentes embarazadas presentan similitudes en sus

características sociodemográficas y obstétricas a otras investigaciones de América latina.

Minjarez et al (12), en su estudio ganancia de peso gestacional como factor de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas; el objetivo fue analizar la ganancia de peso como factor de las complicaciones obstétricas; la metodología fue un estudio de revisión donde se identificó que las gestantes a mitad del embarazo o después del parto sugieren un incremento de excesivo de peso asociado a niveles elevados de masa corporal; además, hubo diferencias en la ganancia de peso materno en gestantes afroamericanas y no afroamericanas; la edad mayor de 40 años tiene mayor riesgo de complicaciones obstétricas, así mismo, la estatura alta tiene una relación directa con cálculo de necesidades nutricionales de las gestantes. En conclusión, la comprensión de los determinantes de la ganancia de peso durante el embarazo es esencial para el diseño de las intervenciones en la salud del binomio madre – niño.

Añasco (13), en su estudio correlación de la ganancia excesiva de peso gestacional y complicaciones materno fetales en gestantes con estado nutricional normal al inicio del embarazo atendidas en el Hospital Honorio Delgado Espinoza de enero – diciembre de 2018. El objetivo fue, determinar la relación entre la ganancia excesiva de peso gestacional y complicaciones materno fetales en gestantes con un normal estado nutricional; los materiales y métodos fue un estudio observacional, retrospectivo y transversal donde se analizó 306 historias clínicas de gestantes divididas en dos grupos de 153 gestantes con ganancia adecuada de peso gestacional frente a 153 gestantes con excesiva ganancia de peso, ambos grupos elegidos de forma aleatoria simple; se utilizó las pruebas de chi cuadrada así la prueba exacta de Fisher, t de student y odds ratio. Los resultados fueron 306 gestantes, edades en ambos grupos fueron de 19 a 34 años en el 96%, nivel de instrucción secundario el 56.2%, conviviente o casadas el 88.2%, con 6 a más controles prenatales el 97.4%; entre las complicaciones se tuvo la anemia del 4% en gestantes con ganancia adecuada y el 2.6%, la hipertensión arterial en un 7.2%, retención de restos

placentarios el 3.2% y la endometritis puerperal el 3.2%. No se halló diferencias significativas en los grupos del estudio; el aumento excesivo de peso se asoció a macrosomía neonatal y parto por cesárea. En conclusión, la ganancia de peso se relaciona con las complicaciones materno fetales.

Pinto (14), en su estudio complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio en gestantes tardías del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2018- 2019; el objetivo fue determinar las complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio presentes en las gestantes de edad avanzada; materiales y métodos, se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo con el método deductivo y diseño observacional, la muestra estuvo conformada por 162 gestantes de edad avanzada. Los resultados fueron 919 gestantes atendidas en el Hospital Honorio Delgado durante los años 2018 y 2019; el grupo etario predominante fue gestantes añosas el 40.7%, (de 37 a 40 años), las principales complicaciones obstétricas durante el embarazo anemia gestacional el 21%, seguida de la enfermedad hipertensiva del embarazo con 19.7%, rotura prematura de membranas el 11.1% y diabetes gestacional el 9.9%, cesárea el 38.9% y desgarro perineal el 14.9%. La complicación frecuente del puerperio fue la hemorragia posparto con 6.8%. En conclusión, la frecuencia de complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio se presentaron en el 57.4% de las historias clínicas de pacientes evaluadas.

Campos (15), en su estudio complicaciones del embarazo, parto y puerperio en las gestantes adolescentes del Hospital Camaná, Arequipa; con el objetivo de conocer las complicaciones del embarazo, parto y puerperio en gestantes atendidas en el Hospital de Camaná a partir de abril de 2017 a abril de 2018. La metodología fue un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal donde se revisó 363 historias clínicas de adolescentes que presentaron patologías durante el embarazo, parto y puerperio; los resultados fueron de nivel secundario el 54% de las cuales las primíparas el 68%, secundíparas el 27% y múltiparas el 4%; culminaron el embarazo entre las 38 a 40 semanas el

76%, menor de 37 semanas el 20%, su primer control prenatal fue entre las 25 a 35 semanas el 76%, las patologías durante el I trimestre fue el aborto incompleto en el 7.9%, en el II trimestre la anemia el 25% y preeclampsia severa el 5.8% y en el III trimestre la restricción de crecimiento intra útero el 3.3% y anomalías en la dinámica uterina el 3.3% y la vía de resolución del embarazo fue la cesárea el 10.7% y la patología puerperal fue a endometritis el 1.1%.

Ortega (16) en su estudio complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Pichanaqui enero a diciembre de 2018. Objetivo fue determinar las complicaciones obstétricas y perinatales de las gestantes atendidas en el Hospital de Pichanaqui. Material y métodos, es un estudio descriptivo retrospectivo con diseño descriptivo no experimental de corte transversal donde la población estuvo conformada por 224 gestantes y la muestra 196 embarazadas. Resultados, las madres tenían entre 14 a 16 años el 60.8%, seguido de 17 a 19 años el 37.3%; grado de instrucción secundaria el 69.3%, ocupación ama de casa el 83%, estado civil conviviente el 68.6%,; entre las características gineco obstétricas se hallaron primigesta el 88.2%, primípara el 75.8%, antecedente de aborto el 7.2% con la culminación del embarazo en parto eutócico el 5.9%. Entre las características de la gestación actual tenían entre 37 a 41 semanas el 88.9%, menor de 37 semanas el 9.2%; gestantes controladas el 55.6% con un periodo intergenésico adecuado el 5.9%, la presentación fetal cefálica el 91.5%, culminación del embarazo vaginal el 85.6% y duración de parto normal en el 93.5%. Entre las complicaciones obstétricas se tuvo la anemia el 13.1%, infección del tracto urinario el 7.8%, aborto el 4.6% y desgarros perineales el 5.9%; desproporción céfalo pélvica el 1.3%, preeclampsia el 1.3%, rotura prematura de membranas el 1.3% e hiperémesis gravídica el 0.7% y ninguna el 49.7%. Entre las complicaciones perinatales fue el bajo peso al nacer el 9.2%, prematuridad el 4.6%, Apgar menor a 7 el 2%, macrosomía fetal el 0.7%. En conclusión, la anemia es la complicación obstétrica más frecuente, seguido de la infección del tracto

urinario; así mismo, el bajo peso al nacer y la prematuridad son complicaciones perinatales de mayor frecuencia.

Chayña (17) en complicaciones materno perinatales del embarazo en madres adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de junio a agosto de 2017; el objetivo fue determinar las complicaciones materno perinatales del embarazo en madres adolescentes atendidas en el Hospital Monge Medrano; los materiales y métodos fue un diseño de tipo transversal conformada por 72 casos y la muestra de 62; los resultados fueron embarazos a término el 83%, las complicaciones maternas como desgarros perineales el 27%, partos vaginales en el 67%, rotura prematura de membranas el 25% y anemia en el 67%; entre las complicaciones perinatales fueron el síndrome de dificultad respiratoria el 15%, sufrimiento fetal el 16%, bajo peso al nacer el 16%, Apgar bajo el 15%. En conclusión, se determinó las complicaciones maternas como desgarros perineales, rotura prematura de membranas, cesáreas, anemia e infecciones perinatales como dificultad respiratoria.

Flores (18), en su estudio complicaciones obstétricas y perinatales en pacientes con anemia; el objetivo fue determinar la asociación entre los resultados perinatales adversos y la anemia en gestantes; los materiales y métodos fue un estudio observacional, prospectivo, retrospectivo y transversal que incluyó a gestantes como a mujeres del trabajo de parto de marzo a octubre de 2017, los criterios fueron embarazos con fetos únicos. Los resultados fueron riesgo de síndrome de HELLP, parto instrumental, distocia, diabetes materna y entre los resultados perinatales fueron riesgo de aborto, parto prematuro y rotura prematura de membranas, bajo peso al nacer y hemorragia obstétrica. En ambos grupos las gestantes tuvieron resultados perinatales adversos. Conclusión, la prevalencia de anemia calculada fue el 16% durante el puerperio o después de la cesárea.

Maúrtua (19), en Atención prenatal reenfocada y complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes de 18 a 35 años en el Hospital María Auxiliadora de octubre de 2016 a mayo de 2017; el objetivo de determinar si la atención

prenatal reenforcada se relaciona con las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes de 18 a 35 años. La metodología, fue un estudio retrospectivo, descriptivo de diseño no experimental; la muestra estuvo constituido por 260 gestantes, cuyos partos fueron atendidas en el Hospital María Auxiliadora, donde se aplicó la ficha de recolección de datos para analizar la atención prenatal y complicaciones obstétricas durante el parto. Los resultados, la edad promedio de 25 años, sólo el 5% tuvieron una atención prenatal reenforcada adecuada y completa, desgarro perineal de primer grado con un 15.4%; el 95% tuvo una APN reenforcada, inadecuada e incompleta encontrándose complicaciones como desgarro perineal en el 23.9%, anemia puerperal leve el 13% y retención placentaria o membranas durante el parto el 5.4%. En conclusión, existe relación entre la atención prenatal reenforcada y las complicaciones durante el parto.

Martínez (20), en su estudio complicaciones obstétricas en el tercer trimestre del embarazo en adolescentes, comparadas con madres no adolescentes en el Hospital gineco obstétrico Isidro Ayora de enero a diciembre de 2015. El objetivo fue comparar la prevalencia de las complicaciones obstétricas en el tercer trimestre del embarazo adolescente y madres adultas, así como identificar las características sociodemográficas que presentan las gestantes adolescentes y adultas con complicaciones obstétricas durante el tercer trimestre del embarazo. Los materiales y métodos, el estudio fue descriptivo retrospectivo a partir de la revisión de las historias clínicas a 347 gestantes. Los resultados fueron adolescentes el 50.1%, seguido de adultas el 49.9%, el estado civil con unión estable el 74.6%, no trabaja el 98.3%; las adolescentes presentaron anemia comparado a las adultas, las infecciones de vías urinarias, partos prematuros y placenta previa son propias de las adultas.

Sierra (21), en su estudio sobre estado nutricional de embarazadas con complicaciones obstétricas y neonatales atendidas en el Hospital Roosevelt; el objetivo de estudio fue determinar la asociación entre complicaciones obstétricas y neonatales y el estado nutricional de la madre durante el 2015.

Material y métodos, el estudio fue transaccional analítico en un muestra de 711 mujeres comprendidas entre los 18 a 35 años de edad, atendidas en el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital de Roosevelt de enero a diciembre de 2015 que presentaron complicaciones maternas y fetales. Resultados, la edad materna promedio fue de 26 años con una edad gestacional frecuente de 27 semanas o más (59.3%), seguido de 13 a 26 semanas (28.6%), gestantes con bajo peso el 10.8% con sobrepeso el 30.8%; entre las complicaciones neonatales fueron el bajo peso y el retardo de crecimiento intrauterino. Se concluyó que las complicaciones obstétricas y neonatales durante el embarazo.

Quiñonez (22) en su estudio complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en usuarias mayores de 35 años atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2015. Objetivo, identificar las complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2015. Materiales y métodos, estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo; la población fue 226 usuarias con complicaciones de enero a diciembre de 2015. Resultados, las gestantes controladas fueron 85%, sobrepeso el 40.3%; las complicaciones durante el embarazo fue la anemia moderada en el 21.7%, rotura prematura de membranas el 9.3%, hipertensión inducida por el embarazo el 14.2%.

Claros (23), en su estudio de complicaciones del embarazo en adolescentes y adultas de 35 a más años en el Hospital Sergio Bernales, 2014. Objetivo, determinar las complicaciones del embarazo en mujeres adolescentes y mayores de 35 años; los materiales y métodos un estudio descriptivo comparativo de corte transversal, cuya población fueron 1800 gestantes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia, la muestra por 240 gestantes adolescentes; los resultados las complicaciones del embarazo con mayores porcentajes fue la rotura prematura de membranas el 34.2%, preeclampsia severa el 25.8%, preeclampsia leve 18.3% y oligohidramnios el 11.7%. En

conclusión, existe significancia entre las complicaciones del embarazo y la variable edad materna en la mayoría de los casos, excepto en las complicaciones de la primera mitad del embarazo, parto prematuro y restricción del crecimiento fetal.

Arotoma et al, (24) en Patologías obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio de las adolescentes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia en Huaraz, 2009. El objetivo fue determinar las patologías obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio que se presentaron en las adolescentes en el Hospital de Huaraz. La metodología fue un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, se revisaron 363 historias clínicas con patologías de embarazo, parto y puerperio. Los resultados fueron el 54% cursa la secundaria completa, el 68% es primípara, el 43% tuvo controles prenatales adecuados, el 75% culminó el embarazo entre las 38 a 40 semanas, el 23% menor de 37 semanas; las patologías fueron I trimestre aborto incompleto el 7.9%, II trimestre la anemia el 25% y en el III trimestre el RCIU el 3.3%, anomalía de la dinámica uterina el 3.3%, la culminación del parto fue cesárea en el 10.7%, y en el puerperio la endometritis puerperal el 1.1%. En conclusión, las patologías obstétricas prevalentes fueron anemia el 25.3%, infección de las vías urinarias el 10.7% y enfermedades hipertensivas el 8.8%, las otras patologías representan el 29.5%.

Esteves (25), en su estudio complicaciones maternas asociadas al segundo embarazo en adolescentes del Hospital Sergio Bernales Collique, de octubre a diciembre de 2004; el objetivo fue determinar las complicaciones maternas que se asocian al embarazo adolescente del Hospital Sergio Bernales. Material y método, fue un diseño descriptivo, transversal y retrospectivo, la población estuvo constituida por 11 y la muestra 29 quienes cumplieron los criterios de selección. Resultados, las complicaciones fueron anemia el 31%, ITU 27.6%, amenaza de aborto 24.1%, ruptura prematura de membranas el 10.3% y oligohidramnios el 6.9%; en el parto fueron el trabajo de parto disfuncional 13.8%, desgarros perineales el 23.9% y en el puerperio la anemia 44.8%, ITU

24.1%, atonía uterina el 6.9% y la endometritis el 3.4%. En conclusión, el segundo embarazo constituye una condición de riesgo obstétrico para las complicaciones obstétricas.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Complicaciones obstétricas

Es un evento inesperado que la gestante experimenta durante el embarazo, parto y puerperio, pudiendo conllevar a un desenlace fatal dejando las probabilidades de daños irreversibles y de manera permanente (26).

2.2.1.1. Complicaciones obstétricas en el embarazo

Se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, parto y puerperio afectando tanto a la madre como al perinato.

Las complicaciones y enfermedades intercurrentes durante el embarazo son:

- **Anemia**, es la enfermedad más frecuente de los embarazos en Perú, consiste en la concentración de hemoglobina en la sangre por debajo de los valores normales. Por déficit de hierro aumenta los nacimientos prematuros y bajo peso al nacer (27).

La anemia en el embarazo tiene como consecuencia el menor riesgo sanguíneo y función placentaria inadecuada, provocando a su vez restricción del crecimiento intrauterino fetal, abortos, niños con bajo peso para la edad gestacional (28).

Las gestantes con anemia tenían dos veces mayor riesgo de padecer parto pretérmino y tres veces más de padecer un niño con bajo peso (29). Así mismo, estas gestantes tienen mayor predisposición a las infecciones como las de vías

urinarias bajas y pielonefritis aguda; la infección y dehiscencia de la herida quirúrgica fueron cuatro veces mayor que las gestantes no anémicas (30).

- **Rotura prematura de membranas**, es la pérdida de continuidad de las membranas corion y amnios, producidas después de las 22 semanas de embarazo y antes del inicio del trabajo de parto; por el conducto cérvico vaginal se observa pérdida de líquido amniótico (31).

Es la rotura de membranas ovulares después de las 21 semanas de edad gestacional y hasta una hora de antes del inicio de trabajo de parto (32). La rotura prematura de membranas es prolongada cuando supera una semana hasta el momento del nacimiento(33).

El periodo de latencia es el tiempo que transcurre desde la rotura de las membranas y el comienzo de parto; a mayor tiempo de latencia mayor riesgo de morbilidad materna fetal (34).

La rotura prematura de membranas tiene complicaciones maternas y fetales, desencadenan amnionitis, endometritis, aumento del índice de cesárea, infecciones fetales y neonatales, hipoxia, deformidades fetales e hipoplasia (35). Existen diversas clasificaciones de rotura prematura de membranas, siendo:

- ✓ Prematura
- ✓ Precoz
- ✓ Oportuna
- ✓ Tardía
- ✓ Tempestiva
- ✓ Artificial
- ✓ Espontánea

- ✓ Alta
- ✓ Baja, entre otros.

- **Infección del tracto urinario**, forman parte de las complicaciones frecuentes de la gestación después de la anemia con repercusiones en la salud materna y perinatal; es un procesos infeccioso que resulta de la invasión y desarrollo de las bacterias (36).

Abarcan desde la bacteriuria asintomática, uretritis, cistitis hasta a pielonefritis que involucra invasión de microorganismos como los gran negativos en un 80% siendo la común la echerichia coli, proteus, klebsiella; entre los gran positivos, se encuentran el 5% al 15% siendo el más frecuente el estafilococo (37).

Los microorganismos involucrados son las enterobacterias, gramnegativos y gran positivos; desde el punto de vista clínico puede presentarse como una bacteriuria asintomática o como una infección en la vejiga pudiendo evolucionar al 30% o 50% en pielonefritis.

Las complicaciones fetales típicas, prematuridad e hipoplasia; y el tratamiento es seleccionado en base a los gérmenes causales (38).

Las mujeres tienden a desarrollar las infecciones urinarias debido a las modificaciones funcionales, hormonales y anatómicos además del meato uretral que se halla expuesta a bacterias uropatógenas del periné y vagina.

- **Embarazo prolongado**

El embarazo prolongado, o de postérmino, se define como aquella gestación que alcanza 42 semanas (294 días) o más desde el primer día del último período menstrual, o bien,

aquel embarazo que se prolonga por catorce o más días desde la fecha probable de parto.

La causa más frecuente de embarazo prolongado es la estimación errónea de la edad gestacional. En la actualidad no se sabe con certeza por qué algunos embarazos pueden prolongarse por 294 días o más, sin embargo, existe asociación entre diversos factores sociodemográficos maternos y mayor riesgo de embarazo prolongado.

El diagnóstico de embarazo prolongado requiere del conocimiento exacto de la edad gestacional. Si bien los parámetros clínicos clásicos como la amenorrea (FUM), la auscultación de los latidos cardio fetales, la percepción de movimientos fetales y la altura uterina son elementos a considerar, éstos han demostrado ser imprecisos en la determinación de la edad gestacional.

El manejo del embarazo de postérmino ha sido por mucho tiempo motivo de gran controversia, aunque actualmente existe consenso en que, si bien el riesgo fetal asociado al embarazo prolongado es bajo, toda gestación que alcance 42 semanas o más requiere una vigilancia cuidadosa. Sin embargo, no existen estudios prospectivos randomizados que demuestren la eficacia de evaluar la condición fetal en forma seriada.

Existen en principio dos alternativas en el manejo del embarazo prolongado: la interrupción electiva del embarazo o la conducta expectante con monitoreo seriado de la condición fetal e inducción selectiva ante la sospecha de complicaciones. Los métodos utilizados para evaluar el bienestar fetal incluyen el registro basal no estresante (RBNE) (con o sin evaluación del volumen de líquido amniótico), la prueba de tolerancia fetal a las contracciones inducidas, el perfil biofísico (PBF) y la amnioscopia.

- **Aborto**

La interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal, es un fenómeno en la actividad reproductiva de los seres humanos, constituyendo un impacto psicológico.

Es a interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación, con un feto de peso menor o igual a los 500 g (39). Es la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal.

El aborto puede ser un fenómeno espontáneo que ocurre sin mediar maniobras ni noxas sobre el producto de la concepción.

Se clasifica en:

- ✓ Aborto espontáneo, es la pérdida involuntaria del embarazo antes de que el feto sea viable, ósea antes de las 22 semanas. Pudiendo ser precoz, antes de las 8 semanas, aborto tardío después de las 12 semanas de embarazo; la mayoría de los abortos precoces corresponden a huevos anembrionarios, cuya causa pueden ser desde genéticas, deficiencia de progesterona diabetes mellitus, síndrome de ovario poliquístico, hematoma sub coriónico, entre otras causas como las infecciones por micoplasma hominis y urea plasma urea lyticum, anomalías anatómicas del útero, cérvix incompetente, síndrome del anticuerpo antifosfolípido (40).
- ✓ Aborto recurrente, mujer con abortos espontáneos repetidos para corregir cualquier factor de fondo.
- ✓ Aborto inducido, describe la interrupción quirúrgica o médica de un feto vivo que no ha alcanzado la viabilidad (41).

Según el curso clínico del aborto, se halla:

- ✓ Aborto inevitable, la rotura prematura de membranas se acompaña de la dilatación cervical, casi siempre va seguida de contracciones uterinas o infección; no siempre está acompañada de dolor, fiebre o hemorragia y a veces se acumula líquido en el saco de fondo de Douglas (42).
- ✓ Aborto incompleto, es la separación de la placenta del tejido endometrial; el orificio cervical se dilata; algunas veces el feto y placenta pueden permanecer dentro de la cavidad uterina o con salida parcial a través del orificio dilatado.
Antes de las 10 semanas, se expulsan ambos (feto, placenta y anexos), pero posterior a ello la salida es por partes (41).
- ✓ Aborto diferido, aborto fallido o pérdida, es la retención del feto en la cavidad uterina por un tiempo mayor a cuatro semanas sin modificaciones cervicouterinas (41).
- ✓ Aborto infectado, es la expulsión parcial o total del producto de la concepción con signos de infección localizados a nivel endometrial, acompañado de fiebre, escalofríos, pelviperitonitis e hipotensión (43).

- **Embarazo ectópico**

Es la implantación del embrión fuera de la cavidad uterina, siendo la localización tubárica constituyendo una emergencia obstétrica (42).

El embarazo ectópico es diagnosticado en el I trimestre del embarazo, siendo la edad gestacional frecuente entre las 6 a 9 semanas (42).

Entre las posibles razones que explican un incremento en las tasas de embarazo ectópico, están el aumento de las infecciones tubéricas y el uso frecuente de técnicas de reproducción asistida.

El sitio más frecuente de ubicación de un embarazo ectópico es dentro de la trompa, específicamente dentro de la porción ampular. Una frecuencia menor es la observada en la región ístmica, fimbria y porción intersticial (cornual) la misma. En el caso de los embarazos abdominales, la mayoría ocurre después de un aborto tubario seguido de implantación peritoneal. Para el diagnóstico de un embarazo cervical, se considera que deben cumplirse las siguientes características: glándulas cervicales presentes en aposición a la unión con la placenta, la unión de la placenta al cuello uterino debe ser íntima, la placenta debe estar debajo de la entrada de los vasos uterinos o por debajo del límite inferior del fondo de saco peritoneal vesico uterino y los elementos fetales no deben encontrarse presentes en el cuerpo uterino (42).

La forma de hacer el diagnóstico de un embarazo ectópico ha cambiado considerablemente durante las últimas décadas. El uso del ultrasonido transvaginal, así como también la posibilidad de detección de β gonadotropinas coriónicas (HCG β) cuantitativa en sangre u orina, ha permitido un diagnóstico más precoz, muchas veces incluso antes de que aparezcan síntomas, reduciendo considerablemente la necesidad de una laparotomía o laparoscopia, que hoy se usan casi exclusivamente para

confirmar el diagnóstico en los casos en que el ultrasonido no sea concluyente en una mujer con una β -hCG presente. Antiguamente, los síntomas clínicos (tríada clásica) usados y enseñados para realizar el diagnóstico de un embarazo ectópico eran: dolor abdominal, amenorrea y metrorragia, con frecuencia acompañados de compromiso hemodinámico y que se presentan en general después de las 5 a 9 semanas de gestación. Afortunadamente, cada vez con más frecuencia el clínico rápidamente puede obtener diferentes test para una evaluación precoz de una mujer cuya historia, signos clínicos o síntomas sugieren un embarazo ectópico, permitiéndole además la posibilidad de realizar un tratamiento conservador.

Los factores del embrazo ectópico son:

Factor de riesgo	Riesgo relativo
Riesgo alto	
Cirugía tubaria	21,0
Esterilización	9,3
Embarazo ectópico previo	8,3
Exposición en útero a dietilestilbestrol	5,6
Uso de dispositivo intrauterino	4,2 a 45,0
Patología tubaria documentada	3,8 a 21,0
Riesgo moderado	
Infertilidad	2,5 a 21,0
Infección genital previa	2,5 a 3,7
Parejas sexuales múltiples	2,1
Riesgo leve	
Cirugía pélvica/abdominal previa	0,9 a 3,8
Tabaquismo	2,3 a 2,5
Ducha vaginal	1,1 a 3,1
Coito antes de los 18 años	1,6

Fuente: Pisarska y cols., 1998.

- **Embarazo molar**

La mola hidatiforme es la forma más frecuente de ETG. Consiste en un embarazo generalmente intrauterino (excepcionalmente puede ser extrauterino), en el cual las

vellosidades coriales normales han sido reemplazadas por múltiples estructuras quísticas que representan dilatación vellositaria de grado variable, asociada con áreas de proliferación trofoblástica (tanto cito como sincitiotrofoblasto), también de magnitud variable. El embrión y los anexos o membranas ovulares pueden o no estar presentes, dependiendo del tipo de embarazo molar.

Los factores de riesgo asociados al desarrollo de esta patología difieren según el tipo de mola. La edad es el factor de riesgo mejor establecido para mola completa, con mayores tasas de incidencia observadas en menores de veinte y en mayores de treinta y cinco y cuarenta años. En contraste, en la mola parcial no se observa una variación significativa según la edad, los factores dietéticos aumentarían sólo el riesgo de mola completa; sólo la historia de abortos e infertilidad constituirían un factor de riesgo común para ambos tipos de enfermedad molar (44).

En cuanto a la patogénesis de esta enfermedad, los posibles mecanismos y vías genético moleculares involucradas se han estudiado y caracterizado mejor sólo en los últimos años, principalmente en lo referido a la mola completa.

La mola hidatidiforme se clasifica de acuerdo a criterios histo citogenéticos, en dos grandes grupos, completa y parcial. Ambos tipos muestran distintos patrones de presentación clínica, así como pronóstico. Pese a esto, el manejo es similar en ambos casos (44).

La clasificación de la mola es:

Mola completa, se caracteriza anatomopatológicamente por presentar proliferación trofoblástica difusa, de magnitud moderada a severa, asociada a edema vellositario difuso e intenso. En ella no se observa feto o membranas ovulares. Tal defecto no se debería a la ausencia total de

desarrollo embrionario, sino a un fenómeno de regresión temprana y completa de embrión y anexos ovulares durante las primeras etapas del desarrollo embrionario (39).

Mola parcial, anatomopatológicamente, la mola parcial se caracteriza por la presencia de proliferación trofoblástica focal, leve a moderada, y de edema vellositario variable y focal. Generalmente hay elementos fetales presentes (embrión/feto, membranas ovulares y/o glóbulos rojos fetales) (39).

- **Parto prematuro**

Según la edad gestacional, es considerado el trabajo de parto producido antes de las 37 semanas o 259 días de embarazo calculada a partir del primer día de la última menstruación o hallado por ecografía (43).

Otra definición retrospectiva, considera al nacimiento de niño con un peso entre los 500g a 2500g, independientemente de la edad gestacional.

Existen diversos factores epidemiológicos relacionados a la prematuridad se hallan el bajo nivel socioeconómico, edad menor de 15 años, más de 15 cigarrillos por día, menor de 4 atenciones prenatales, embarazo múltiple, RCIU, óbito fetal (44). Por otro lado, estudios refieren que el parto pretérmino puede estar asociado a infecciones urinarias, injurias vasculares y sobre distensión uterina, estrés, alteraciones hormonales u otro proceso patológico aún no descrito.

Entre los factores de riesgo maternos se tiene los pregestacionales: edad extrema, baja condición social, antecedente de parto prematuro, enfermedad sistémica grave, estado civil soltera, peso y talla bajos y periodo

intergenésico menor a 6 meses. Y los factores gestacionales tenemos falta de control prenatal, infecciones sistémicas, infecciones genitales, ingesta de drogas ilícitas, metrorragia antes de las 20 semanas, estrés social o psicológico; así mismo hay factores fetales como las anomalías congénitas, embarazo múltiple, macrosomía fetal y muerte fetal.

Cuando solo se presenta contracciones uterinas aumentadas antes de las 37 semanas estamos frente a la “amenaza de parto pretérmino” y si hay modificaciones cervicales “parto pretérmino”.

El diagnóstico del parto pretérmino, se basa en la presencia de contracciones uterinas de una en diez minutos, con una duración mayor a 30 segundos, durante los 30 minutos “regla del 3”, además de modificaciones cervicales como borramiento o dilatación (44).

- **Preeclampsia**

Es una condición exclusiva de la especie humana, que se caracteriza por una disfunción placentaria conllevando al daño endotelial y una respuesta inflamatoria generalizada.

Se presenta después de las 20 semanas con la presencia de hipertensión arterial, proteinuria; siendo leve cuando hay un incremento de la presión arterial sistólica $< 160\text{mmHg}$ y diastólica $< 110\text{ mmHg}$ y proteinuria cualitativa mayor a 300mg en orina de 24 horas; la severa cuando la presión arterial sistólica es mayor o igual a 160 mmHg y la diastólica mayor o igual a 110 mmHg con evidencias de daño en órganos blancos, además de proteinuria cualitativa de 2 gramos o más en orina de 24 horas (42). Así mismo, esta puede verse acompañada de proteinuria; el factor de inicio de la preeclampsia sería la reducción de la perfusión uteroplacentaria, como resultado de la invasión anormal de

las arteriolas espirales del citotrofoblasto; el endotelio es un órgano endocrino muy grande y activo involucrado en la patogénesis de la preeclampsia. La hipoxia puede inducir la transcripción de genes vasoconstrictores, enzima convertidora de angiotensina, activador del plasminógeno.

La preeclampsia es la segunda causa de muerte materna en la segunda mitad del embarazo, incrementando la mortalidad materna perinatal hasta en cinco veces. La preeclampsia se atribuye a diversos factores etiológicos entre ellos la placentación defectuosa, anomalías en el desarrollo del feto (44).

Entre los factores predisponentes se hallan:

Preeclampsia previa, con un riesgo relativo después del primer embarazo de 7.19 que aumenta de 7.7 si la preeclampsia fue en el segundo embarazo.

Nuliparidad, el 75% corresponden a primigestas, con un riesgo relativo de 3.1.

Edad extrema, se halló una menor incidencia entre los 20 a 35 años, con un leve aumento en las adolescentes.

Obesidad, sobre todo el pregestacional está asociada a riesgo de preeclampsia.

Hipertensión crónica, que antecede al embarazo incrementa en 3.1 el riesgo de preeclampsia.

Diabetes mellitus, su presencia en el embarazo incrementa la incidencia de preeclampsia y eclampsia.

- **Placenta previa**

Referida a la implantación sobre o cerca del orificio cervical interno, pudiendo ser placenta previa total, parcial, previa marginal y de inserción baja. Puede presentar sangrado vaginal escaso indoloro, espontáneos sobre todo

en el tercer trimestre y son producto de la formación del segmento uterino inferior y a la dilatación cervical debido a que se producen ruptura de vasos que cubren estas áreas. La incidencia se reporta entre el 0.3% a 0.5% en estudios diversos.

Es la implantación total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero, antecediendo a la presentación fetal; la principal manifestación es la hemorragia roja rutilante escasa a incoercible en la segunda mitad del embarazo (42).

La placenta previa, se clasifica en:

- **Placenta previa oclusiva total**, el orificio cervical interno está totalmente cubierto por la placenta, ya sea por un borde placentario o por la totalidad de ella.
- **Placenta previa oclusiva parcial**, el orificio cervical interno está parcialmente cubierto por la placenta
- **Placenta previa marginal**, el borde placentario llega al margen del orificio cervical, pero no lo obstruye.

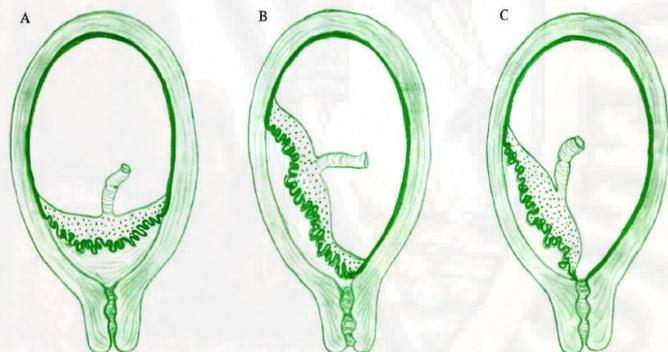


FIGURA 40-1. Diferentes tipos de placenta previa. A: Placenta previa oclusiva total; B: Placenta previa oclusiva parcial; C: Placenta previa marginal.

La principal sintomatología es la presencia de hemorragia genital indolora en el II y III trimestre del embarazo; este sangrado puede o no estar asociado al trabajo de parto; la ausencia de sangrado antes del término no se descarta. La sangre es roja rutilante, intermitente, insidiosa con cese espontáneo de inicio escaso y progresivo (42).

- **Desprendimiento prematuro de placenta**

Es la separación parcial o total de la placenta no previa de la decidua uterina, ello ocurre antes de la expulsión fetal; se desencadena en presencia de contracciones uterinas generando hemorragias en gestaciones mayores a 20 semanas (45).

Los vasos maternos se rompen en la decidua basal interrumpiendo la conexión con las vellosidades de anclaje de la placenta generando hemorragia y por ende el desprendimiento prematuro de placenta (39).

El sangrado puede ser escaso o continuo de tal forma que se genera el hematoma retro placentario; la porción desprendida es incapaz de realizar intercambio de gases y nutrientes, de forma que, la unidad feto placentaria restante sea incapaz de compensar esta pérdida de la función.

Entre los factores tenemos al traumatismo abdominal/accidente, hidramnios y gestación múltiple, hipertensión crónica y trastornos hipertensivos del embarazo, entre otros aspectos, la edad mayor de 35 años, multiparidad, entre otros.

La hemorragia producida por la rotura de vasos arteriales ocurre en la zona central de la placenta y conduce a un rápido desarrollo de manifestaciones clínicas severas potencialmente mortales (44).

La placenta debe ser evaluada cuidadosamente por el médico que atiende el parto o por todo aquel profesional gineco - obstetra encargado responsable de la atención para valorar las características macroscópicas y antropométricas.

- **Restricción del crecimiento intrauterino**

Se refiere al pequeño para la edad gestacional, por debajo del percentil 10 para su edad gestacional, es también conocido como el retardo de crecimiento intrauterino y tiene tres tipos de patrones que responden a la etiología diversa, como los fetos constitucionalmente pequeños, fetos pequeños por insuficiencia placentaria y fetos pequeños por una condición extrínseca a la placenta (46). Entre las causas de la restricción del crecimiento intrauterino se tiene a:

Fetales: como las malformaciones congénitas, genopatías, infecciones, anemia y cromosomopatías.

Placentarias: miomas, tumores placentarios y trombo hematomas, inserción velamentosa.

Maternas: las nefropatías, vasculopatías, infecciones entre otras.

Sin embargo, fisiopatológicamente se debe diferenciar a los fetos pequeños de aquellos cuyo potencial genético es limitado (47). Tradicionalmente se clasifican en simétricos y asimétricos, no demostrando diferencias en la etiología.

- **Macrosomía fetal**

Es el feto grande para la edad gestacional, mayor al percentil 90 en base al riesgo perinatal. La macrosomía fetal, está relacionado al peso mayor de 4000 Kg, el parto vaginal ocasiona traumatismo, asociada a morbi mortalidad materna y perinatal (48).

Por otro lado, el feto grande para la edad gestacional representa el 10% de la población en general (48); entre los factores asociados a la incidencia de la macrosomía se halla la edad mayor de la madre, obesidad materna pre embarazo,

resistencia a la insulina y el incremento en la diabetes gestacional (49).

Los neonatos macrosómicos se encuentran expuestos a la distocia de hombro, fractura de clavícula, lesión de plexo braquial y asfixia perinatal.

Son diversos los factores que influyen en la macrosomía fetal como madres diabéticas en el 46%, otra es la edad mayor de 35 años, obesidad, multiparidad y madurez (49).

- **Sufrimiento fetal**

Algunos consideran como sinónimo de hipoxia fetal asociada a complicaciones obstétricas que afectan el estado entre la madre y el feto. Pudiendo ser sufrimiento fetal crónico que afecta al feto durante su gestación.

Se presenta hipoxia fetal con compromiso celular; determinado por cualquier componente que interfiere en la disminución de intercambio gaseoso materno placenta y feto; se presenta alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal asociada a expulsión de líquido amniótico (42) y este es severo genera insuficiencia placentaria secundaria generando un aporte insuficiente y prolongad de nutrientes para el desarrollo del feto (44).

2.2.2. Características sociodemográficas

- **Edad materna**, retrasar el embarazo se ha convertido en un dilema debido a las complicaciones tanto para la madre como para el feto; es decir, referido a la edad extrema de la vida reproductiva.

A medida que la edad avanza, las posibilidades de que una mujer se embarace disminuyen mucho más allá de la edad ideal para tal propósito (50).

La gestante de edad avanzada presentó tres veces más las complicaciones predominando la anemia y la hipertensión inducida por el embarazo. Estudios refieren que hubo asociación entre a la edad mayor a 35 años en gestantes y la morbilidad materno fetal.

2.2.3. Características obstétricas

- **Atención prenatal reenfocada**

Es la vigilancia y evaluación integral de la madre y feto con la finalidad de prevenir, diagnosticar y brindar atención oportuna a los factores que pueden condicionar la morbimortalidad; para tal fin, la atención debe ser precoz, oportuna, integral (51).

Entre los objetivos de la atención prenatal reenfocada se hallan la elaboración del plan de parto, detección de cáncer de cuello uterino y mama y detección y manejo precoz de las complicaciones; además de la atención integral y de amplia cobertura acorde al nivel de capacidad resolutive (52).

- **Espacio intergenésico**

Es el periodo de tiempo comprendido entre el término de embarazo y la concepción siguiente; pudiendo ser intervalos cortos, adecuado y prolongados.

El espacio intergenésico corto menor de 2 años, es el tiempo que se dedica al crecimiento y desarrollo del niño. En el caso del espacio intergenésico prolongado es un factor de riesgo para presentar preeclampsia (53).

- **Paridad**

Número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana 20 o con un producto de peso mayor a 500g.

Las primigestas tienen de 6 a 8 veces más probabilidades de padecer la preeclampsia, mientras que en los siguientes embarazos la probabilidad se reduce.

2.3. Formulación de hipótesis

Carece de hipótesis

2.4. Definición de términos

- **Embarazo**, estado reproductivo de la mujer donde lleva el útero ocupado por el producto de la concepción, desde la implantación hasta el nacimiento (54), corresponde a los nueve meses de embarazo culminando en el momento del parto (44).
- **Anemia**, es el número reducido de hemoglobina en el flujo sanguíneo materno.
- **Características**, conjunto de atributos de una persona u objeto.
- **Complicaciones obstétricas**, conjunto de disrupciones o trastornos sufridos durante el embarazo, parto y puerperio.
- **Atención prenatal**, es el apoyo e información brindada por los profesionales sanitarios a las gestantes frente a diversas necesidades como una buena nutrición, detección y prevención de enfermedades.
- **Preeclampsia**, incremento de la presión arterial mayor a 140/90 mmHg a partir de las 20 semanas de embarazo.
- **Infección de las vías urinarias**, es la presencia de microorganismos presentes en la orina, pudiendo ser asintomática como la bacteriuria o acompañada de síntomas en el caso de la cistitis y pielonefritis.
- **Edad**, tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.

- **Sufrimiento fetal agudo**, es una perturbación metabólica compleja debida a una disminución de los intercambios fetomaternos, de evolución relativamente rápida conduciendo a alteraciones irreparables o la muerte fetal.
- **Retardo de crecimiento intrauterino**, actualmente conocido como la restricción de crecimiento intrauterina o pequeño para la edad gestacional; es la insuficiente expresión del potencial genético de crecimiento fetal.

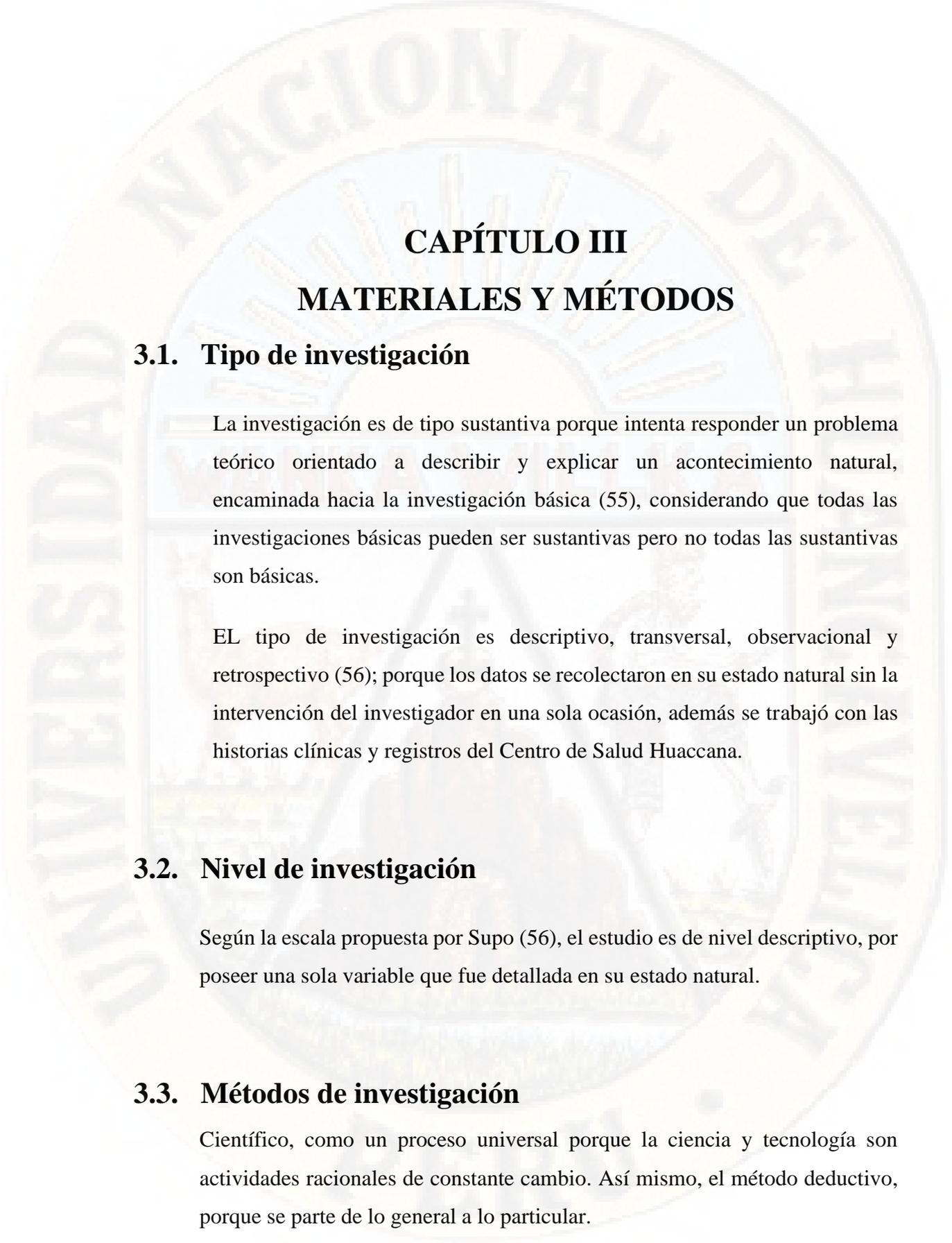
2.5. Identificación de variables

Univariable: Complicaciones obstétricas

2.6. Operacionalización de variables

VARIABLE DE CARACTERIZACION	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
Complicaciones obstétricas	Conjunto de atributos propios de la mujer y de su experiencia en el embarazo.	Conjunto de atributos sociodemográficos, obstétricos de la gestantes registrados de las historias clínicas.	Características sociodemográficas	Edad	1. Adolescente 2. Adulta 3. Añosa	Ordinal
				Estado civil	1. Casada 2. Conviviente 3. Soltera 4. Divorciada	Nominal
				Grado de instrucción	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Superior incompleta 6. Superior Completa	Ordinal
				Dedicación	1. Ama de casa 2. Estudios 3. Trabajo independiente 4. Trabajo dependiente	Nominal
			Características obstétricas	Paridad	1. Primero 2. Multiparidad 1. Gran multiparidad	Ordinal
				Atención prenatal	1. Menor a 4 2. De 4 a 6 3. Mayor de 6	Ordinal
				Inicio de la APN	Semanas en promedio	Razón
				Espacio intergenésico	Menor de 2 años De 2 a 5 años Mayor a cinco años No aplica	Ordinal
				Antecedente de aborto	1. Si 2. No	Nominal
			Complicaciones de la I mitad del embarazo	1. Amenaza de aborto 2. Aborto	Nominal	

			Complicaciones obstétricas	<ol style="list-style-type: none"> 3. Embarazo ectópico 4. Enfermedad molar 5. Otros 	
			Complicaciones de la II y III mitad del embarazo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Placenta previa 2. DPP 3. Amenaza de prematuridad 4. RPM 5. Embarazo prolongado 6. Otros 	Nominal
			Complicaciones en el feto	<ol style="list-style-type: none"> 1. RCIU 2. Macrosomía fetal 3. Sufrimiento fetal agudo 	Nominal



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de investigación

La investigación es de tipo sustantiva porque intenta responder un problema teórico orientado a describir y explicar un acontecimiento natural, encaminada hacia la investigación básica (55), considerando que todas las investigaciones básicas pueden ser sustantivas pero no todas las sustantivas son básicas.

EL tipo de investigación es descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo (56); porque los datos se recolectaron en su estado natural sin la intervención del investigador en una sola ocasión, además se trabajó con las historias clínicas y registros del Centro de Salud Huaccana.

3.2. Nivel de investigación

Según la escala propuesta por Supo (56), el estudio es de nivel descriptivo, por poseer una sola variable que fue detallada en su estado natural.

3.3. Métodos de investigación

Científico, como un proceso universal porque la ciencia y tecnología son actividades racionales de constante cambio. Así mismo, el método deductivo, porque se parte de lo general a lo particular.

3.4. Diseño de investigación

El diseño de investigación es descriptivo simple, puesto que busca caracterizar un acontecimiento en base a los datos recogidos; en este caso permite un análisis de la variable para su descripción, su representación es:

M O

Leyenda:

M = gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana.

O = Complicaciones obstétricas

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

Estuvo conformado por las todas las gestantes que presentaron complicaciones obstétricas, atendidas en el Centro de Salud Ccahuana, Ayacucho, siendo un total de 66 gestantes; es decir se consideró a todos los elementos con características similares.

3.5.2. Muestra

Estuvo conformada por las gestantes con complicaciones obstétricas atendidas en el Centro de Salud Ccahuana, Ayacucho durante el año 2016, siendo un total de 66 gestantes.

3.5.3. Muestreo

No se requirió, debido a que se trabajó con toda la población.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1. Técnica

Análisis documental, porque se revisó las historias clínicas de las gestantes además de los registros de la emergencia obstétrica, identificado las complicaciones presentadas.

3.6.2. Instrumento

Ficha de recolección de datos debidamente estructurada que incluyen a la variable de investigación, con validez de contenido que comprende los siguientes apartados características sociodemográficas, características obstétricas según trimestres del embarazo.

El instrumento fue validado a través del juicio de expertos de forma cualitativa, organizándolo en tres apartados como características sociodemográficas, características obstétricas y las complicaciones obstétricas presentadas con repercusión materna y fetal.

3.7. Procedimiento de recolección de datos

Primero: Se solicitó los permisos respectivos a nivel institucional, al director del Centro de Salud Huaccana.

Segundo: Previa aceptación, se coordinó con el responsable del manejo de las historias clínicas del establecimiento para iniciar con la revisión, además de coordinar con la jefe del servicio emergencias obstétricas para hallar el registro de gestantes con complicaciones.

Tercero: Se coordinó horarios para la revisión de las historias clínicas y se procedió a completar el llenado de las fichas de registro de datos acorde a la estructura establecida.

3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Se ordenaron y codificaron las fichas de registro de datos, luego se procedió a elaborar una base de datos en el Excel para ser procesados y presentados en las tablas a través de la estadística descriptiva.

CAPÍTULO IV
DISCUSION DE RESULTADOS

4.1. Presentación de resultados

Cuadro N° 1: Características personales de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Huaccana, Ayacucho 2016.

Característica	N° (66)	% (100)
Edad materna		
Adolescente	18	27.3%
Adulta	42	63.6%
Añosa	6	9.1%
Estado civil		
Conviviente	44	66.7%
Casada	12	18.2%
Divorciada	9	13.6%
Soltera	1	1.5%
Escolaridad		
Primaria	8	12.1%
Secundaria	46	69.7%
Superior No Universitario	12	18.2%
Dedicación		
Ama de casa	24	36.4%
Trabajo independiente	23	34.8%
Estudios	14	21.2%
Trabajo dependiente	5	7.6%

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicados en el Centro de Salud Huaccana.

En el presente cuadro, se observa las características personales de las gestantes; del 100% (66), corresponde a la edad adulta el 63.6% (42), adolescente el 27.3% (18) y añosa el 9.1% (6); respecto al estado civil el 66.7% (44) son convivientes, casadas el 18.2% (12), divorciada el 13.6% (9) y soltera el 1.5% (1); la escolaridad cursada es secundaria en el 69.7% (46), superior no universitario el 18.2% (12), primaria el 12.1% (8) y concerniente a la dedicación son amas de casa el 36.4% (24), trabajo independiente el 34.8% (23), estudia el 21.1% (14), y cuenta con trabajo dependiente el 7.6% (5).

Cuadro N° 2: Características obstétricas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Huaccana, Ayacucho 2016.

Características obstétricas	N°	%
	(66)	(100)
Atención prenatal		
Menor de 4	14	21.2%
4 a 6	27	40.9%
Mayor a 6	25	37.9%
Espacio intergenésico		
No aplica	20	30.3%
Menor a 2 años	11	16.7%
De 2 a 5 años	26	39.4%
Mayor a 5 años	9	13.6%
Antecedente de aborto		
No	54	81.8%
Si	12	18.2%
Paridad		
Primiparidad	21	31.8%
Multiparidad	42	63.6%
Gran múltipara	3	4.5%

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicados en el Centro de Salud Huaccana.

En el presente cuadro, se observa las características obstétricas de las gestantes; del 100% (66) el número de atenciones prenatales fue de 4 a 6 en el 40.9% (27), seguido de mayor a 6 APN el 37.9% (25) y menor de 4APN en el 21.2% (14).

Respecto al espacio intergenésico, de 2 a 5 años tuvieron el 39.4% (26), menor de 2 años el 16.7% (11) y mayor a cinco años el 13.6% (9). Tuvo un antecedente de aborto el 18.2% y respecto a la paridad, son múltiparas el 63.6% (42), seguido de primíparas el 31.8% (21) y gran múltiparas el 4.5% (3).

Cuadro N° 3: Complicaciones obstétricas maternas durante el embarazo por trimestres en gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana, Ayacucho 2016.

Característica	N°	%
	(66)	(100)
I mitad del embarazo		
Amenaza de aborto	15	22.7%
Aborto	12	18.2%
Embarazo ectópico	2	3.0%
Embarazo molar	1	1.5%
II y III mitad del embarazo		
Placenta previa	6	9.1%
Rotura prematura de membranas	5	7.6%
Amenaza de parto prematuro	4	6.1%
Embarazo prolongado	3	4.5%
Preeclampsia	2	3.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicados en el Centro de Salud Huaccana.

En el presente cuadro, se observa las complicaciones obstétricas maternas durante el embarazo; respecto a la I mitad del embarazo, del 100% (66) de las gestantes el 22.7% (15) sufrió de amenaza de aborto, el 18.2% (12) aborto, el 3% (2) embarazo ectópico y el 1.5% (1) embarazo molar.

En los II y III trimestres del embarazo, la placenta previa fue del 9.1%, rotura prematura de membranas el 7.6%, amenaza de parto prematuro el 6.1% y embarazo prolongado el 4.5% (3) y la preeclampsia se presentó en el 3% (2).

Cuadro N° 4: Complicaciones obstétricas fetales en gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana, Ayacucho 2016.

Complicaciones en el feto	N°	%
Sufrimiento fetal agudo	11	16.7%
RCIU	1	1.5%
Macrostomia fetal	1	1.5%
Óbito fetal	1	1.5%

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicados en el Centro de Salud Huaccana.

En el presente cuadro, se observa las complicaciones obstétricas fetales durante el embarazo, del 100% (66) el 16.7% (11) sufrimiento fetal agudo; el 1.5% (1) fue en los casos de retardo de crecimiento intrauterino, macrosomía fetal y óbito fetal.

Cuadro N° 5: Complicaciones obstétricas frecuentes en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Huaccana, Ayacucho 2016.

Complicaciones obstétricas	N°	%
Aborto	12	18.2%
Sufrimiento fetal agudo	11	16.7%
Placenta previa	6	9.1%
Rotura prematura de membranas	5	7.6%
Amenaza de parto prematuro	4	6.1%
Embarazo prolongado	3	4.5%
Embarazo ectópico	2	3.0%
Preeclampsia	2	3.0%
Embarazo molar	1	1.5%

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicados en el Centro de Salud Huaccana.

En el presente cuadro, se observa las complicaciones obstétricas durante el embarazo, siendo: aborto el 18.2% (12), sufrimiento fetal agudo el 16.7% (11), placenta previa el 9.1% (6), rotura prematura de membranas el 7.6% (5), amenaza de parto prematuro el 6.1% (4), embarazo prolongado el 4.5% (3), embarazo ectópico el 3% (2), preeclampsia 3% (2) y embarazo molar el 1.5% (1).

4.2. Discusión

Las características personales de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana quienes tuvieron alguna complicación, son de edad materna adulta en el 63.6%, de edad extrema el 36.4%, resultados similares a Añasco (13), quien halló que el 96% de las gestantes son adultas; en oposición a lo hallado estudios revelan las que las madres menores de 15 años presentan mayor probabilidad de enfermar (2); considerando los resultados propios del contexto sociocultural donde los embarazos de mayor frecuencia en los adultos.

El estado civil fue conviviente el 66.7% y casada el 18.2%; la escolaridad es secundaria el 69.7%, con ocupación amas de casa el 36.4%, trabajo el 42.4%; resultados similares a los estudios de Mejía et al (11), porque se halló nivel secundario el 69%, 40.5% solteras y el 59.5% amas de casa; Añasco (13) donde las gestantes cursaron el nivel secundario en el 56.2%, convivientes o casadas el 88.2%; Campos (15), donde las gestantes con complicaciones cursaron el nivel secundario en el 54% y Ortega (16), halló que las madres cursaron el 69.3% del nivel secundario, ocupación su casa el 83%, estado civil conviviente el 68.6%; estos resultados son propios del contexto sociocultural donde las oportunidades de educación cada vez se hacen mayores teniendo la mayor concentración en el nivel secundario.

Las características obstétricas son: atención prenatal de 4 a 6 el 40.9% y mayor a 6 el 37.9%, similar a Añasco (13), donde las gestantes tuvieron de 6 a más controles prenatales el 97.4%. estos resultados probablemente sean resultado del interés de las obstetras quienes recuerdan constantemente la cita de las gestantes.

El espacio intergenésico fue de 2 a 5 años el 39.4%, menor a 2 años el 16.7% y no aplica el 30.3%; con antecedente de aborto el 18.2%; no hallando estudios para su comparación; sin embargo, aspectos teóricos enfatizan que un espacio intergenésico corto incrementa las probabilidades de complicaciones.

Respecto a la paridad, la multiparidad el 63.6%, primiparidad el 31.8%; no hallando estudios para su comparación; sin embargo, estos resultados

probablemente se deban a la cultura de las personas donde hay una aceptación limitada hacia los métodos de planificación familiar.

Las complicaciones obstétricas en el I trimestre son la amenaza de aborto el 22.7% y el aborto el 18.2%; en la II y III trimestre es la placenta previa el 9.1% seguido de la rotura prematura de membranas el 7.6% y en el feto se halló el sufrimiento fetal agudo; al respecto estudios refieren que en la Sierra hay mayor frecuencia de la rotura prematura de membranas (8); similares resultados a los estudios de Mejía et al (11) quien halló que el 14.3% pensó en abortar y el 35.7% no desea el embarazo, del mismo modo Campos (15), identificó en el I trimestre el aborto incompleto el 7.9%, II trimestre la anemia el 25% y la preeclampsia en el 5.8%; en oposición a los resultados se tienen diversos estudios entre ellos Martínez (10) quien halló la infección de las vías urinarias como complicación del embarazo, del mismo modo, Añasco (13), halló las complicaciones de anemia, hipertensión arterial y retención de restos placentarios y Pinto (14), identificó la anemia en el 21%, enfermedad hipertensiva del embarazo el 19.7%, rotura prematura de membranas el 11.1%, Ortega (16), anemia el 13.1%, infección de las vías urinarias el 7.8%, aborto el 4.6%, Chayña (17) encontró las complicaciones maternas como desgarros perineales el 27%, partos vaginales en el 67%, rotura prematura de membranas el 25% y anemia en el 67%; entre las complicaciones perinatales fueron el síndrome de dificultad respiratoria el 15%, sufrimiento fetal el 16%, bajo peso al nacer el 16%, Apgar bajo el 15% y Claros (23) y Claros (23), hallando las complicaciones del embarazo con mayores porcentajes la rotura prematura de membranas el 34.2%, preeclampsia severa el 25.8%, preeclampsia leve 18.3% y oligohidramnios el 11.7%. estos resultados podrían deberse a que en el estudio la anemia e infección de vías urinarias fueron considerados como enfermedades del embarazo, más no como complicaciones del embarazo puesto que las gestantes ingresan a cuadros de anemia desde el primer trimestre del embarazo, más aún si la gestante es adolescente porque la anemia es un problema de salud pública en esta etapa de vida.

CONCLUSIONES

1. Las características personales de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana son edad adulta el 63.6%, convivientes el 66.7%, escolaridad secundaria 69.7% y amas de casa el 36.4%.
2. Las características obstétricas de las gestantes son atenciones prenatales de 4 a 6 en el 40.9%, espacio intergenésico de 2 a 5 años el 39.4%, antecedente de aborto el 18.2% y multíparas el 31.8%.
3. Las complicaciones obstétricas maternas en el I trimestre son amenaza de aborto el 22.7% y aborto el 18.2%; en el II trimestre la placenta previa el 9.1% y la rotura prematura de membranas el 7.6%.
4. Las complicaciones obstétricas fetales presentadas son el sufrimiento fetal agudo el 16.7%.
5. Las complicaciones obstétricas en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana son aborto, sufrimiento fetal agudo, placenta previa y rotura prematura de membranas.

RECOMENDACIONES

1. Al director del Centro de Salud Huaccana, incentivar la capacitación del profesional obstetra para el manejo de las complicaciones obstétricas.
2. Al jefe del servicio de gineco-obstetricia, reforzar las visitas domiciliarias con participación de las obstetras para realizar la atención prenatal precoz y oportuna.
3. Al personal obstetra del Centro de Salud Huaccana, promover la participación oportuna de las gestantes en las atenciones prenatales para reforzar los signos y señales de peligro.
4. A las estudiantes de la segunda especialidad, seguir estudios de una de las complicaciones obstétricas más frecuentes en la zona y a nivel nacional.
5. A las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana, acudir al servicio de planificación familiar para evitar embarazos indeseados y por ende la frecuencia de abortos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

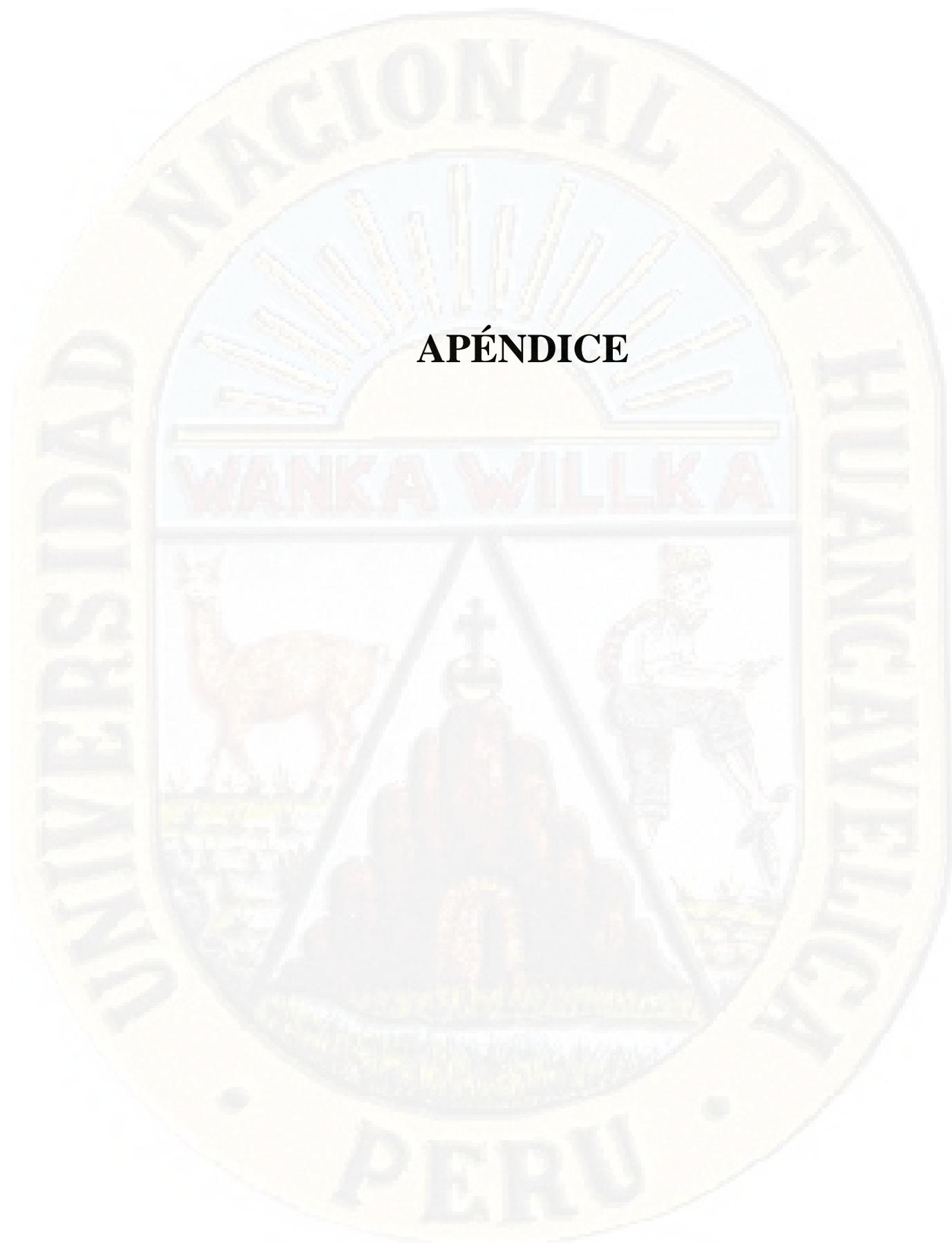
1. UNICEF. informe sobre embarazo y repercusión en la infancia, Quito Ecuador; 2014.
2. Lopez Narvaez V. Factores en el personal de salud que limitan al adolescente el acceso a los servicios de salud y reproducción para la prevención del embarazo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza octubre-diciembre 2016. 2019.
3. OMS. Definitions and indicators in family planning, maternal and child health and reproductive health [Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108284>].
4. Ministerio de Salud del Perú. Manejo estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales. 2011;Módulo 1.
5. ENDES - Marzo I. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar–ENDES. PERÚ[En Línea][Fecha de Acceso 15 de abril del 2014] Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/Libro.pdf>. 2013.
6. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES.(2017). Manual del Antropometrista.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Embarazo adolescente. 2017.
8. Pacheco-Romero J, Villacorta A, Del Carpio L, Velásquez É, Acosta O. Repercusión de la preeclampsia/eclampsia en la mujer peruana y su perinato, 2000-2006. Revista peruana de ginecología y obstetricia. 2014;60(4):279-90.
9. Health OW. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. 2012.
10. Martínez Galindo G, Blanco Chávez D. Complicaciones obstétricas y resultados perinatales adversos en pacientes adolescentes en el centro médico ISSEMYM ECATEPEC. 2014.
11. Mejía-Mendoza M, Laureano-Eugenio J, Saavedra-Serrano JA, Pereida-Díaz V, Llamas-Avelar V, Luévanos-Velázquez A. Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas atendidas en un centro de salud urbano de Jalisco, México. Salud Jalisco. 2018;2(1):35-41.

12. Minjarez-Corral M, Rincón-Gómez I, Morales-Chomina YA, Espinosa-Velasco MdJ, Zárate A, Hernández-Valencia M. Ganancia de peso gestacional como factor de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas. *Perinatología y reproducción humana*. 2014;28(3):159-66.
13. Añasco Hanco YV. Correlación de la ganancia excesiva de peso gestacional y complicaciones materno-fetales en gestantes con estado nutricional normal al inicio del embarazo atendidas en el Hospital Honorio Delgado Espinoza de enero-diciembre del 2018. 2019.
14. Pinto Ramos DV. Factores asociados a la muerte materna en pacientes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa del 2005 al 2017. 2018.
15. Campos Trujillo YE. Complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio en las gestantes adolescentes. Hospital Camana. Arequipa (abril 2017-abril 2018). 2019.
16. Ortega Aparco AF. “Complicaciones Obstetricas y Perinatales en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Pichanaqui, periodo de enero-diciembre del 2018 “. 2019.
17. Chayña Jallo CM, Orcco Quispe F. Complicaciones Materno Perinatales del Embarazo en Madres Adolescentes Atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Junio-Agosto 2017. 2018.
18. Rocío Flores-Venegas S, Germes-Piña F, Levario-Carrillo M. Complicaciones obstétricas y perinatales en pacientes con anemia. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*. 2019;87(2).
19. Maúrtua Blancas NA. Atención prenatal reenfocada y complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes de 18 a 35 años en el hospital maría auxiliadora. San Juan de Miraflores: octubre 2016 a mayo 2017-Lima. 2018.
20. Martínez M, Maribel M. “Complicaciones obstétricas en el tercer trimestre del embarazo en adolescentes, comparadas con madres no adolescentes en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de enero a diciembre 2015”. 2017.
21. Sierra AN, Robledo MQ, Chocó-Cedillos A. Estado nutricional de embarazadas con complicaciones obstétricas y neonatales atendidas en el Hospital Roosevelt. *Revista Científica de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia*. 2018;28(1):44-56.

22. Bottger Quiñones S. Complicaciones gineco-obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio inmediato–mediato en usuarias mayores de 35 años atendidas en el hospital regional de Huacho, 2015. 2017.
23. Claros Ramírez AA. Complicaciones del embarazo en adolescentes y adultas de 35 a más años. Hospital Sergio E. Bernales. 2014. 2016.
24. Arotoma Oré MI, Guzman Avalos M, Cayra Sahuanay O, Valencia Vera T. Patologías obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio de las adolescentes atendidas en el hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, 2009. 2011.
25. Esteves Bermejo SN. Complicaciones maternas asociadas al segundo embarazo en adolescentes. Hospital Sergio E. Bernales Collique. Octubre–diciembre 2014. 2015.
26. Gary Cunningham MD KLM, Steven Bloom MD, Jhon Hauth MD, Dwight Rouse MD, Catherine Spong MD. William´s Obstetricia. 2011;23.
27. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, Landon MB, Galan HL, Jauniaux ER, et al. Obstetricia: Embarazos normales y de riesgo: Elsevier Health Sciences; 2019.
28. Steer PJ. Maternal hemoglobin concentration and birth weight. The American journal of clinical nutrition. 2000;71(5):1285S-7S.
29. Martínez R, Ruiz S. Anemia en embarazadas ingresadas al programa de atención Prenatal del centro de Salud Bello amanecer. Quilah, Nueva Segovia, Semestre. 2004.
30. Iglesias Benavides JL, Tamez Garza LE, Reyes Fernández I. Anemia y embarazo, su relación con complicaciones maternas y perinatales. Medicina Universitaria. 2009;11(43):95-8.
31. Berghella V, Mackeen A, Jauniaux E. Parto por cesárea. Obstetricia: Embarazos normales y de problemas 7ª ed Philadelphia, PA: Elsevier. 2017.
32. Koch MO, Seltzer B, Pezzini A, Sciangula MD. Rotura prematura de membranas. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina N. 2008.
33. Alvarez G, Cruz J, Garau A, Lens VA. Infección urinaria y embarazo. Diagnóstico y terapéutica. Revista de posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. 2006;155:20-3.

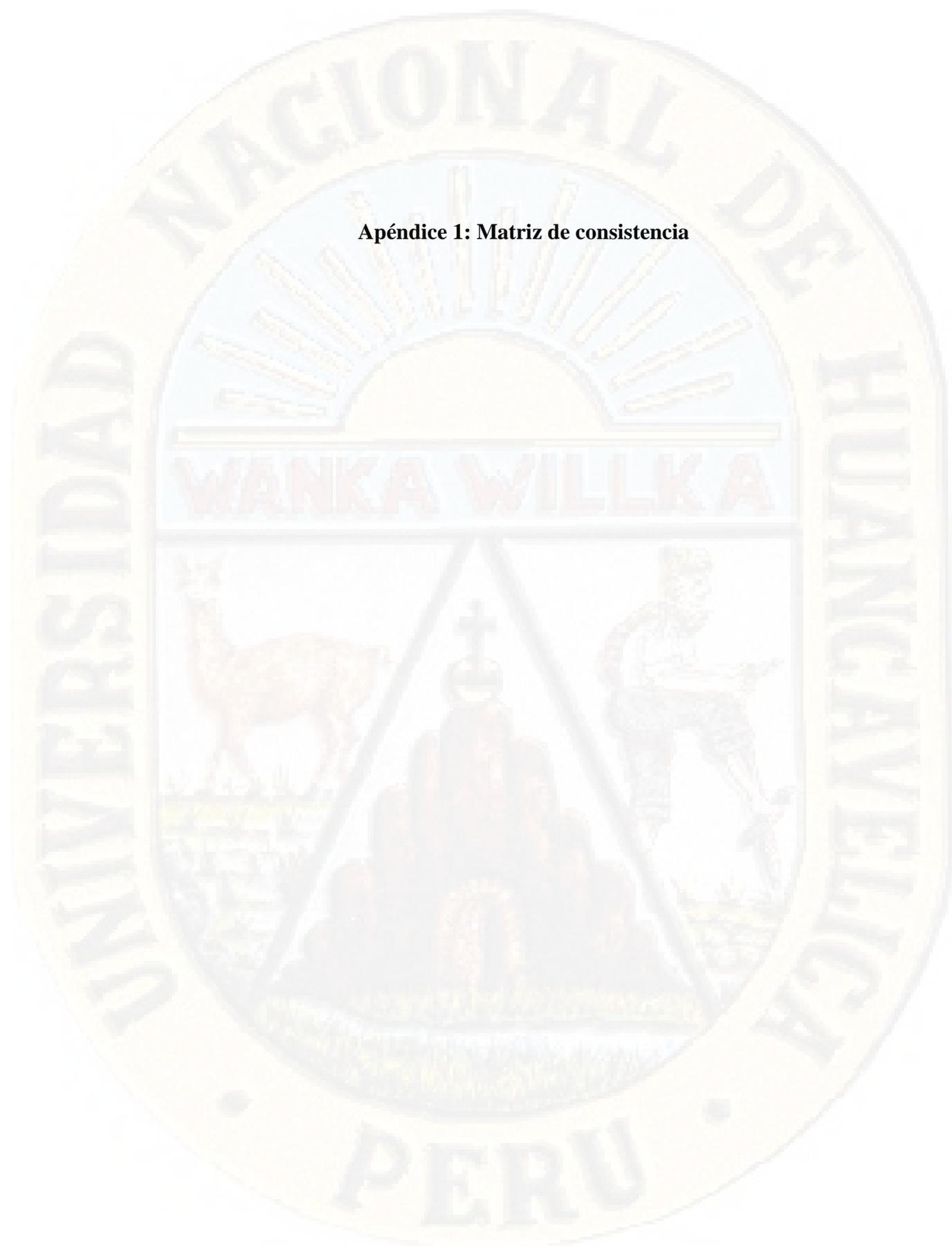
34. Hull A, Resnik R. Placenta previa, placenta accreta, abruptio placentae, and vasa previa. Philadelphia (PA): Maternal-Fetal Medicine Principles and Practices Saunders Elsevier. 2009:727.
35. Guerrero-Seide C, Soler-Serrano D, Chavez-Jiménez MSM, Noa-Matos D, Guerrero-Conty K. Morbilidad y mortalidad en neonatos menores de 35 semanas con tiempo de rotura de membranas. *Hombre, Ciencia y Tecnología*. 2006;10(1).
36. Bron Valer VY. Infección del tracto urinario en embarazadas. 2017.
37. Millar LK, Cox SM. Urinary tract infections complicating pregnancy. *Infectious Disease Clinics*. 1997;11(1):13-26.
38. Fournié A, Jalle T, Sentilhes L, Lefebvre-Lacœuille C. Infecciones urinarias en el embarazo. *EMC-Ginecología-Obstetricia*. 2008;44(4):1-9.
39. Williams JW, Cunningham FG, Gant NF. *Williams obstetricia: Médica Panamericana*; 2004.
40. Velázquez JFM. El manejo del aborto espontáneo y de sus complicaciones. *Gaceta Médica de México*. 2003;139(s1):47-54.
41. Maradiegue EE. Aborto como causa de muerte materna. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2006;52(3):150-3.
42. Pérez Sánchez A, Donoso Siña E. *Obstetricia Pérez Sánchez*. Mediterráneo. 1992;18:207-16.
43. Mongrut A. *Tratado de obstetricia normal y patológica*. Perú. 2000;200:652-5.
44. Cifuentes R. *Obstetricia de alto riesgo*: Imprenta Departamental del Valle; 1990.
45. Nieves MZ. Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta. *Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada*. 2015:2.
46. Valenti EA, Avila N, Amenabar S, Zanuttini E, Crespo H. RCIU (Restricción del Crecimiento intrauterino). Actualización de Consenso de Obstetricia FASGO. 2017.
47. Sepúlveda SE, Crispi BF, Pons GA, Gratacos SE. Restricción de crecimiento intrauterino. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2014;25(6):958-63.
48. Portella PP. Macrosomía fetal: Definición, Predicción, Riesgos y Prevención. *Revista peruana de Ginecología y Obstetricia*. 1993;39(17):42-50.

49. Battaglia FC, Lubchenco LO. A practical classification of newborn infants by weight and gestational age. *The Journal of pediatrics*. 1967;71(2):159-63.
50. Valls Hernández M, Safora Enriquez O, Rodríguez Izquierdo A, Lopez Rivas J. Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2009;35(1):0-.
51. Ministerio de Salud del Perú. Atención integral de salud materna. MINSA. 2008.
52. Ministerio de Salud. Atención Prenatal reenfocada. 2016;1:10-5.
53. Quito Pajares SP. Periodo Intergenésico prolongado como factor de riesgo asociado a Preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional docente de Trujillo en el periodo enero 2012-diciembre 2013. 2014.
54. Pacheco J. *Ginecología y Obstetricia*. 1° ed. edición, editor 1999. 1004 - 29 p.
55. Sánchez EB, Reyes C. *Metodología de la investigación: Centro de Estudios Demográficos*, Universidad de La Habana; 1994.
56. Supo JA. *Metodología de la Investigación*. Bioestadístico. 2012.

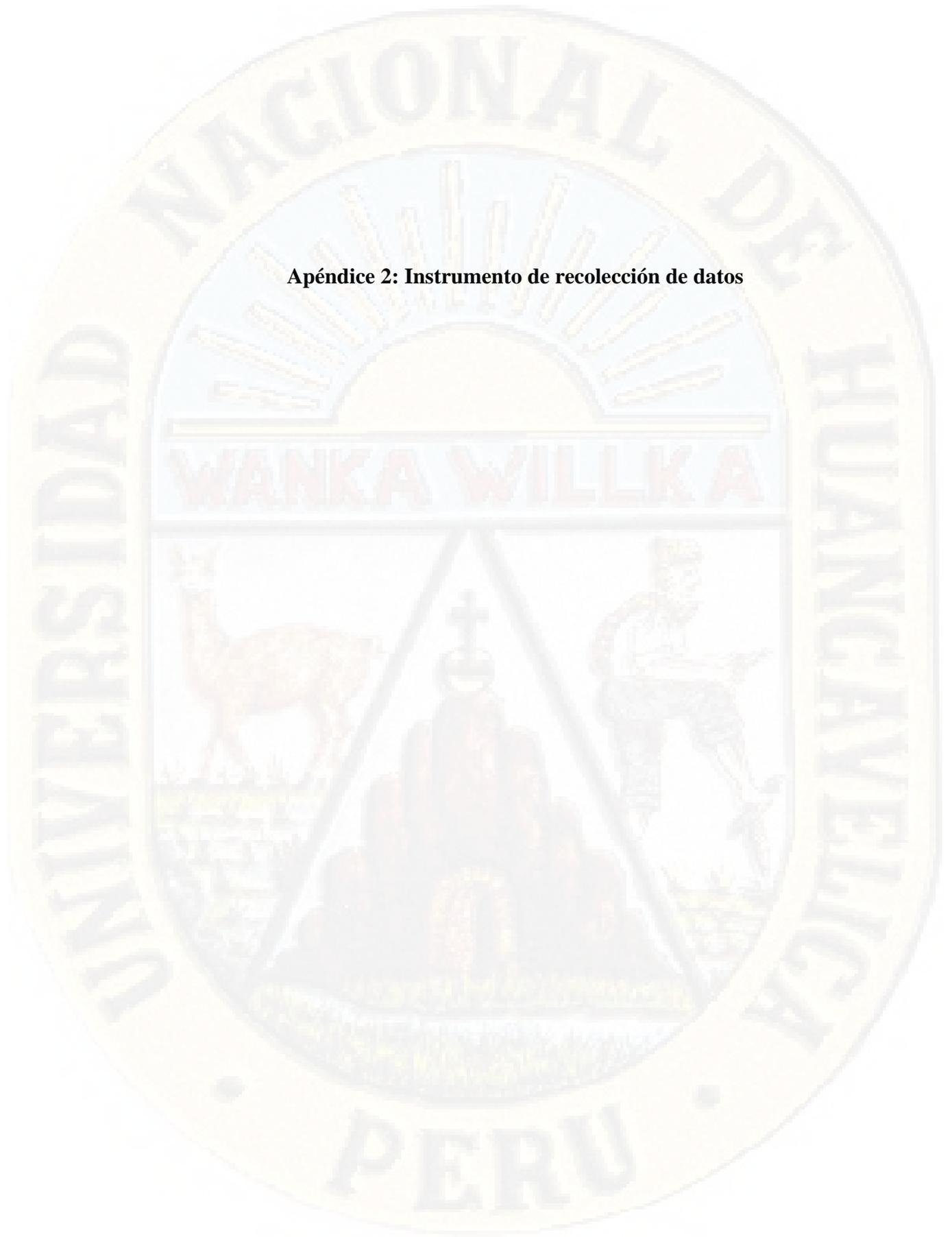


APÉNDICE

Apéndice 1: Matriz de consistencia



PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	METODOLOGÍA
<p>Problema general ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas frecuentes en gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana, Ayacucho durante el año 2016?</p> <p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las características personales de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana, Ayacucho durante el año 2016? • ¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana, Ayacucho durante el año 2016? • ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas durante el embarazo en gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana, Ayacucho durante el año 2016? • ¿Cuáles son las complicaciones fetales en gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana, Ayacucho durante el año 2016? 	<p>Objetivo general Determinar las complicaciones obstétricas frecuentes en gestantes atendidas en el Centro de salud de Huaccana, Ayacucho durante el año 2016.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las características personales de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana, Ayacucho durante el año 2016. • Describir las características obstétricas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana, Ayacucho durante el año 2016? • Describir las complicaciones obstétricas durante el embarazo en gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana, Ayacucho durante el año 2016 • Describir cuáles son las complicaciones fetales en gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana, Ayacucho durante el año 2016. 	<p>El embarazo se acompaña de un elevado riesgo de complicaciones para la salud del binomio madre niño, identificadas y monitorizadas por obstetras con el fin de realizar un diagnóstico oportuno para evitar secuelas posteriores; las complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes pueden ocurrir en las diferentes etapas el embarazo. En el Centro de Salud Huacana, la participación de las gestantes en los controles prenatales es variable por la constante migración; sin embargo, la atención por emergencias sobre complicaciones del embarazo, parto y puerperio son frecuentes.</p> <p>Además, los resultados del presente estudio, permiten proponer estrategias de atención para el diagnóstico oportuno de las patologías y la referencia oportuna para contribuir en la disminución de la morbilidad materno perinatal.</p>	Complicaciones obstétricas	<p>Características sociodemográficas</p> <p>Características obstétricas</p> <p>Complicaciones obstétricas</p>	<p>Edad</p> <p>Estado civil</p> <p>Grado de instrucción</p> <p>Dedicación</p> <p>Paridad</p> <p>Inicio de la APN</p> <p>Espacio intergenésico</p> <p>Antecedente de aborto</p> <p>Complicaciones obstétricas maternas en el I trimestre</p> <p>Complicaciones obstétricas maternas en el II y III trimestre</p> <p>Complicaciones obstétricas en el feto</p>	<p>Nivel de investigación</p> <p>El nivel descriptivo</p> <p>Tipo de investigación</p> <p>investigación observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo.</p> <p>Diseño de Investigación</p> <p>El estudio corresponde a un diseño descriptivo</p> <p>Esquema: M O M: gestantes del Centro de salud Huaccana O: complicaciones obstetricas</p> <p>Población, muestra, muestreo</p> <p>La población: Fueron todas las gestantes on complicaciones y fueron atendidas en el Centro de Salud Huaccana, 2016.</p> <p>Muestra: Se trabajó con todas las gestantes con infección del tracto urinario, atendidas en el C.S Huaccana, 2016.</p> <p>Procesamiento de datos</p> <p>Los datos se analizaron haciendo uso de la estadística descriptiva.</p>



Apéndice 2: Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELCA

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Instrucciones: Completar o marcar los datos solicitados de acuerdo a lo hallado en las historias clínicas, solo se excluyen aquellas historias clínicas en procesos judiciales o las que se hallan incompletas.

I. Características sociodemográficas

1.1. Edad materna:

Menor de 19 años () Entre 19 y 34 años () Mayor de 35 años ()

1.2. Estado civil:

Casada () Conviviente () Soltera ()
Divorciada()

1.3. Grado de instrucción:

Ninguno () Primaria () Secundaria() Superior ()

1.4. Dedicación:

Ama de casa () Estudios () Trabajo independiente()
Trabajo dependiente ()

II. Características obstétricas

2.1. Atención prenatal

Menor a 4 () De 4 a 6 () Mayor a 6 ()

2.2. Inicio de APN (en semanas):

2.3. Espacio intergenésico

Menor de 2 años () De 2 a 5 años () Mayor de 5 años()
No aplica ()

2.4. Antecedente de aborto

Si () No ()

2.5. Paridad

Primiparidad () Multiparidad () Gran multiparidad()

III. Complicaciones obstétricas

I mitad del embarazo

- Amenaza de aborto Si () No ()
- Aborto Si () No ()
- Embarazo ectópico Si () No ()
- Enfermedad molar Si () No ()
- Infección urinaria Si () No ()

II y III mitad del embarazo

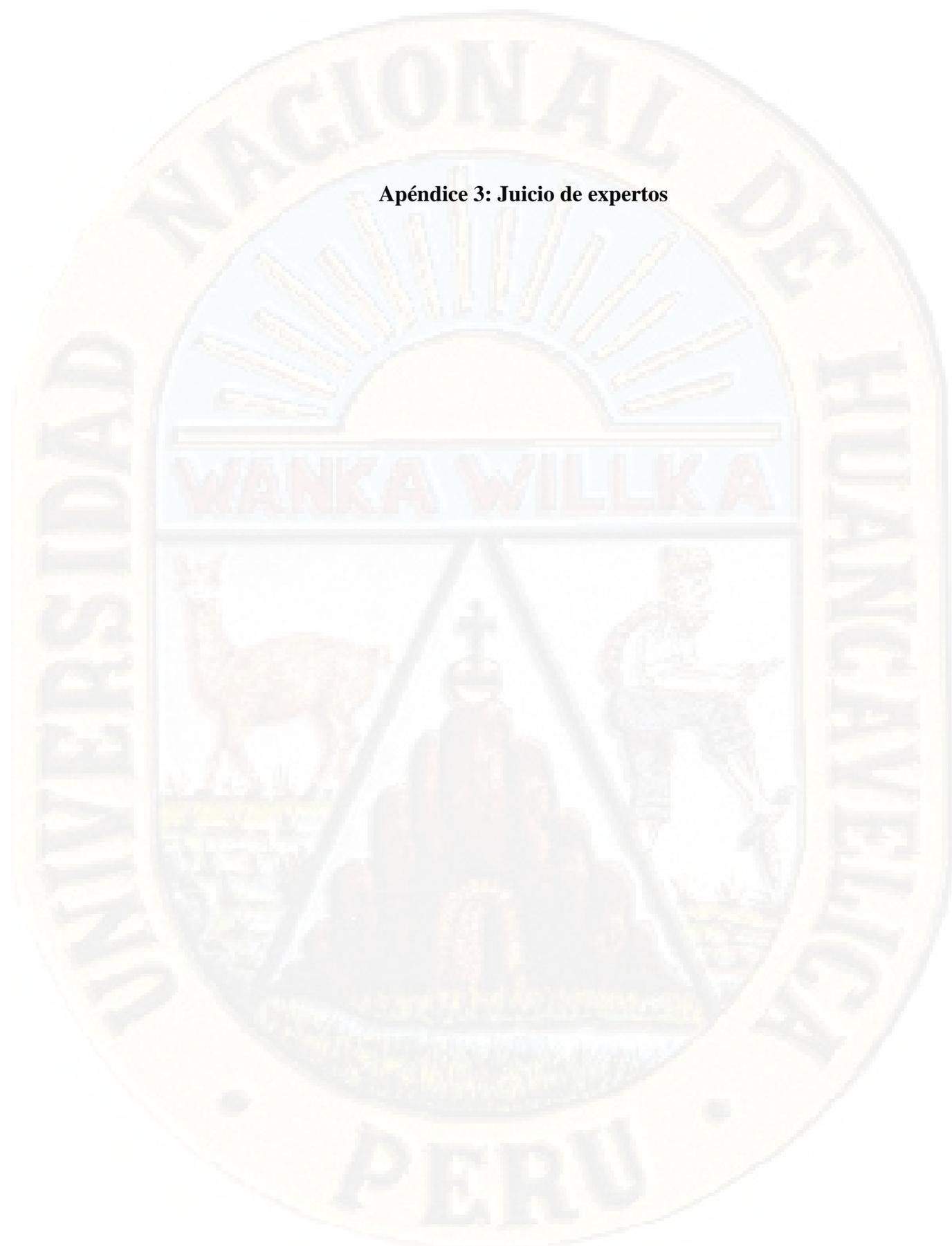
- Preeclampsia Si () No ()
- Placenta previa Si () No ()
- Desprendimiento prematuro de placenta Si () No ()
- Amenaza de parto prematuro Si () No ()
- Parto pretérmino Si () No ()
- Rotura prematura de membranas Si () No ()
- Embarazo prolongado Si () No ()

Complicaciones en el feto

- Restricción del crecimiento intrauterino Si () No ()
- Macrosomía fetal Si () No ()
- Sufrimiento fetal agudo Si () No ()
- Ninguno ()

Muchas gracias

Apéndice 3: Juicio de expertos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creada por Ley 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

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

Instrumento: Ficha de registro de datos

Investigación: Complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana, 2016.

1. DATOS GENERALES

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

2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN

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

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

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

CALIFICACIÓN GLOBAL:

$$\text{Coeficiente de validez} = \frac{1x A + 2x B + 3x C + 4x D + 5x E}{50}$$
$$= \text{-----}$$

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

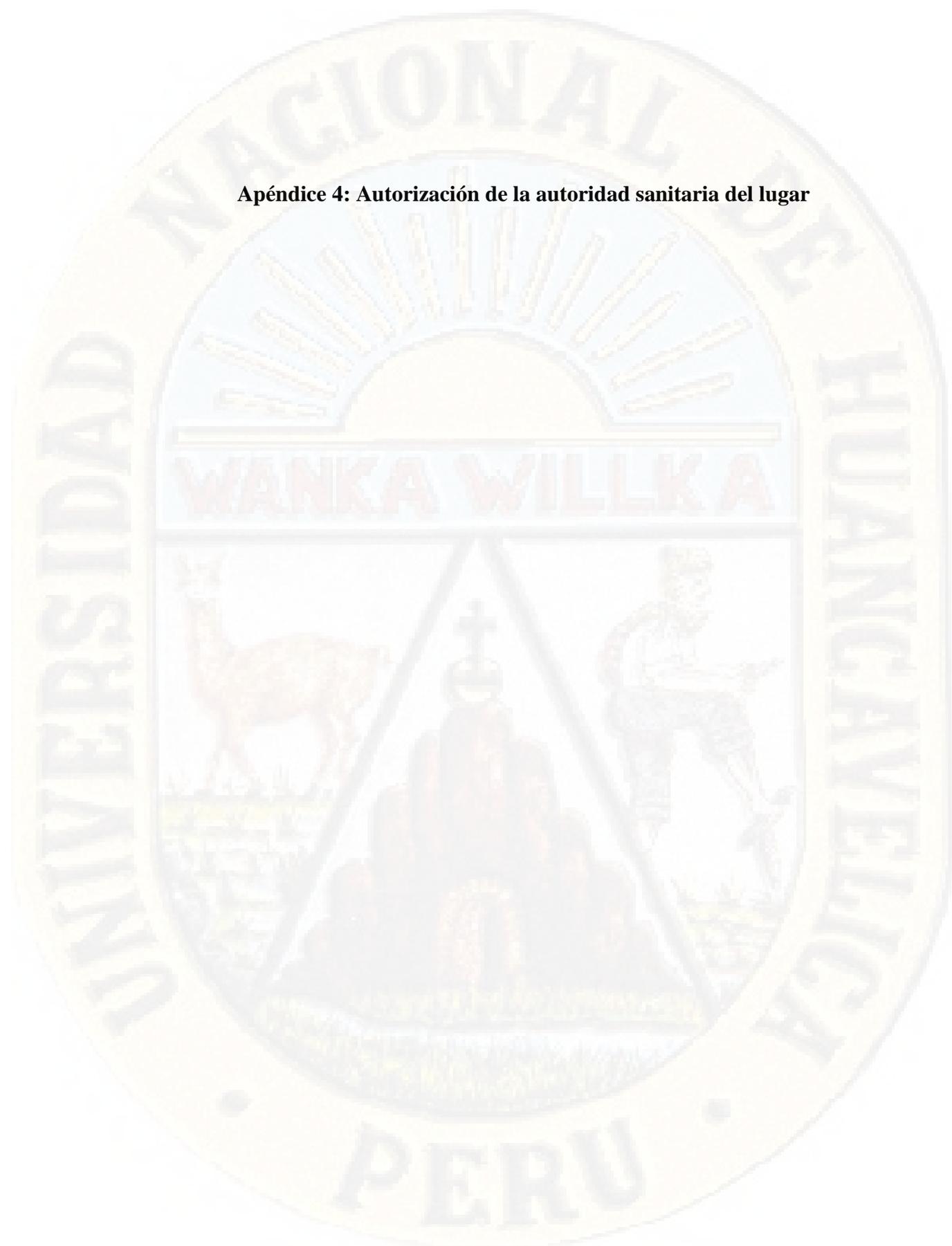
CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	<input type="radio"/>	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	<input type="radio"/>	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	<input type="radio"/>	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	<input type="radio"/>	<0,81 – 1,00]

4. **RECOMENDACIONES:**

.....
.....
.....

.....
Firma del Juez

Apéndice 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: AUTORIZACION PARA
REVISAR LAS HISTORIAS CLINICAS
Y REGISTROS

Señor:
JEFE DEL CENTRO DE SALUD HUACCANA

Ninfa Pamela Yangali Cancho, obstetra de
profesión tesista de la Universidad Nacional de
Huancavelica, ante usted me presento y
expongo:

Que, contando con mi proyecto de investigación aprobado, cuyo título es “Complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana, 2016”, cuyos resultados le serán compartidos para la institución; Solicito la autorización para poder ingresar al ambiente de historias clínicas y demás registros de las gestantes atendidas durante el año 2016 y lograr los objetivos trazados en el proyecto.

Por tanto, solicito a usted, la atención correspondiente.

Huancavelica, enero de 2017.

Ninfa Pamela, Yangali Cancho
Obstetra