UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

(CREADA POR LEY Nº25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TESIS

Complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio en madres atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD MATERNO PERINATAL Y NEONATAL

PRESENTADO POR: Obsta. Valverde Gonzales, Lina América

Obsta. Tenorio Landeo, Lilia Delcy

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

HUANCAVELICA – PERÚ
2020

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad de Huancavelica a los ocho días del mes de septiembre a las 11:20 horas del año 2020 se reunieron los miembros del Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) Egresado(a):

VALVERDE GONZALES, LINA AMERICA
TENORIO LANDEO, LILIA DELCY

Siendo los Jurados Evaluadores:

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

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MADRES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LOS LICENCIADOS, AYACUCHO 2018

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° 084-2020–D-FCS-R-UNH concluyendo a las 12:00 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, 08 de septiembre del 2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
DECANA
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Jenny MENDOZA VILCAHUAMAN
DOCENTE
SECRETARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dr. Rossibel Juana Muñoz De La Torre
DOCENTE
VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
DECANA
VºBº DECANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA DOCENTE
Kelly Y. Riveros Laurente
OBSTETRA
C.O.P. N°36755
VºBº SECRETARIA DOC.

TÍTULO DE LA TESIS

Complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio en madres atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.

Autor: Obsta. Valverde Gonzales, Lina América

Obsta. Tenorio Landeo, Lilia Delcy

Asesor: Dr. Leonardo Leyva Yataco

Dedicatoria

A ustedes mamita Eugenia y papito Ernesto, por su gran amor y abnegación. Gracias a su sabiduría influyeron en mí la madurez y la perseverancia para lograr mis objetivos. Desde lo más profundo de mi ser este trabajo, en agradecimiento a su infinito amor. Que Dios los tenga en su Santa Gloria.

Lilia Delcy Tenorio Landeo

A mis padres; que sin ellos no hubiera logrado una meta más en mi vida profesional.
Mamá América, gracias por estar a mi lado en esta etapa de la especialidad, tu apoyo moral y entusiasmo que me brindaste para seguir adelante en mis propósitos.
Papá Faustino (Q.E.P.D) por el tiempo que estuviste conmigo, compartiendo tu sabiduría, gracias por tu cariño.
A mi esposo e hijas; por su comprensión, apoyo y amor.
A dios; por darme vida, salud y sabiduría a lo largo de la vida.

Lina América Valverde Gonzales

Agradecimiento

A Dios por brindarme vida y salud.
A mis hijos Leicy Neruya y Milton Joaquín, por ser aliciente para mi continua superación.
A mi esposo Milton Edmundo, mi compañero de vida, por su apoyo incondicional y comprensión.
A mis padres, Marino y Leonor, por su aliento constante en el logro de mis objetivos.

Lilia Delcy Tenorio Landeo

Agradecemos a nuestro Asesor Dr. Leonardo Leyva, quien nos brindó su valiosa y desinteresada orientación y guía en la elaboración del presente trabajo de investigación para el título de la especialidad.
A mi familia por su apoyo emocional y estimulo.
A todas las personas que en una u otra forma me apoyaron en la realización de este trabajo.

Lina América Valverde Gonzales

TABLA DE CONTENIDO

Portada i

Acta de Sustentación ii

Título iii

Autor iv

Asesor v

Dedicatoria vi

Agradecimiento vii

Índice viii

Índice de tablas x

Resumen xi

Abstract xii

Introducción xiii

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema 15

1.2. Formulación del problema 17

1.3. Objetivos de la investigación 17

1.4. Justificación 18

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación 20

2.2. Bases teóricas 23

2.3. Definición de términos 55

2.4. Identificación de variables 56

2.5. Operacionalización de variables 57

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación 58

3.2. Nivel de investigación 58

3.3. Métodos de investigación 58

3.4. Diseño de investigación 59

3.5. Población, muestra y muestreo 59

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 60

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos 60

CAPÍTULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1. Presentación e interpretación de datos 61

4.2. Discusión de resultados 70

Conclusiones 74

Recomendaciones 75

Referencias bibliográficas 76

Anexos: 81

Anexo 1: Matriz de consistencia 82

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos 85

Anexo 3: Juicio de expertos 88

Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar 91

Tabla de Contenido de Cuadros

Tabla 1.	Edad de las pacientes con complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio; atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018	61
Tabla 2.	Nivel de instrucción y estado civil de la madre con complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio; atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018	62
Tabla 3.	Características obstétricas de las madres con complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio; atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018	63
Tabla 4.	Características de las madres con complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio; atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018	64
Tabla 5.	Antecedentes familiares y personales; de las madres con complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio; atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018	65
Tabla 6.	Complicaciones obstétricas en el embarazo en las pacientes atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018	67
Tabla 7.	Complicaciones obstétricas en el parto en las pacientes atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018	68
Tabla 8.	Complicaciones obstétricas en el puerperio en las pacientes atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018	69

Resumen

Objetivo. Determinar las complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio; atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018. **Método**. La investigación fue observacional, retrospectiva, transversal de nivel descriptivo. El método fue inductivo, diseño descriptivo simple. La población fueron todas las pacientes con complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018; que según registros estadísticos fueron un total de 124 pacientes. La muestra fue censal. La técnica fue el análisis documental, el instrumento la ficha de recolección de datos. **Resultados.** La edad promedio de las pacientes con complicaciones obstétricas fue de 26.6 años. El 44.4% no llegaron a tener secundaria completa. El 78.2% (97) fueron convivientes, el
12.9% (16) fueron solteras y el 8.9% (11) fueron casadas. La edad gestacional promedio en la primera atención prenatal fue de 15.6 semanas. La edad gestacional promedio al presentar la complicación fue de 24.8 semanas. Las complicaciones obstétricas en el embarazo fueron; amenaza de parto pretérmino 21% (26), ruptura prematura de membranas 16.9% (21), hiperémesis gravídica 7.3% (9), preeclampsia 4.8% (6), amenaza de aborto 2.4% (3); oligohidramnios, placenta previa y corioamnionitis, se presentaron en un 1.6% cada uno; la hemorragia de la segunda mitad, restricción del crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal agudo se presentaron en un 0.8% cada uno. Las complicaciones obstétricas en el parto fueron; desgarro del canal del parto 8.1% (10), sufrimiento fetal agudo 8.1% (10), distocia funicular 6.5%
(8), trabajo de parto prolongado 6.5% (8), distocia de hombros 5.6% (7), en un 4% cada uno se encontró el desgarro cervical, dilatación estacionaria, parto pretérmino y retención placentaria respectivamente; en proporciones mínimas se encontraron preeclampsia, trabajo de parto precipitado, hipersistolía, macrosomía fetal, distocia de presentación, acretismo placentario, cordón breve e incompatibilidad céfalo pélvica. Las complicaciones obstétricas en el puerperio fueron; retención de restos placentarios 12.1% (15), pielonefritis 5.6% (7), atonía uterina 4% (5), hemorragia puerperal 1.6%
(2), sepsis 1.6% (2) y convulsiones 0.8% (1). **Conclusiones.** Las complicaciones obstétricas más frecuentes en el embarazo fueron la amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, hiperémesis gravídica y la preeclampsia; en el parto fueron el desgarro del canal del parto, sufrimiento fetal agudo, distocia funicular, trabajo de parto prolongado y la distocia de hombros; en el puerperio fueron la retención de restos placentarios, la pielonefritis y la atonía uterina.

Palabras clave: Complicación obstétrica, embarazo, parto, puerperio.

Abstract

Objective. Determine obstetric complications in pregnancy, childbirth, and the puerperium; attended at the Los Licenciados Health Center, Ayacucho 2018. **Method.** The research was observational, retrospective, cross-sectional at the descriptive level. The method was inductive, simple descriptive design. The population was all patients with obstetric complications in pregnancy, childbirth, and the puerperium attended at the Los Licenciados Health Center, Ayacucho 2018; which according to statistical records were a total of 124 patients. The sample was census. The technique was documentary analysis, the instrument the data collection form. **Results**. The average age of patients with obstetric complications was 26.6 years. 44.4% did not have complete secondary school. 78.2% (97) were cohabiting, 12.9% (16) were single and 8.9% (11) were married. The average gestational age in the first prenatal care was 15.6 weeks. The average gestational age when presenting the complication was 24.8 weeks. Obstetric complications in pregnancy were; threatened preterm delivery 21% (26), premature rupture of the membranes 16.9% (21), gravid hyperemesis 7.3% (9), pre-eclampsia 4.8% (6), threatened abortion 2.4% (3); oligohydramnios, placenta previa and chorioamnionitis, presented in 1.6% each; Second half hemorrhage, intrauterine growth restriction, and acute fetal distress occurred at 0.8% each. Obstetric complications in delivery were; tear of the birth canal 8.1% (10), acute fetal distress 8.1% (10), funicular dystocia 6.5% (8), prolonged labor 6.5% (8), shoulder dystocia
5.6% (7), in 4 % each found cervical tear, stationary dilation, preterm delivery and placental retention, respectively; in minimal proportions preeclampsia, hasty labor, hypersystolia, fetal macrosomia, presenting dystocia, placental accretion, short cord, and pelvic cephalic incompatibility were found. Obstetric complications in the puerperium were; retention of placental remains 12.1% (15), pyelonephritis 5.6% (7), uterine atony 4% (5), puerperal hemorrhage 1.6% (2), sepsis 1.6% (2) and seizures 0.8% (1). **Conclusions.** The most frequent obstetric complications in pregnancy were the threat of preterm delivery, premature rupture of the membranes, hyperemesis gravidarum and preeclampsia; at delivery were tearing of the birth canal, acute fetal distress, funicular dystocia, prolonged labor and shoulder dystocia; in the puerperium they were the retention of placental remains, pyelonephritis and uterine atony.

Keywords: Obstetric complication, pregnancy, childbirth, puerperium.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud estimó ya hace más de dos décadas que 20 millones de mujeres tenían complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio con diferentes posibilidades de secuelas (1).

Muchos países consideran importante el estudio de la morbilidad materna extremadamente grave como clave imprescindible para avanzar no sólo en el conocimiento acerca de los factores de riesgo durante gestación, parto y puerperio, sino, como poderosa herramienta para el desarrollo del cuidado obstétrico (3).

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos; la mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la atención prenatal (4). Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto), las infecciones (generalmente tras el parto), la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), complicaciones en el parto y los abortos peligrosos (4).

Según el Ministerio de Salud del Perú (2016), las principales causas de mortalidad materna fueron las obstétricas indirectas (33%), hemorragia (24%), enfermedades hipertensivas (21%), sepsis (15%) y las obstétricas directas (7%); las muertes maternas fueron en los establecimientos de salud (64%), seguido del domicilio (25%) (5).

En el Hospital Regional de Ayacucho la principal causa de complicaciones materno perinatales fueron las infecciones de tracto urinario, en un 45,2%; de los cuales se presentaron complicaciones maternas como: Aborto, amenaza de parto pretérmino, parto pretérmino y ruptura prematura de membranas (8).

El embarazo, el parto y puerperio son situaciones normales del periodo reproductivo; pero bajo ciertas circunstancias, pueden complicarse, algunas de estas complicaciones

no pueden ser prevenidas y se desarrollan en forma aguda, aún en pacientes sin factores de riesgo y en algunos casos terminar en una muerte materna. Es por ello que resulta de gran importancia reconocer en forma temprana y oportuna las complicaciones obstétricas que ponen en peligro la vida de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio; a fin de poder realizar una intervención inmediata y adecuada, para evitar las complicaciones mas graves y la muerte de la mujer.

Las mujeres de la región Ayacucho, no son ajenas a estos problemas obstétricos; así mismo considerando que en la actualidad existen escasos trabajos sobre este tema, nos vimos motivadas a realizar la investigación sobre complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio.

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

CAPÍTULO I
EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud estimó ya hace más de dos décadas que 20 millones de mujeres tenían complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio con diferentes posibilidades de secuelas (1).

Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio (2). En 2015 se estimaron unas 303,000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos; prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado (2). Muchos países consideran importante el estudio de la morbilidad materna extremadamente grave como clave imprescindible para avanzar no sólo en el conocimiento acerca de los factores de riesgo durante gestación, parto y puerperio, sino, como poderosa herramienta para el desarrollo del cuidado obstétrico (3).

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos; la mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la atención prenatal (4). Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto), las infecciones (generalmente tras el parto), la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), complicaciones en el parto y los abortos peligrosos (4).

Según el Ministerio de Salud del Perú (2016), las principales causas de mortalidad materna fueron las obstétricas indirectas (33%), hemorragia (24%), enfermedades hipertensivas (21%), sepsis (15%) y las obstétricas directas (7%); las muertes maternas fueron en los establecimientos de salud (64%), seguido del domicilio (25%); la mayoría de las madres vivía en pareja: convivencia (67%) y casadas (15,3%); su ocupación principal era ser amas de casa (79,9%) y con mayor grado de estudio de secundaria (40,8%); sobre la edad, el 12% tenía de 10 a 19 años (adolescentes) y el 10%, más de 40 años; la mayoría murió durante el puerperio (63%) (5).

En Ayacucho (2016), las principales complicaciones que causaron muerte materna fueron las hemorragias obstétricas, los trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio; además, de complicaciones no obstétricas (6).

El embarazo, el parto y puerperio son situaciones normales del periodo reproductivo; pero bajo ciertas circunstancias, pueden complicarse, algunas de estas complicaciones no pueden ser prevenidas y se desarrollan en forma aguda, aún en pacientes sin factores de riesgo y en algunos casos terminar en una muerte materna. Es por ello que resulta de gran importancia reconocer en forma temprana y oportuna las complicaciones obstétricas que ponen en peligro la vida de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio; a fin de poder realizar una intervención inmediata y adecuada, para evitar las complicaciones mas graves y la muerte de la mujer.

Las mujeres de la región Ayacucho, no son ajenas a estos problemas obstétricos; así mismo considerando que en la actualidad existen escasos trabajos sobre este tema, nos vimos motivadas a realizar la investigación sobre complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio; atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuáles son las características de las pacientes con complicaciones obstétricas, atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018?

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas en el embarazo, en las madres atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018?

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas en el parto, en las madres atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018?

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas en el puerperio, en las madres atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar las complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio; atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar las características de las pacientes con complicaciones obstétricas, atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.

Identificar las complicaciones obstétricas en el embarazo, en las madres atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.

Identificar las complicaciones obstétricas en el parto, en las madres atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.

Identificar las complicaciones obstétricas en el puerperio, en las madres atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.

1.4. Justificación

La Organización Mundial de la Salud estimó ya hace más de dos décadas que 20 millones de mujeres tenían complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio con diferentes posibilidades de secuelas (1). Así mismo considera que el cuidado materno es una prioridad, que debe formar parte de las políticas públicas para mejorar los resultados del embarazo y prevenir la morbimortalidad materna y perinatal (7).

Muchos países consideran importante el estudio de la morbilidad materna extremadamente grave como clave imprescindible para avanzar no sólo en el conocimiento acerca de los factores de riesgo durante gestación, parto y puerperio, sino, como poderosa herramienta para el desarrollo del cuidado obstétrico (3).

En el Hospital Regional de Ayacucho la principal causa de complicaciones materno perinatales fueron las infecciones de tracto urinario, en un 45,2%; de los cuales se presentaron complicaciones maternas como: Aborto, amenaza de parto pretérmino, parto pretérmino y ruptura prematura de membranas (8).

Una complicación obstétrica detectada a tiempo puede ser tratada oportunamente, disminuyendo el riesgo del agravamiento de la complicación, que se relaciona no solo con las tasas de morbilidad y mortalidad materna; sino también con la muerte perinatal.

Es importante recordar que las complicaciones obstétricas no solamente producen las muertes maternas, sino que cuando no se realiza un abordaje adecuado o se realiza de manera tardía las mujeres llegan a sufrir complicaciones muy graves que permite clasificarlas como “morbilidad materna severa” y como consecuencia de éstas pueden quedar secuelas que afecten el desarrollo de vida cotidiano de las mujeres de manera permanente.

Los resultados de esta investigación permitirán implementar intervenciones sanitarias oportunas acordes al contexto en promoción de la salud, prevención y manejo clínico por personal capacitado; permiten el manejo adecuado de estas complicaciones.

El conocimiento de las características de las pacientes con complicaciones obstétricas permitirá brindar una mejor atención sanitaria acorde al contexto andino.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Andrade y Cedeño (9), investigaron control prenatal y complicaciones obstétricas; con el objetivo de determinar la importancia del control prenatal en las principales complicaciones obstétricas en los países de Colombia, Perú y Ecuador; metodología: cuantitativa, descriptiva, documental y transversal para brindar información clara, precisa y actualizada; revisiones bibliográficas sistemáticas; resultados: en Colombia una muestra de 2199 gestantes, se identificó que 1260 (57,2%) se realizaban atención prenatal (APN), de éstas 378 (17,1%) presentaron trastornos hipertensivos (TH), 49 (2,2%) hemorragia postparto (HPP) y 46 (2%) sepsis, mientras que 787 (35,7%) sin complicaciones; 939 (42,8%) las gestantes sin APN presentaron TH 572 (26%), HPP 127(5,7%), sepsis 72 (3,2%), mientras que 168 (7,6%) sin complicaciones; en Perú con una muestra de 651 gestantes, 381 (58,5%) se realizaron APN, no obstante 109 (16,7%) presentaron TH, 23 (3,5%) HPP, 14 (2,1%) sepsis y 235 (36%) sin complicaciones; 270 (41,5%) las gestantes sin APN manifestando TH 119 (18,2%), HPP 44 (6,7%), sepsis 76 (11,6%) y sin complicaciones 31 (4,7%); en Ecuador una muestra de 13747 gestantes, 4402 (32%) cumplieron con APN, sin embargo, la aparición de TH 1375 (10%), HPP 104 (0,7%), sepsis 75 (0,5%) y sin complicaciones 2848 (20,7%); sin APN fueron 9345 (68%) de las cuales 4968 (36,1%) presentaron TH, 1982 (14,4%) HPP, 768 (5,5%) sepsis y 1627 (11,8%) sin complicaciones; los controles prenatales en los 3 países tienen mucha similitud, se rigen a normas de la OMS; Conclusión: Se puede concluir señalando la importancia de las atenciones prenatales para detección y prevención de complicaciones obstétricas, puesto que al existir deficiente atención prenatal la posibilidad de complicaciones es

mayor, de acuerdo a los países de estudio, Ecuador posee el menor índice de APN con mayor influencia de TH y HPP seguido de Colombia con TH, mientras que en Perú mayor casos de sepsis.

Suraez et al (10), investigaron sobre Complicaciones Obstétricas, con el objetivo de determinar las complicaciones obstétricas de las pacientes que acuden al Ambulatorio de Caburé, Municipio Petit, Estado Falcón, periodo marzo-agosto 2018; esta investigación fue de tipo descriptiva, prospectiva, con diseño no experimental, de corte transversal, con una población de 40 embarazadas; resultados: La edad promedio está comprendida entre 21-25 años con un 42,5%; Entre las complicaciones obstétricas: un 25% presento infección del tracto urinario, 20% infección vaginal, 7,5 % preeclampsia-eclampsia, 7,5% anemia, un 5% oligoamnios y amenaza de aborto; El 72,5% de la muestra presentó un riesgo obstétrico moderado, 17,5% presentaron bajo riesgo, y el 10% alto riesgo; Conclusión: las complicaciones obstétricas más comunes que se han identificado en esta investigación, fueron: infección del tracto urinario, infección vaginal, preeclampsia-eclampsia, anemia, parto pre término.

Pollo Martel (11), investigo sobre factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio; con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano - Huánuco 2018; resultados: el grupo que mayor prevaleció fueron las de las edades de entre 25 a 39 años con el 36%, estado civil conviviente con el 54%, escolaridad se obtuvo que el 47%, tenía el nivel de escolaridad secundario, ocupación de la población estudiada tenemos: que las amas de casa alcanzaron un 71%, procedencia de la zona urbana con el 51%, atención pre natal recibida el 90% si recibieron atención pre natal, paridad, el 51% fueron multíparas, tipo de parto, que el 46% terminó en una cesárea, referente a los factores de riesgo durante el embarazo, en los resultados

obtenidos se pueden evidenciar los siguientes: En primer lugar la ITU con el 21%, seguida de las hemorragias de la primera mitad del embarazo con el 19%, luego la anemia con el 13%, factores de riesgo durante el parto, mientras que la RPM se dio en el 7%, otros factores un 6%, factores de riesgo durante el periodo de dilatación RPM el 5%, otros factores el 4% hipo actividad uterina el 2%, factores de riesgo durante el periodo expulsivo el 6% el expulsivo prolongado, factores de riesgo durante el periodo de alumbramiento, atonía uterina con el 3%, factores de riesgo durante el puerperio fueron: Retención de restos placentarios el 11%.

Núñez et al (12); investigaron sobre complicaciones obstétricas, con el objetivo de evaluar las complicaciones obstétricas asociadas al control prenatal inadecuado en las puérperas atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo, en Lima (Perú); materiales y métodos: estudio analítico transversal donde se evaluaron 66 registros de puérperas atendidas en un centro materno infantil peruano; se registraron las características sociodemográficas, las complicaciones de acuerdo a la historia clínica y el número de controles prenatales (CPN) de acuerdo al carné perinatal; se consideró como control inadecuado aquel que presentó menos de seis CPN o que estos no se distribuyeran durante todos los trimestres del embarazo; el análisis se realizó en STATA, donde se mostraron prevalencias de cada complicación; las asociaciones fueron evaluadas mediante la prueba Chi cuadrado de Pearson y la razón de prevalencia, con su respectivo intervalo de confianza al 95%; la diferencia de medias fue evaluada mediante la prueba T de Student; resultados: El 39,39% de las gestantes presentaron un CPN inadecuado, la inadecuada ganancia de peso (IC 95%: 54,99-78,34%), infecciones del tracto urinario (IC 95%: 45,55-69,81%) y la anemia (IC 95%: 25,86-49,89%) fueron las complicaciones más prevalentes en gestantes del primer nivel de atención sanitaria; el CPN inadecuado resultó ser un factor de riesgo significativo de infecciones del tracto urinario (OR: 1,54; IC 95%: 1,03-2,3) y anemia (OR: 1,96; IC 95%: 1,05- 3,64); el número de complicaciones obstétricas fue mayor

en quienes presentaron un CPN inadecuado (p = 0,008); Conclusión: La presencia de anemia e infecciones del tracto urinario se asociaron a CPN inadecuados.

Ramírez (13); investigo sobre las complicaciones obstétricas en madres adolescentes y adultas; con el objetivo de determinar las principales complicaciones obstétricas en madres adolescentes y adultas en el Hospital de Ventanilla de enero a diciembre del 2017; materiales y método: descriptivo simple, la población de 1626 mujeres, siendo la muestra 104 madres adolescentes y 104 adultas; resultados: la complicación en la gestación fue infección del tracto urinario con 21,2% (22) en adolescentes y 37,5% (39) en gestantes adultas, el 10,6% (11) de madres adolescentes presentaron ruptura prematura de membranas y en adultas fue el 21,2% (22); Además 38% (40) de madres adolescentes tuvieron anemia al igual que las adultas con 38,5% (40); en cuanto a las complicaciones durante el parto, la más frecuente fue desgarro perineal siendo el 17,3% (18) de adolescentes y 6,7% (7) en mujeres adultas; Además, durante el puerperio se observó que la complicación más frecuente fue infección del tracto urinario; 15,4% (16) de adolescentes y el 20,2% (21) de adultas; seguidamente de anemia en el post parto con 10,6% (11) y 22,1%
(23) de madres adolescentes y adultas respectivamente; Conclusiones: las complicaciones obstétricas que se presentaron en mayor porcentaje en adolescentes fue: desgarro perineal, mientras que las adultas presentaron en mayor porcentaje de ruptura prematura de membranas, infección del tracto urinario y anemia post parto.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Panorama de las complicaciones obstétricas.

Los cambios sociales a nivel mundial han modificado las condiciones para concebir en estado de salud o enfermedad; hoy en día se presentan situaciones diferentes que modifican el curso de la gestación: los adelantos obstétricos, las técnicas de reproducción asistida y el

desarrollo de las unidades de cuidados intensivos han conseguido disminuir las tasas de mortalidad perinatal de 5 a 10 por cada 1,000 nacidos vivos en los países desarrollados, aunque en los países en vías de desarrollo las tasas superan los 35 por cada 1,000 (14). Los casos de mujeres primíparas añosas, embarazos múltiples, embarazos en mujeres trasplantadas de riñón, hígado y corazón ya no resultan excepcionales si se conoce de antemano el incremento de riesgo para el feto y para la madre. Estos cambios han permitido que la mujer se incorpore al mercado laboral para conseguir un trabajo estable, condicionando el tener hijos a una mayor edad. Las relaciones sexuales se inician a edades más tempranas, por lo que el embarazo en las adolescentes es más frecuente (14).

En la actualidad es posible identificar en la primera mitad del embarazo a poblaciones en riesgo de presentar las principales complicaciones asociadas al embarazo, como: preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino, diabetes gestacional, parto pretérmino, diabetes gestacional, anomalías de la inserción placentaria, entre otras; tras la identificación de poblaciones de riesgo será posible iniciar acciones oportunas que puedan abolir, o en su caso atenuar, las graves consecuencias de estos padecimientos (14).

La evaluación del embarazo entre las semanas 11 y 14 ofrece al personal de salud responsable de la atención prenatal una gran oportunidad para realizar un tamizaje para otros padecimientos que complican el embarazo; en la actualidad, la atención prenatal que se ofrece a la mujer tiene como característica principal el tener un enfoque de reacción ante la identificación de síndromes clínicos; durante el primer trimestre de la gestación, basándose en características maternas, evaluaciones ecográficas y marcadores bioquímicos, es posible identificar el riesgo de complicaciones en el embarazo como: preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino, diabetes gestacional, muerte fetal, aborto, parto pretérmino, macrosomía fetal y

malformaciones fetales; la identificación temprana permite instalar medidas oportunas que podrían mejorar el resultado perinatal y disminuir el riesgo obstétrico (14).

Los embarazos de bajo riesgo tienden a evolucionar en forma normal y los resultados perinatales son buenos sin demasiado intervencionismo ni utilización de tecnología de última generación; aun así al momento del parto se debe tener presente que un porcentaje que varía entre el 5 y el 10% de los embarazos de bajo riesgo, pueden presentar una complicación que ponga en riesgo la vida de la madre o del niño (15).

2.2.2. Embarazo

El embarazo (gestación) es el proceso fisiológico en el que un feto se desarrolla dentro del cuerpo de la madre; se utilizan varios términos para definir la etapa de desarrollo de la concepción humana y la duración del embarazo; para los fines de la obstetricia, la edad gestacional o edad menstrual es el tiempo que ha transcurrido desde el primer día del último periodo normal (LNMP), que de hecho antecede al tiempo de la fertilización del ovocito (16).

La edad gestacional se expresa en semanas terminadas; el inicio de la gestación (que se basa en el LNMP) ocurre, en general, dos semanas antes de la ovulación, suponiendo un ciclo menstrual regular de 28 días; La edad fetal o del desarrollo es la edad de la concepción, que se calcula a partir del momento de la implantación, la cual ocurre 4 a 6 días después de terminar la ovulación; la edad gestacional del embarazo se calcula en 280 días o 40 semanas completas; la fecha probable de parto (EDD) se puede calcular sumando siete días al primer día del último periodo menstrual y restando tres meses más un año (regla de Naegele) (16).

2.2.3. Parto

El trabajo de parto es una secuencia de contracciones uterinas que da por resultado el borramiento y dilatación del cuello uterino y los

esfuerzos voluntarios de pujo que conducen a la expulsión de los productos de la concepción a través de la vagina; el parto es el modo de expulsión del feto y de la placenta; el trabajo de parto y el parto constituyen un proceso fisiológico normal que la mayoría de las mujeres experimenta sin complicación alguna; el objetivo del manejo de este proceso es fomentar un parto seguro tanto para la madre como para el neonato; además, el personal debe esforzarse por hacer que la paciente y quienes la apoyan se sientan bienvenidos, cómodos e informados a lo largo del proceso del trabajo de parto y el nacimiento; debe alentarse el contacto físico entre el neonato y sus progenitores; hacer el máximo esfuerzo por fomentar la interacción familiar y apoyar el deseo de unión de la familia (17). La función del obstetra o la partera y del equipo asistente es anticipar y manejar las complicaciones que pudieran surgir y dañar a la madre o al feto; al tomarse la decisión de intervenir, debe considerarse detalladamente, ya que conlleva tanto beneficios como riesgos; en la mayoría de los casos, el mejor manejo puede ser la observación cercana y, en caso necesario, una cauta intervención (17).

2.2.4. Puerperio

El puerperio, o periodo posparto, dura en general seis semanas, y es el tiempo de adaptación después del parto cuando se revierten los cambios anatómicos y fisiológicos y el cuerpo de la madre regresa al estado normal; el periodo posparto se ha dividido de manera arbitraria en puerperio inmediato —las primeras 24 h cuando pueden ocurrir las complicaciones posteriores a la anestesia o el parto—, puerperio mediato —que se extiende hasta la primera semana posparto— y puerperio remoto —que incluye el periodo requerido para la involución de los órganos genitales y el regreso de la menstruación, lo cual en general ocurre cerca de las seis semanas (18).

2.2.5. Complicaciones obstétricas

2.2.5.1. Trastornos hipertensivos en el embarazo

Los trastornos hipertensivos complican 5 a 10% de todos los embarazos y constituyen uno de los miembros de la tríada letal, junto con la hemorragia y la infección, que contribuye en buena medida a las tasas de morbilidad y mortalidad maternas. En esos trastornos, el síndrome de preeclampsia, ya sea solo o agregado a la hipertensión crónica, es el más peligroso. Como se explica más adelante, la hipertensión nueva sin proteinuria en el embarazo, la denominada hipertensión gestacional, va seguida de signos y síntomas de preeclampsia casi en 50% de los casos y la preeclampsia se identifica en 3.9% de todos los embarazos (19).

Diagnóstico de los trastornos hipertensivos

La hipertensión se diagnostica de forma empírica cuando la medición correcta de la presión arterial sistólica es >140 mmHg o la diastólica es >90 mmHg; La fase V de Korotkoff se usa para definir la presión diastólica; en el pasado, se usaban incrementos de 30 mmHg de la sistólica o de 15 mmHg en la diastólica en los valores de la presión arterial en la parte intermedia del embarazo como criterios diagnósticos, incluso cuando los valores absolutos fueran <140/90 mmHg; Estos cambios ascendentes ya no son los criterios recomendados porque la evidencia muestra que no es probable que estas mujeres tengan un aumento en los resultados adversos del embarazo (Levine, 2000; North, 1999) (19). Aclarado esto, las pacientes con incremento de 30 mmHg de la presión sistólica o 15 mmHg de la diastólica deben vigilarse más de cerca, porque algunas de estas mujeres cuya presión se mantiene <140/90 mmHg han tenido

convulsiones eclámpticas (Alexander, 2006); Un aumento súbito en la presión arterial media más adelante en el embarazo, conocida como "hipertensión delta", también puede indicar preeclampsia, incluso si la presión arterial es <140/90 mmHg (19).

Hipertensión gestacional

El diagnóstico de hipertensión gestacional se establece en mujeres cuya presión arterial alcanza 140/90 mmHg o más por vez primera después de la mitad del embarazo, pero en quienes no se identifica proteinuria; casi 50% de estas pacientes presenta después preeclampsia, que incluye signos como cefalea o dolor epigástrico, proteinuria y trombocitopenia; aun así, cuando la presión arterial aumenta de manera apreciable, es peligroso para la madre y el feto ignorar este dato sólo porque la proteinuria aún no aparece (19). Como enfatizó Chesley (1985), 10% de las convulsiones eclámpticas ocurre antes que haya proteinuria detectable; por último, hay quienes han reclasificado la hipertensión gestacional como hipertensión transitoria si no aparece evidencia de preeclampsia y la presión arterial normal se recupera hacia las 12 semanas del puerperio (19).

Preeclampsia

Es la presencia de tensión arterial diastólica mayor o igual de 90 mmHg o tensión sistólica mayor o igual a 140 (en 2 tomas) y la presencia de proteinuria (definida como la evidencia de proteínas en orina mayor a 300 mg en 24 horas) (20).

La preeclampsia se describe mejor como un síndrome específico del embarazo que puede afectar a todos los sistemas orgánicos. Más aún, aunque la preeclampsia es mucho más que una simple hipertensión gestacional con

proteinuria, la aparición de esta última se mantiene como un criterio diagnóstico objetivo importante; por tanto, la proteinuria es un marcador objetivo y expresa la fuga endotelial sistémica que caracteriza a la preeclampsia; la excreción anormal de proteína se define de manera arbitraria como una excreción urinaria >300 mg en 24 h; una razón proteína: creatinina ≥ 0,3 o presencia persistente de 30 mg/100 ml (1+ en la tira reactiva) de proteína en muestras urinarias obtenidas al azar (Lindheimer, 2008a); ninguno de estos valores es definitivo; las concentraciones urinarias varían mucho durante el día, como las lecturas con tira reactiva; por consiguiente, es posible que la prueba muestre un valor de 1+ a 2+ en muestras de orina concentradas de mujeres que excretan <300 mg/día; es probable que la determinación de una muestra de la razón orina:creatinina sea un sustituto adecuado para la medición en orina de 24 h. Ahora se considera que la proteinuria evidente quizá no sea una manifestación en algunas mujeres con preeclampsia (19).

Eclampsia

Crisis de convulsiones generalizadas, que pueden sobrevenir bruscamente en una preeclampsia. Estas convulsiones aparecen en el curso de la gestación (50%), durante el parto (20%) o después de éste (30%); no se correlacionan bien con el grado o la gravedad de la hipertensión. Debe efectuarse el diagnóstico diferencial con otros cuadros convulsivos: accidentes cerebrovasculares, lesiones del SNC ocupantes de espacio, enfermedades infecciosas, enfermedades metabólicas y epilepsia (21).

La proporción que no genera convulsiones hasta 48 h después del parto se aproxima al 10% (Sibai, 2005); en algunos informes, se refiere que hasta 25% de las crisis convulsivas

de origen eclámptico aparece más allá de las 48 h del puerperio; la experiencia de los autores en el Parkland Hospital señala que la eclampsia tardía puerperal todavía ocurre en menos de 10% de los casos, similar a lo publicado por primera vez hace más de 20 años (19).

2.2.5.2. Hemorragia obstétrica

La hemorragia obstétrica, junto con la hipertensión arterial y las infecciones, forma parte de la "tríada" infame que ocasiona muertes maternas, tanto en países desarrollados como en los que están en desarrollo. La hemorragia es una de las causas principales de ingreso de embarazadas a la unidad de cuidados intensivos (ICU, intensive care units); la hemorragia fue la causa directa de 13%, aproximadamente, de 4,693 fallecimientos de mujeres vinculados con el embarazo en Estados Unidos, situación documentada por el Pregnancy Mortality Surveillance de los Centers for Disease Control and Prevention (Berg, 2010) (19). De forma semejante, Clark et al (2008), señalaron que 12% de los fallecimientos de embarazadas registrados en la base de datos del Hospital Corporation of America, se relacionaron con la hemorragia; en países en desarrollo tal vínculo es todavía mayor; de hecho, la hemorragia es la causa particular más importante de muerte materna a nivel mundial y ocasiona más de la mitad de todos los fallecimientos por parto en países en desarrollo (19).

De manera tradicional, se ha clasificado a la hemorragia obstétrica en prenatal (como la que ocurre en la placenta previa o el desprendimiento prematuro de placenta) o puerperal, causada más a menudo por atonía uterina o

desgarros de la vía genital. Sin embargo, en algunas mujeres en particular los términos son inespecíficos y es razonable especificar la causa y la edad gestacional como elementos descriptivos (19).

Amenaza de aborto

Debe entenderse por amenaza de aborto la presencia de metrorragias y/o contracciones uterinas más o menos dolorosas en una gestación intrauterina antes de las 22 semanas y/o fetos de menos de 500 g; asimismo, la exploración ginecológica debe precisar que el cuello uterino esté cerrado (21).

Ante una consulta compatible con este cuadro, solicitar: Ecografía (para descartar una mola o un embarazo ectópico y precisar viabilidad embrionaria o fetal), Determinación de b-hCG (optativo), Cursar cultivo cervicovaginal general y específico de ureaplasma (21).

Hemorragia prenatal

La hemorragia durante diversos periodos de la gestación puede aportar indicios sobre su causa. En primera mitad del embarazo comúnmente se tiene hemorragia por aborto o embarazo ectópico; en esos casos, la valoración rápida debe incluir siempre los efectos nocivos de la hemorragia materna, en el feto (19).

La expulsión de mínimas cantidades de sangre por vía vaginal es frecuente durante la fase activa del parto; esta “expulsión del tapón mucosanguinolento” es la consecuencia del borramiento y la dilatación del cuello uterino con desgarro de microvasos; sin embargo, la hemorragia uterina que se origina por arriba del cuello uterino es motivo de preocupación; puede ser consecuencia de desprendimiento

moderado de la placenta previa implantada muy junto al conducto cervical, o pudiera provenir del desprendimiento prematuro de la placenta o de un desgarro uterino; en contadas ocasiones el cordón umbilical puede tener una inserción velamentosa y sobre el cuello uterino pueden estar los vasos placentarios afectados (vasa previa) (19). La hemorragia fetal aparece después del desgarro de dichos vasos en el momento de la rotura de membranas; en muchos embarazos cercanos al término no se identifica el origen de la metrorragia, la hemorragia sintomática se detiene y no se identifica una causa anatómica al momento del parto; en muchos de esos casos, la hemorragia posiblemente se originó a partir de un desprendimiento placentario marginal mínimo; A pesar de todo lo anterior, cualquier embarazo con hemorragia prenatal sigue siendo una situación de mayor riesgo de resultados secundarios, incluso si la hemorragia se detuvo y la presencia de placenta previa se descartó por métodos ecográficos; algunos informes analizan la hemorragia del segundo y el inicio del tercer trimestre; Lipitz et al (1991), indicaron que 25% de 65 mujeres consecutivas con metrorragia entre las 14 y 26 semanas tuvieron desprendimiento prematuro de placenta o placenta previa y al final se perdieron 33% de los 65 fetos (19). Más adelante se describieron resultados similares (Ajayi, 1992; Leung, 2001); la Canadian Perinatal Network describió los casos de 806 mujeres con hemorragia entre las 22 y 28 semanas de gestación (Sabourin, 2012); las causas más comunes identificadas fueron desprendimiento prematuro de placenta (32%), placenta previa (21%) y hemorragia cervico uterina (6.6%), y en 33% del total no se identificó causa alguna; entre todas las embarazadas, 44% dieron a luz ≤ 29 semanas; sin

duda la hemorragia en el segundo y tercer trimestre conlleva un mal pronóstico obstétrico (19).

Hemorragia puerperal

En casi todos los casos se puede y debe identificar la causa de la hemorragia puerperal; entre las causas frecuentes están la atonía uterina con hemorragia del sitio de implantación placentario, traumatismo de vías genitales o ambas situaciones; la hemorragia puerperal por lo común es manifiesta (19). Entre las excepciones importantes están la acumulación de sangre intrauterina intravaginal no detectada y la rotura uterina con hemorragia intraperitoneal; en la valoración inicial habrá que intentar la diferenciación entre atonía uterina y desgarro de las vías genitales; entre las consideraciones primarias están los factores predisponentes de riesgo, la exploración de las vías genitales inferiores y la valoración del tono uterino; la atonía se identifica por el útero blando y poco consistente durante la exploración ginecológica bimanual y por la expulsión de coágulos y sangre durante el masaje uterino (19). La hemorragia persistente, a pesar de un útero firme y contraído, sugiere que la sangre muy probablemente se originó de un desgarro; la sangre de color rojo vivo sugiere todavía más que es de origen arterial; para confirmar que los desgarros son el origen de la hemorragia es esencial la revisión cuidadosa de la vagina, el cuello uterino y el útero; en ocasiones la hemorragia se origina por atonía y traumatismo, en particular después del nacimiento por vía vaginal mediante fórceps o ventosa obstétrica (19).

Atonía uterina

La causa más frecuente de hemorragia obstétrica es la imposibilidad de que el útero no se contraiga en grado suficiente después del parto y así controle la hemorragia de vasos en el sitio de implantación placentaria; es decir, es inevitable algún grado de hemorragia durante el tercer periodo del parto conforme la placenta comienza a desprenderse; La sangre del sitio de implantación puede pasar a la vagina inmediatamente, como manifestación del mecanismo de Duncan de separación placentaria, o quedar oculta detrás de la placenta y las membranas hasta que nace la placenta (mecanismo de Schultze); en el caso de la hemorragia durante el tercer periodo, habrá que dar masaje al útero si no está contraído firmemente; después de los signos de separación, el descenso de la placenta se manifiesta por laxitud del cordón umbilical; habrá que intentar la expresión placentaria por presión manual en el fondo; si persiste la hemorragia, puede ser necesaria la extracción manual de la placenta; la separación y el nacimiento de la placenta por medio de tracción del cordón, en particular si el útero está atónico, pueden ocasionar inversión uterina (19).

Lesiones de la vía del parto

El nacimiento casi siempre se acompaña de traumatismos de la vía del parto, que incluye el útero y el cuello uterino, la vagina y el perineo; las lesiones que acaecen durante todas estas fases varían desde desgarros sencillos de la mucosa hasta desgarros que ocasionan hemorragia o hematomas potencialmente letales (19).

Rotura del útero

La rotura del útero puede ser primaria con el útero intacto o sin cicatrices, o secundaria, relacionada con alguna incisión, lesión, o anomalía del miometrio; como dato importante, en los últimos 50 años ha cambiado de forma extraordinaria la contribución de cada una de las causas primarias; de manera específica, antes de 1960, periodo en que era menor la frecuencia con que se realizaba la cesárea en comparación con la que se practica hoy día, y también eran numerosas las multíparas, predominaba la rotura uterina primaria (19). Conforme aumentó la incidencia del nacimiento por cesárea y especialmente cuando la prueba del parto se tornó prevalente en el decenio de 1990, la rotura uterina a través de la cicatriz de la histerectomía por cesárea asumió gran importancia, junto con el menor entusiasmo por la prueba del parto, es posible que los dos tipos de rotura mostraran incidencia equivalente; con base en lo señalado, en un estudio hecho en 2006 de 41 casos de rotura uterina atendidos en el Hospital Corporation of America, la mitad ocurrió en mujeres que con anterioridad se habían sometido a cesárea (Porreco, 2009) (19).

Desprendimiento prematuro de placenta

La separación de la placenta (en forma parcial o total) desde su sitio de implantación antes del parto se describe con el término latino abruptio placentae; en su traducción literal indica “despedazar la placenta” que denotaría el accidente repentino que es una característica clínica de casi todos los casos; en su sentido más puro, el término más descriptivo sería separación prematura de la placenta de implantación normal, que descarta la separación de la placenta previa implantada sobre el orificio cervical interno (19).

El desprendimiento prematuro de placenta comienza con una hemorragia que pasa a la decidua basal, misma que muestra dehiscencia y queda una capa delgada adherida al miometrio; En consecuencia, el cuadro comienza con un hematoma decidual y se expande hasta separar y comprimir la placenta vecina; sin embargo, se desconocen las causas desencadenantes en muchos de los casos, aunque algunos han recibido atención; en algunos casos de preeclampsia y desprendimiento prematuro (Brosens, 2011) posiblemente interviene el fenómeno de detención de la invasión trofoblástica y más adelante el desarrollo de aterosis; la inflamación o la infección pueden ser factores contribuyentes (19).

Placenta previa

El vocablo latino previa denota en este caso que la placenta está situada antes que el útero en la vía del parto; en obstetricia, el término en cuestión describe a la placenta implantada en algún punto en el segmento uterino inferior, sobre el orificio cervical interno o muy cerca del mismo; es imposible definir precisamente tales relaciones anatómicas y cambia a menudo su localización en el curso del embarazo; por ambas razones dicha terminología en ocasiones es confusa (19).

La hemorragia indolora es el fenómeno más característico que se observa con la placenta previa; la hemorragia por lo común no aparece hasta que se acerca el final del segundo trimestre o en fecha ulterior, pero puede comenzar incluso antes de la etapa media del embarazo, e indudablemente algunos abortos tardíos son causados por una placenta de situación anormal; la hemorragia de una placenta previa suele comenzar sin signos premonitorios y sin dolor o

contracciones en una mujer cuya evolución prenatal no tuvo complicaciones; tal situación recibe el nombre de hemorragia centinela y rara vez es tan profusa que resulte ser mortal; por lo regular cesa sólo para reaparecer; quizá en 10% de las mujeres, particularmente en aquellas que tienen la placenta implantada cerca del orificio cervical pero que no lo cubre, no hay hemorragia hasta el comienzo del parto; la hemorragia para tal fecha varía de mínima a profusa y puede remedar en su aspecto clínico al desprendimiento prematuro de placenta (19).

Síndromes de placenta accreta

Los síndromes en cuestión describen la implantación, invasión y adherencia anormales de la placenta. El término accreta proviene del latín ac + crescere, es decir, crecer a partir de adherencias o coalescencias, adherir o quedar fijado (Benirschke, 2012), por esa razón, los síndromes de placenta accreta incluyen cualquier implantación de dicho órgano con una adherencia anormalmente firme al miometrio, por la ausencia parcial o total de decidua basal y desarrollo imperfecto de la capa de Nitabuch o fibrinoide; si falta la capa espongiforme decidual de manera parcial o total, faltará la línea fisiológica de separación de un plano y otro, y quedarán densamente fijados algunos o todos los cotiledones; el área de superficie del sitio de implantación afectado y la profundidad de la penetración de tejido trofoblástico han sido variables de una paciente a otra, pero las placentas afectadas pueden ocasionar hemorragia copiosa (19).

2.2.5.3. Trabajo de parto prematuro

El término peso pequeño o bajo al nacimiento constituye una categoría que incluye a los recién nacidos que nacen con deficiencia notable de peso; el producto prematuro o de pretérmino es el recién nacido que nace en fecha demasiado temprana; en relación con la edad gestacional, un recién nacido puede ser prematuro, de término o posmaduro; en cuanto a la talla, el neonato puede crecer de manera normal y ser apropiado para la edad gestacional; puede tener menor tamaño, es decir, pequeño para la edad gestacional o crecer demasiado y por tanto ser grande para la edad gestacional; en años recientes se ha utilizado el término pequeño para la edad gestacional para definir a los recién nacidos cuyo peso natal suele ser < 10º percentil correspondiente a la edad gestacional; otros términos empleados a menudo incluyen restricción del crecimiento fetal o intrauterino; también se ha usado de manera amplia el concepto grande para la edad gestacional para calificar a los recién nacidos cuyo peso es > 90º percentil correspondiente a la edad gestacional (19).

En consecuencia, los productos que nacen antes del término del embarazo pueden ser pequeños o grandes para la edad gestacional, pero aun así se hallan dentro de la definición de prematuro. El peso neonatal bajo corresponde a 1500 a 2500 g; los productos de peso neonatal muy bajo son los que tienen entre 500 y 1500 g, y los de peso neonatal extremadamente bajo incluyen a los de 500 a 1000 g (19).

Rotura prematura de membranas

Este término define la rotura espontánea de las membranas fetales antes de las 37 semanas completas y antes de que comience la primera fase del parto (American College of

Obstetricians and Gynecologists, 2013d), la rotura tiene quizá varias causas, pero muchos autores piensan que la infección intrauterina constituye un factor predisponente de importancia (Gomez, 1997; Mercer, 2003); También hay otros factores de riesgo relacionados que incluyen estado socioeconómico bajo, índice de masa corporal ≤19,8, deficiencias nutricionales y tabaquismo; las mujeres que en fecha anterior han sufrido una rotura prematura de membranas (PPROM) están expuestas a un mayor riesgo de repetirla en un nuevo embarazo (Bloom, 2001); a pesar de estos factores de riesgo identificados, ninguno se ha detectado en la mayor parte de los casos de rotura prematura (19).

Infección

Parece irrefutable la existencia de un vínculo entre el parto prematuro y las infecciones; Goldenberg et al (2008), han revisado dicho nexo; se presupone que las infecciones intrauterinas desencadenan el parto prematuro al activar al sistema inmunitario innato; según esta hipótesis, los microorganismos inducen la liberación de citocinas inflamatorias como las interleucinas y el TNF-α, que estimulan a su vez la producción de prostaglandinas, enzimas que degradan matriz, o ambas sustancias; las prostaglandinas estimulan las concentraciones uterinas, en tanto que la degradación de la matriz extracelular en las membranas fetales produce la rotura prematura de ellas; se ha calculado que 25 a 40% de los nacimientos prematuros son consecuencia de la infección intrauterina (19).

Infección corioamniótica

Se define como una infección de la cavidad amniótica, que puede limitarse a las membranas ovulares y al líquido amniótico, y/o extenderse tanto a la madre como al feto; debe establecerse el diagnóstico diferencial entre (21):

Infección intraamniótica: presencia de microorganismos en el líquido amniótico, independientemente de la existencia o no de signos clínicos (21);

Corioamnionitis: síndrome clínico que acompaña a la invasión microbiana de la cavidad amniótica; en general, se caracteriza por fiebre y taquicardia maternas, taquicardia fetal, sensibilidad uterina y leucorrea (21);

Corioamnionitis histológica: infiltración de la placenta y sus membranas por leucocitos polimorfonucleares (20% de los embarazos); suele tener una escasa repercusión materna y fetal (21).

Incidencia: 0,5-2% de los partos. En partos prematuros aumenta al 30%; asimismo, puede asociarse al 30-40% de las roturas prematuras de membranas (RPM) (21).

2.2.5.4. Oligohidramnios

Se define oligohidramnios como la presencia de una CMáx inferior a 2 cm. Se define como oligohidramnios severo/anhidramnios una CMáx inferior o igual a 1; La medida de la cantidad del líquido amniótico (LA) puede realizarse utilizando básicamente dos técnicas (21):

A) Máxima columna vertical (CMáx): se realiza midiendo la máxima columna vertical de líquido libre de partes fetales y de cordón de manera vertical. Es actualmente el método de elección en el diagnóstico de las patologías del líquido amniótico, ya que presenta menos falsos positivos y una

mayor correlación con el perfil biofísico y las variables Doppler, sobre todo en casos de oligoamnios; igualmente es el método de elección en el seguimiento de gestaciones múltiples y en gestaciones únicas de menos de 24 semanas; se considera normal cuando es superior a 2 cm en todas las edades gestacionales y cuando es inferior a 8 cm por debajo de la semana 20 o a 10 cm a partir de la semana 21 (21).

B) Índice de líquido amniótico (ILA): es el valor obtenido a partir de la suma de las máximas columnas verticales de líquido, libre de partes fetales o cordón umbilical, en cada uno de los cuatro cuadrantes; el transductor se coloca en posición sagital y lo más perpendicular posible al suelo; se consideran normales valores de ILA entre 5 y 25 cm; la medida del ILA ha demostrado ser útil en el seguimiento de las alteraciones del líquido amniótico, especialmente el polihidramnios, en gestaciones únicas más allá de las 24 semanas; en cambio, utilizar el ILA para el cribado de oligo/polihidramnios haría aumentar el número de inducciones y cesáreas por sospecha de pérdida de bienestar fetal sin mejorar, en cambio, los resultados perinatales (21).

2.2.5.5. Hiperémesis gravídica

Náuseas y vómitos incoercibles, asociados a pérdida de peso, cetonuria y cetonemia, con alteraciones del equilibrio electrolítico y deshidratación (21).

Incluye alcalosis metabólica y descenso de los niveles de sodio, potasio y cloro; puede provocar ictericia, fiebre y polineuritis; la hiperémesis es más frecuente en: enfermedad trofoblástica, embarazo múltiple, hipertiroidismo transitorio, embarazo no deseado y relaciones psicológicas negativas con los padres y la pareja (21).

2.2.5.6. Macrosomía

La rapidez del aumento de peso del feto alcanza su punto máximo alrededor de las 37 semanas, aunque el ritmo del crecimiento se lentifica en ese periodo, la mayoría de los fetos no deja de ganar peso; por ejemplo, el porcentaje de fetos nacidos en 2009 cuyo peso al nacer superaba los 4000g fue de 8,2% a las 37 a 41 semanas y se incrementó a 11% a las 42 semanas o más (Martin, 2011); Sin embargo, en algunos estudios la lesión del plexo braquial no se relacionó con el embarazo postérmino (Walsh, 2011); al menos intuitivamente, parece que tanto la morbilidad materna como la fetal relacionadas con la macrosomía podrían mitigarse con la inducción oportuna para prevenir un crecimiento adicional; sin embargo, éste no parece ser el caso y el American College of Obstetricians and Gynecologists (2013b) ha llegado a la conclusión de que las pruebas actuales no sustentan tal procedimiento en las mujeres a término con sospecha de macrosomía fetal; de igual modo, la misma organización determinó que ante la falta de diabetes, el parto vaginal no está contraindicado en las mujeres cuyo feto se estima en un peso de 5000g; el parto por cesárea se recomendó para pesos fetales mayores de 4500g si hay un parto en la segunda etapa prolongado o detenimiento del descenso (19).

2.2.5.7. Trabajo de parto disfuncional

Trabajo de parto que no progresa con normalidad. El problema puede deberse a 1) anomalías de “potencia”: fuerzas uterinas de expulsión ineficaces; 2) anomalías del “pasajero”: posición fetal anormal, presentación o posición anómalas, o defectos fetales anatómicos; o 3) anomalías de

la “vía de paso”: estrechamientos de la pelvis ósea materna que ocasionan interferencia mecánica con el paso del feto a través del canal del parto (22).

Las causas de un trabajo de parto anormal deben determinarse con tanta precisión como sea posible para que pueda instituirse un plan terapéutico efectivo y seguro (22).

Anormalidades de la fase latente del trabajo de parto

Los límites normales de la fase latente del trabajo de parto se extienden hasta 20 h en pacientes nulíparas y hasta 14 h en las multíparas; la fase latente que supera estos límites se considera prolongada y puede ser consecuencia de trabajo de parto disfuncional, uso prematuro o excesivo de sedantes o analgésicos, mala posición fetal o tamaño del feto; un cérvix largo, cerrado y firme requiere más tiempo para borrarse y alcanzar la dilatación inicial que un cuello suave y parcialmente borrado, pero es dudoso que un factor cervical solo ocasione una fase latente prolongada; al final, resulta que muchas pacientes que parecen desarrollar una fase latente prolongada estaban en trabajo falso o “pretrabajo” de parto falso, sin dilatación cervical progresiva; por lo regular, el resultado de una fase latente prolongada es favorable para la madre y el feto, siempre que no haya otras anomalías del trabajo de parto ulteriores (22).

Anormalidades de la fase activa del trabajo de parto

Cuando el cérvix ya dilató 3 o 4 cm, la velocidad de la dilatación aumenta; la dilatación cervical menor de 1,2 cm/h en las nulíparas y de 1,5 cm/h en las multíparas constituye un trastorno por prolongación de la fase activa del trabajo de parto; durante la última parte de la fase activa, la parte fetal de presentación también desciende con más rapidez por la

pelvis y continúa su descenso durante la segunda etapa del trabajo de parto; una velocidad de descenso de la parte de presentación menor de 1 cm/h en las nulíparas se considera un trastorno por prolongación del descenso; si pasa un periodo de 2h o más durante la fase activa del trabajo de parto sin progreso en la dilatación cervical, se produjo una detención de la dilatación; un periodo mayor de 1h sin cambio en la estación de la parte fetal de presentación se define como detención del descenso; la etiología de las anormalidades en la fase activa incluye actividad uterina inadecuada, desproporción cefalopélvica, posición fetal anómala o anestesia de conducción (22). En estas circunstancias hay que evaluar la pelvis materna y también la parte fetal de presentación.

2.2.5.8. Distocia causada por presentación y posición anormales

Las presentaciones distintas a la de vértice y las posiciones diferentes a la occipitoanterior (OA) se consideran anormales en el trabajo de parto; los trastornos en la dilatación y las fases de descenso del trabajo de parto ocurren con mayor frecuencia con presentación o posición anormales por la relación alterada entre la parte fetal de presentación y la pelvis materna (22).

Posición occipitotransversa persistente

La cabeza fetal entra y se encaja de normal en la pelvis materna en posición occipitotransversa (OT); luego rota a posición OA, o en un pequeño porcentaje de casos, a posición occipitoposterior; esta rotación ocurre porque la cabeza se flexiona conforme la parte más baja del vértice llega al piso

pélvico y luego rota para ajustarse a la forma de la pelvis ginecoide; en un pequeño número de casos, la cabeza no se flexiona y rota, sino que persiste en posición OT; esto puede ser resultado de desproporción cefalopélvica; alteración de la arquitectura pélvica, como en la paciente con pelvis platipeloide o androide, o por relajación del piso pélvico causada por anestesia epidural o por multiparidad; en ocasiones, el diagnóstico de la posición OT persistente puede ser difícil porque las líneas de sutura y las fontanelas no se perciben a causa del moldeamiento excesivo y la formación del caput que a menudo acompañan a esta posición anormal (22).

Una posición OT persistente con detención del descenso durante un lapso de una hora o más se conoce como paro transverso; la detención ocurre por la deflexión que acompaña a la posición OT persistente, lo que hace que el diámetro occipitofrontal más grande (11 cm) se convierta en el diámetro de presentación; hasta que la cabeza se flexione y rote, no es posible que descienda más; el paro transverso a menudo ocurre con el vértice en la estación +1 p +2; el tratamiento del paro transverso en la estación +1 o +2 es complejo, en parte porque en estas estaciones la parte más ancha de la cabeza fetal está en o por arriba del nivel de las espinas isquiáticas; si la parte media de la pelvis está afectada, está indicado el parto por cesárea; si se considera que la pelvis es de tamaño normal y no hay macrosomía fetal, es adecuada la estimulación del trabajo de parto con oxitocina si las contracciones uterinas no son apropiadas (22).

A veces está indicada la rotación manual con los dedos del examinador o la rotación con fórceps de Kielland, si la pelvis es de tamaño y forma normales; la rotación con fórceps y el

nacimiento de un feto en posición OT persistente en una estación +1 o +2 ahora se conoce como procedimiento con fórceps lento; sin embargo, por la intensidad del moldeamiento y la formación del caput que casi siempre ocurren en estas circunstancias, la parte ósea del vértice fetal puede estar en una estación +1 aunque la piel cabelluda sea visible en el introito; por tanto, lo que parece una operación no complicada con fórceps bajo en realidad puede ser un procedimiento de fórceps medio más difícil; un método para evitar este problema es hacer una evaluación clínica de la relación entre la cabeza fetal y el sacro; si la cabeza fetal llena el huevo del sacro, el diámetro biparietal casi siempre está al nivel o debajo de las espinas, y puede considerarse un parto con fórceps (22).

Posición occipitoposterior persistente

Por lo general, la cabeza rota de OT a OA durante el descenso por la pelvis materna; incluso si al principio la cabeza rota a una posición occipitoposterior, la mayoría de los fetos al final rota de manera espontánea durante el trabajo de parto a la posición OA, lo que sólo deja un pequeño porcentaje (5 a 15%) de fetos en posición OP persistente; la evolución del trabajo de parto en presencia de posición OP persistente casi siempre es normal, excepto por una tendencia a la prolongación de la segunda etapa del trabajo de parto (>2 horas); también se relaciona con una incomodidad mucho mayor; como ocurre con la posición OT persistente, la cabeza fetal puede experimentar moldeamiento intenso con formación de un caput voluminoso, lo cual dificulta el diagnóstico correcto de la estación y posición; es apropiado mantener la segunda etapa del trabajo de parto prolongada en

observación, siempre que el trabajo de parto progrese y la frecuencia cardiaca sea normal (22).

El nacimiento de la cabeza puede ocurrir de manera espontánea en posición OP, pero si el perineo presenta una resistencia excesiva al parto, a veces es necesario el parto asistido con fórceps bajo (por ejemplo, fórceps de Simpson); Antes, solía realizarse la rotación con fórceps de Kielland, pero por la falta de experiencia y entrenamiento, ahora los fetos en posición OP casi siempre nacen sin rotación; puede usarse un extractor por vacío con una copa diseñada para aplicación posterior segura y firme; a veces la cabeza rota, pero por lo general nace en posición OP; es probable que se requiera una episiotomía mediolateral amplia para disminuir la resistencia de la salida al parto de la cabeza fetal (22).

2.2.5.9. Distocia causada por anormalidades en la estructura fetal

Macrosomía y distocia de hombro

La ACOG define la macrosomía como un feto que pesa 4,500g o más; el término grande para la edad gestacional se define por un peso al nacer igual o superior al percentil 90 de peso fetal para una edad gestacional determinada; la macrosomía se relaciona con determinantes genéticos, diabetes materna, peso previo al embarazo, aumento de peso durante el embarazo, multiparidad, sexo masculino, edad gestacional mayor de 490 semanas, grupo étnico, peso materno al nacer, talla materna y edad materna; la morbilidad materna relacionada con macrosomía incluye distocia de trabajo de parto, distocia de hombro y traumatismo genital, con un aumento correspondiente en la tasa de partos por cesárea; también hay un aumento en la hemorragia posparto

y la infección puerperal; la morbilidad perinatal también aumenta a causa de distocia y traumatismo al nacer, sobre todo distocia de hombro; no es posible hacer un cálculo preciso del peso fetal (22).

Los errores en la estimación de macrosomía por ecografía pueden ser hasta de 50%; los estudios prospectivos muestran que las estimaciones clínicas de los médicos o pacientes son tan inexactas como las valoraciones ecográficas; la mera sospecha de macrosomía no es indicación para parto por cesárea o inducción del trabajo de parto; no se ha demostrado que la inducción del trabajo de parto mejore el resultado fetal o materno; sin embargo, como el riesgo de distocia de hombro y la probabilidad de lesión fetal aumentan conforme se alcanzan los extremos superiores del peso fetal, la ACOG recomienda el parto por cesárea cuando el peso fetal calculado es de 5000g o más en mujeres sin diabetes, y de 4500g o más en mujeres con diabetes; aunque la duración media del trabajo de parto se prolonga para los fetos demasiado grandes, no es inusual encontrar distocia de hombro inesperada después de que el trabajo de parto ha sido del todo normal hasta el momento del parto; distocia de hombro se refiere al nacimiento difícil del hombro; se define como el nacimiento del hombro que requiere procedimientos adicionales a la suave tracción descendente sobre la cabeza fetal o un intervalo prolongado entre el nacimiento de la cabeza y el cuerpo mayor de 60 seg (22).

La distocia de hombro depende del tamaño de la pelvis materna en relación con el tamaño del feto, y ocurre por el empotramiento del hombro en la sínfisis púbica por la parte anterior, o el promontorio sacro, en la posterior; los factores de riesgo más importantes para la distocia de hombro son macrosomía fetal y diabetes materna; otros incluyen

obesidad, multiparidad, embarazo postérmino, talla baja, antecedente de parto macrosómico y antecedente de distocia de hombro; durante el trabajo de parto, los factores de riesgo incluyen inducción del trabajo de parto, analgesia epidural, trabajo de parto prolongado y parto vaginal quirúrgico (22).

2.2.5.10. Distocia causada por anomalías pélvicas maternas

La desproporción cefalopélvica (CPD, cephalopelvic disproportion) existe si la pelvis ósea no tiene tamaño suficiente y la forma apropiada para permitir el paso de la cabeza fetal; este problema puede ser resultado de la contracción de uno de los planos pélvicos; puede haber CPD relativa en una pelvis normal si la cabeza fetal es demasiado grande o está en posición anormal; el estrechamiento de la pelvis materna puede situarse al nivel de la entrada o la parte media de la pelvis, pero el estrechamiento de la salida es muy inusual, a menos que acompañe al estrechamiento de la parte media de la pelvis (22).

La desproporción cefalopélvica al nivel de la entrada pélvica produce falta de descenso y encajamiento de la cabeza; el hallazgo de la cabeza no encajada en una nulípara al inicio del trabajo de parto indica una mayor probabilidad de CPD en la entrada pélvica, pero no es inusual que la cabeza no esté encajada en una multípara en trabajo de parto; sin embargo, puede haber CPD relativa en la mujer multípara (la "trampa de la multípara") y debe tenerse presente; la atención a la paciente nulípara en trabajo de parto sin encajamiento de la cabeza fetal comienza con una evaluación clínica completa de la pelvis materna; si la pelvis es adecuada según los parámetros clínicos, es adecuado el tratamiento expectante

con observación del patrón de trabajo de parto; si las contracciones uterinas son inefectivas, puede considerarse la estimulación del trabajo de parto con oxitocina (22).

2.2.5.11. Infecciones bacterianas

Infecciones de tracto urinario

Las infecciones de tracto urinario son más frecuentes en el embarazo y puerperio, y están entre las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo; esta incidencia elevada parece ser consecuencia de factores hormonales y mecánicos que aumentan la estasis urinaria; las infecciones urinarias durante la gestación pueden ser asintomáticas o sintomáticas (p. ej., cistitis, pielonefritis); por definición, la bacteriuria asintomática es la presencia de al menos 100000 organismos por mililitro de una muestra de orina obtenida con técnica limpia de una paciente asintomática; la incidencia de bacteriuria asintomática en el embarazo es la misma que en la población con actividad sexual, sin embarazo, varía entre 2 y 10%; las tasas más altas se encuentran en poblaciones urbanas y en pacientes con enfermedad o rasgo de células falciformes; Escherichia coli es la bacteria más aislada (60%); otros microorganismos identificados son Proteus mirabilis enterococos, Klebsiella pneumoniae y estreptococos del grupo B; si no se trata el problema, casi 20% de las embarazadas desarrolla cistitis aguda o pielonefritis más adelante en el embarazo; el tratamiento inicial consiste en nitrofurantoína, ampicilina o una cefalosporina; después del tratamiento, es conveniente el seguimiento con urocultivos porque hasta 25% de las pacientes tienen una recurrencia más adelante durante el embarazo (22).

2.2.6. Atención prenatal

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

Los tres componentes básicos de la atención prenatal son 1) valoración temprana y continua del riesgo; 2) promoción de la salud, y 3) intervenciones y seguimiento médico y psicológico. La valoración del riesgo incluye un interrogatorio completo; exploración física; pruebas de laboratorio, y valoración del crecimiento y bienestar fetal. La promoción de la salud consiste en brindar información sobre la atención propuesta, mejorar el conocimiento general sobre el embarazo y la maternidad (y paternidad), además de promover y apoyar los comportamientos saludables. Las intervenciones incluyen tratamiento de cualquier enfermedad existente; provisión de recursos sociales y financieros, y referencia o consulta con otros médicos especialistas (22).

La atención prenatal comprende todas las acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria que se llevan a cabo antes de la gestación, durante ésta y en el puerperio. Sus principales objetivos son (24):

Aumentar el nivel de salud de las gestantes y puérperas. Identificar los factores de riesgo

Determinar la edad gestacional

Diagnosticar la condición fetal

Diagnosticar la condición materna

Disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.

Garantizar la atención sanitaria durante la gestación y el puerperio. Ofertar el diagnóstico prenatal.

Detectar y tratar precozmente trastornos originados o agudizados durante la gestación.

Identificar los embarazos de riesgo para realizar un control más exhaustivo.

Educación materna.

Información y apoyo en la lactancia materna.

2.2.7. Características sociales

Un factor social es una vía de explicación multilateral de la complejidad de una realidad concreta o sistema social, gracias al análisis de las múltiples conexiones que como parte de ese sistema y de otros se establecen a través suyo, permitiendo obtener una visión parcial de la totalidad de la misma (25).

Los factores sociales en cualquier realidad concreta están constituidos por las interacciones que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación de lo social, como son: las estructuras sociales, las instituciones sociales como la familia, la escuela, el Estado, la religión, la cultura, etcétera, las cuales al mismo tiempo que son constituidas gracias a su mediación por los actores sociales colectivos e individuales a través de la realidad concreta, inciden en la realidad concreta como un todo, en la misma medida que ella influye también en ellos (25).

2.2.7.1. Edad materna

Tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento; La edad también representa cada una de las etapas del desarrolló físico y los periodos en que se divide la vida humana, como la infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez (25).

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial

importancia el período llamado edad fértil; El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir (25).

2.2.7.2. Educación materna

La educación materna ha mostrado una relación inversamente proporcional con la morbimortalidad materna perinatal; Según algunos investigadores esto se explicaría porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para el control del embarazo y parto, por lo cual esta variable está íntimamente relacionada con actitudes y prácticas de las madres; Mosley menciona que en países subdesarrollados la educación paterna puede ser tan importante como la materna, ya que un padre mejor educado es quien decide en última instancia por una adecuada atención médica o cuidados de sus hijos (26).

2.2.7.3. Estado civil

Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto; Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas (27).

Estado civil es esencialmente un atributo de la persona, una cualidad que lleva consigo que le permite diferenciarse y distinguirse legalmente de los demás; Se distinguen 06 tipos (soltero, casado, viudo, divorciado, conviviente). Para aspectos de estudio consideraremos (28):

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

Casado: Persona que legalmente está unida a otra persona atribuyéndoseles derechos y obligaciones de la otra (28).

Conviviente: es la persona que legalmente no está unida, pero que desarrolla una vida de convivencia con otra atribuyéndosele algunas obligaciones y responsabilidades (28).

Divorciado: Es la persona que legalmente por trámite judicial culmina el matrimonio, pudiendo desarrollar de forma libre acciones personales y/o familiares (29).

2.2.8. Índice de Masa Corporal (IMC)

La Organización Mundial de la Salud ha propuesto el índice de masa corporal (IMC) de Quetelet como el parámetro para el diagnóstico de un peso adecuado o inadecuado (bajo peso, sobrepeso y obesidad) (30). Este índice, se basa en que una vez que el crecimiento ha terminado, el peso corporal, de individuos de ambos sexos, es proporcional al valor de la talla elevada al cuadrado (peso en Kg entre la talla en metros al cuadrado); Una de las ventajas es que no se requiere de tablas de referencia (31).

Masa corporal. Esta no permite por sí misma la evaluación del estado de nutrición, por lo que es necesario utilizar el peso como un índice peso / talla (peso para la talla) y comparar en las tablas de referencia para adultos (31). El peso y la talla son medidas muy útiles y fáciles de obtener, sin embargo, en muchas ocasiones no se realizan con la precisión y exactitud que ameritan; siempre que se utilice el peso esperado para la talla como indicador, los diagnósticos finales serán bajo peso, peso normal o sobre peso (30).

2.3. Definición de términos

Complicación obstétrica. Patologías que se presenta durante el embarazo, parto y puerperio; de origen obstétrico, que se presentan en forma aguda y son propias de este periodo fisiológico.

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

Parto. Es una secuencia de contracciones uterinas que da por resultado el borramiento y dilatación del cuello uterino y los esfuerzos voluntarios de pujo que conducen a la expulsión de los productos de la concepción a través de la vagina; el parto es el modo de expulsión del feto y de la placenta.

Puerperio. El puerperio, o periodo posparto, dura en general seis semanas, y es el tiempo de adaptación después del parto cuando se revierten los cambios anatómicos y fisiológicos y el cuerpo de la madre regresa al estado normal.

Complicación médica. Es un problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento.

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

Paciente. Persona enferma que es atendida por un profesional de la salud.

2.4. Identificación de variables

Variable: Complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio.

Dimensión: Características de la madre

Edad de la madre en años

Nivel de Instrucción de la madre

Estado civil de la madre

Semanas de gestación en la primera atención prenatal

Semanas de gestación al presentar la complicación

Numero de gestación

Número de partos (antes del embarazo actual)

Índice de masa corporal pregestacional

Valor de hemoglobina en sangre

Número de atenciones prenatales

Periodicidad de las atenciones prenatales

Antecedentes familiares de la gestante

Antecedentes personales de la gestante

Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción

Violencia familiar

Actividad física o laboral de riesgo

Dimensión: Complicaciones obstétricas

Complicaciones obstétricas en el embarazo

Complicaciones obstétricas en el parto

Complicaciones obstétricas en el puerperio

2.5. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor
Complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio	Son patologías durante el embarazo, parto y puerperio, de origen obstétrico, que se presentan en forma aguda y son propias de este periodo fisiológico.	Análisis documental de las historias clínicas de las pacientes con complicaciones en el embarazo, parto, puerperio y registro en la ficha de recolección de datos	Características de la madre	Edad de la madre en años.	Edad de la madre registrada en la historia clínica.	Numérico
				Nivel de Instrucción de la madre	Nivel de Instrucción de la madre registrada en la historia clínica.	Sin instrucción (1)
						Inicial (2)
						Primaria incompleta (3)
						Primaria completa (4)
						Secundaria incompleta (5)
						Secundaria completa (6)
						Superior incompleta (7)
						Superior completa (8)
				Estado civil de la madre	Estado civil de la madre registrada en la historia clínica.	Soltera (1)
						Conviviente (2)
						Casada (3)
						Viuda (4)
						Divorciada (5)
				Semanas de gestación en la primera atención prenatal	Semanas de gestación en la primera atención prenatal	Numérico
				Semanas de gestación al presentar la complicación	Semanas de gestación al presentar la complicación	Numérico
				Numero de gestación	Numero de gestación	Numérico
				Paridad antes del parto	Número de partos (antes del embarazo actual)	Numérico
				Índice de masa corporal pregestacional	Índice de masa corporal pregestacional	Bajo peso (< 18,5) (1) Peso normal (18,5 a 24,9) (2) Sobrepeso (25 a 29,9) (3) Obesidad (≥30) (4)
				Valor de hemoglobina en sangre	Valor de hemoglobina en sangre en g/dl	Numérico
				Número de atenciones prenatales	Número de atenciones prenatales	Numérico
				Periodicidad de las atenciones prenatales	Periodicidad de las atenciones prenatales	Si (1) No (2)
				Antecedentes familiares de la gestante	Antecedentes familiares de la gestante	Nominal
				Antecedentes personales de la gestante	Antecedentes personales de la gestante	Nominal
				Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción	Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción	Si (1) No (2)
				Violencia familiar	Violencia familiar	Si (1) No (2)
				Actividad física o laboral de riesgo	Actividad física o laboral de riesgo	Si (1) No (2)
			Complicaciones obstétricas	Complicaciones obstétricas en el embarazo	Complicaciones obstétricas en el embarazo	Nominal
				Complicaciones obstétricas en el parto	Complicaciones obstétricas en el parto	Nominal
				Complicaciones obstétricas en el puerperio	Complicaciones obstétricas en el puerperio	Nominal

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

El estudio fue una investigación observacional, retrospectiva, descriptiva, transversal; observacional porque no existió intervención del investigador, retrospectivo porque se recolecto la información que se produjo con anterioridad, transversal porque todas las mediciones se hicieron en una sola ocasión, por lo que no existió períodos de seguimiento, descriptivo porque sus datos fueron utilizados con la finalidad de describir la variable y analizarla en un momento dado (32-34).

3.2. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo (DANKHE 1986); Su propósito fue describir el comportamiento de la variable en forma independiente; la caracterización de un hecho o fenómeno en un grupo de individuos (32, 35-37).

3.3. Métodos de investigación

3.3.1. Método general.

Se utilizó el método inductivo. Según Pimienta es aquel que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares; se trata del método científico más usual, en el que pueden distinguirse cuatro pasos esenciales: la observación de los hechos y su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización y la contrastación; es un método científico que elabora conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares y parte de lo particular a lo general (38).

3.3.2. Método Básico

Se utilizó el método descriptivo porque se describió las características de la población de estudio en su forma natural, basada en la observación (38).

3.4. Diseño de investigación

Según Hernández el diseño es el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea; El estudio correspondió a un diseño descriptivo simple; porque se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental fue la de realizar una interpretación correcta del fenómeno (34, 36, 37).

Donde:

M **O**

M: Pacientes con complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.

O: Características de las madres y tipo de complicaciones obstétricas que presentaron en el embarazo, parto y/o puerperio.

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

Fueron todas las pacientes con complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018; que según registros estadísticos fueron un total de 124 pacientes.

Según Hernández una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación (34, 36, 39, 40).

3.5.2. Muestra:

El estudio fue censal (34, 36, 39, 40).

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada fue el **análisis documental**; Esta técnica permitió la revisión documental de las Historias Clínicas y registros; de las pacientes atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho. La información fue recolectada por los personas capacitadas y estandarizadas para tal fin.

Fuentes Secundarias

- Historia Clínica, Libros de registros.

El instrumento fue la **ficha de recolección de datos** conteniendo la variable y subvariables a estudiar; la cual fue elaborada en base al tema de estudio, propósito, objetivos, variable entre otros.

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

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

Para el análisis estadístico se importó la base de datos del Excel al programa estadístico SPSS versión 17 para Windows, con la finalidad de realizar el análisis estadístico descriptivo como la tabulación, frecuencias, cruce de datos, estadísticas de dos o más variables o subvariables.

El ingreso de datos lo realizo una persona con experiencia en el manejo de hojas de cálculo en Excel y software SPSS. Los datos fueron presentados en tablas de frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central.

CAPÍTULO IV
PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1. Presentación e interpretación de datos

En el presente estudio, se investigó las complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio en madres atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.

Tabla 1. Edad de las pacientes con complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio; atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.

Edad de la gestante en años	Estadístico
Cantidad de Gestantes	124.00
Media	26.69
Mediana	25.00
Moda	24.00
Mínimo	14.00
Máximo	45.00
Percentil 10	19.00
Percentil 25	22.00
Percentil 50	25.00
Percentil 85	34.00

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio en madres atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.

Tabla 1. Del total de pacientes con complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio; atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018. La edad promedio fue de 26.6 años, el 50% tuvieron menos de 25 años, la edad más frecuente fue de 24 años, la edad mínima fue de 14 años y la edad máxima de 45 años. El 10% tuvieron menos de 19 años, el 25% tuvieron menos de 22 años, el 15% tuvieron más de 34 años.

Tabla 2. Nivel de instrucción y estado civil de la madre con complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio; atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.

Nivel de instrucción y estado civil	Frecuencia (n = 124)	Porcentaje (h%=100%)	Porcentaje acumulado (H%=100%)
Nivel de instrucción			
Primaria incompleta	11	8.9	8.9
Primaria completa	7	5.6	14.5
Secundaria incompleta	37	29.8	44.4
Secundaria completa	26	21.0	65.3
Superior incompleta	39	31.5	96.8
Superior completa	4	3.2	100.0
Estado civil			
Soltera	16	12.9	12.9
Conviviente	97	78.2	91.1
Casada	11	8.9	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio en madres atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.

Tabla 2. Del total de pacientes con complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio; atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018. El 8.9% (11) tuvieron primaria incompleta, el 5.6% (7) tuvieron primaria completa, el 29.8% (37) tuvieron secundaria incompleta, el 21% (26) tuvieron secundaria completa, el 31.5% (39) tuvieron superior incompleto y el 3.2% (4) tuvieron superior completa. El 44.4% de las madres no llegaron a tener secundaria completa.

El 12.9% (16) fueron solteras, el 78.2% (97) fueron convivientes y el 8.9% (11) fueron casadas.

Tabla 3. Características obstétricas de las madres con complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio; atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.

Estadísticos	Semanas de gestación en la primera atención prenatal	Semanas de gestación al presentar la complicación	Numero de gestación	Número de partos (antes del embarazo actual)	Valor de hemoglobina en sangre (en g/dl)	Número de atenciones prenatales
Madres	124	124	124	124	124	124
Media	15.6	24.8	2.4	1.1	12.8	6.8
Mediana	13.0	25.0	2.0	1.0	13.0	7.0
Moda	12	20	2	0	13.0	8
Mínimo	5	6	0	0	10.0	1
Máximo	36	39	6	4	15.8	12
Percentiles 25	9.2	20.0	1.0	0.0	12.0	5.0
Percentiles 50	13.0	25.0	2.0	1.0	13.0	7.0
Percentiles 75	21.0	31.0	3.0	2.0	13.8	9.0
Percentiles 90	25.0	36.0	4.0	3.0	14.5	10.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio en madres atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.

Tabla 3. Del total de pacientes con complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio; atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018. La edad gestacional promedio en la primera atención prenatal fue de 15.6 semanas de embarazo; el 25% de las gestantes tuvieron su primera atención prenatal antes de las 10 semanas de embarazo, el 50% antes de las 13 semanas de embarazo. La edad gestacional promedio al presentar la complicación fue de 24.8 semanas de embarazo; el 25% presentaron complicaciones antes de las 20 semanas de embarazo, el 50% presentaron complicaciones después de las 25 semanas de embarazo, el 75% presentaron complicaciones antes de las 31 semana de embarazo y el 10% presentaron complicaciones después de las 36 semanas de embarazo. El 50% de las madres con complicaciones tuvieron más de 2 embarazos, el 25% tuvieron más de 3 embarazos. El 75% de las madres con complicaciones obstétricas tuvieron menos de 2 partos, el 50% tuvieron más de 1 parto. El valor promedio de hemoglobina en sangre en las madres que tuvieron complicaciones obstétricas fue de 12.8 g/dl, el 50% de las madres con complicaciones tuvieron un valor de hemoglobina mayor a 13 g/dl, el 75%

tuvieron como valor de hemoglobina más de 12 g/dl. El 75% tuvieron más de 5 atenciones prenatales (APN), el 50% tuvieron más de 7 APN.

Tabla 4. Características de las madres con complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio; atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.

Características de la madre en el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Características de la madre		
Periodicidad en la atención prenatal	91	73.4
Violencia familiar	22	17.7
Actividad física o laboral de riesgo	4	3.2
Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción	3	2.4
Índice de masa corporal pregestacional		
Bajo peso (< 18,5)	3	2.4
Peso normal (18,5 a 24,9)	67	54.0
Sobrepeso (25 a 29,9)	38	30.6
Obesidad (> o igual 30)	16	12.9

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio en madres atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.

Tabla 4. Del total de pacientes con complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio; atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018. El 73.4% (91) de las madres con complicaciones obstétricas tuvieron periodicidad en la atención prenatal. El 17.7% (22) tuvieron violencia familiar, el 3.2% (4) tuvieron actividad física o laboral de riesgo y el 2.4% (3) tuvieron hábitos como alcoholismo, tabaquismo o drogadicción. Según el índice de masa corporal pregestacional; el 2.4% (3) tuvieron bajo peso, el 54% (67) tuvieron peso normal, el 30.6% (38) tuvieron sobrepeso y el 12.9% (16) tuvieron obesidad.

Tabla 5. Antecedentes familiares y personales; de las madres con complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio; atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.

Antecedente familiar	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes	10	8.1%
Epilepsia	10	8.1%
Hipertensión arterial	8	6.5%
Gemelares	7	5.6%
Neoplasia	7	5.6%
Anomalías congénitas	4	3.2%
Cardiopatía	2	1.6%
Tuberculosis pulmonar	2	1.6%
Hipotiroidismo	2	1.6%
Alcoholismo	1	0.8%
Asma bronquial	1	0.8%
Mioma uterino	1	0.8%
Antecedente Personal	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Enfermedades infecciosas	8	6.5%
Cirugía Pélvico Uterina	6	4.8%
Aborto	5	4.0%
Alergia a medicamentos	4	3.2%
Estrechez pélvica	2	1.6%
Paludismo	2	1.6%
Pre eclampsia	2	1.6%
Tabaquismo	2	1.6%
Cisticercosis	1	0.8%
Embarazo ectópico	1	0.8%
Embarazo gemelar	1	0.8%
Epilepsia	1	0.8%
Oligohidramnios	1	0.8%
Prematuridad	1	0.8%
Sufrimiento fetal aguda	1	0.8%
Trastornos mentales	1	0.8%
Violencia psicológica	1	0.8%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio en madres atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.

Tabla 5. Del total de pacientes con complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio; atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018. En antecedentes familiares; el 8.1% (10) presentaron diabetes como antecedente familiar; el 8.1% (10) presentaron epilepsia, el 6.5% (8) hipertensión arterial, el 5.6% (7) tuvieron como antecedente familiar embarazo gemelar, el 5.6% (7) tuvieron como antecedente familiar neoplasia, el 3.2% (4)

tuvieron como antecedente familiar anomalías congénitas; en menor proporción se encontró como antecedente familiar cardiopatía, tuberculosis pulmonar e hipotiroidismo en un 1.6% cada uno respectivamente; así mismo se encontró como antecedente familiar alcoholismo, asma bronquial y mioma uterino cada uno con un 0.8% respectivamente.

En los antecedentes personales se encontró que el 6.5% (8) tuvieron enfermedades infecciosas, el 4.8% (6) tuvieron cirugía pélvico uterina, el 4% (5) tuvieron aborto, el 3.2% (4) tuvieron alergia a medicamentos, en menor proporción se encontró como antecedente personal estrechez pélvica, paludismo, preeclampsia, tabaquismo en un 1.6% cada uno respectivamente; así mismo se encontró como antecedente personal cisticercosis, embarazo ectópico, embarazo gemelar, epilepsia, oligohidramnios, prematuridad, sufrimiento fetal aguda, trastornos mentales y violencia psicológica; cada uno con un 0.8% respectivamente.

Tabla 6. Complicaciones obstétricas en el embarazo en las pacientes atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.

Complicaciones en el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Complicaciones obstétricas en el embarazo		
Amenaza de parto pretérmino	26	21.0%
Ruptura prematura de membranas	21	16.9%
Hiperémesis gravídica	9	7.3%
Preeclampsia	6	4.8%
Amenaza de aborto	3	2.4%
Oligohidramnios	2	1.6%
Placenta previa	2	1.6%
Corioamnionitis	2	1.6%
Hemorragia de la segunda mitad	1	0.8%
Restricción del crecimiento intrauterino	1	0.8%
Sufrimiento Fetal Agudo	1	0.8%
Complicaciones médicas en el embarazo		
Infección de Tracto Urinario	71	57.3%
Vaginosis bacteriana	21	16.9%
Condilomatosis	9	7.3%
Hepatitis B	8	6.5%
Epilepsia	1	0.8%
Obesidad	1	0.8%
Pielonefritis	1	0.8%
Sífilis	1	0.8%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio en madres atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.

Tabla 6. Del total de pacientes con complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio; atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018. Las complicaciones obstétricas en el embarazo fueron: el 21% (26) tuvieron amenaza de parto pretérmino, el 16.9% (21) tuvieron ruptura prematura de membranas, el 7.3% (9) tuvieron hiperémesis gravídica, el 4.8%

(6) tuvieron preeclampsia, el 2.4% (3) tuvieron amenaza de aborto; el oligohidramnios, placenta previa y corioamnionitis, se presentaron en un 1.6% cada uno respectivamente; la hemorragia de la segunda mitad, restricción del crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal agudo se presentaron en un 0.8% cada uno respectivamente.

Las complicaciones médicas en el embarazo fueron: el 57.3% (71) tuvieron infección de tracto urinario, el 16.9% (21) tuvieron vaginosis bacteriana, el 7.3% (9) tuvieron Condilomatosis, el 6.5% (8) tuvieron Hepatitis B, en menor porcentaje tuvieron epilepsia, obesidad, pielonefritis y sífilis en un 0.8% (1) cada uno respectivamente.

Tabla 7. Complicaciones obstétricas en el parto en las pacientes atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.

Complicaciones obstétricas en el parto	Frecuencia	Porcentaje
Desgarro del canal del parto	10	8.1%
Sufrimiento fetal agudo	10	8.1%
Distocia funicular	8	6.5%
Trabajo de parto prolongado	8	6.5%
Distocia de hombros	7	5.6%
Desgarro cervical	5	4.0%
Dilatación estacionaria	5	4.0%
Parto pretérmino	5	4.0%
Retención placentaria	5	4.0%
Pre eclampsia	4	3.2%
Trabajo de parto precipitado	4	3.2%
Hipersistolía	3	2.4%
Macrosomía fetal	3	2.4%
Distocia de presentación	2	1.6%
Acretismo placentario	1	0.8%
Cordón breve	1	0.8%
Incompatibilidad céfalo pélvica	1	0.8%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio en madres atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.

Tabla 7. Del total de pacientes con complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio; atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018. Las complicaciones obstétricas que presentaron las pacientes en el parto fueron: Desgarro del canal del parto en un 8.1% (10), sufrimiento fetal agudo en un 8.1% (10), distocia funicular en un 6.5% (8), trabajo de parto prolongado en un 6.5% (8), distocia de hombros en un 5.6% (7), en un porcentaje del 4% cada uno se encontró el desgarro cervical, la dilatación estacionaria, el parto

pretérmino y la retención placentaria respectivamente; en un porcentaje de 3.4% cada uno se encontró la preeclampsia y el trabajo de parto precipitado; en un porcentaje de 2.4% cada uno se encontró la hipersistolía y la macrosomía fetal; en un 1.6% la distocia de presentación y en un porcentaje de 0.8% cada uno se encontró el acretismo placentario, cordón breve, incompatibilidad céfalo pélvica respectivamente.

Tabla 8. Complicaciones obstétricas en el puerperio en las pacientes atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.

Complicaciones obstétricas en el puerperio	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Retención de restos placentarios	15	12.1%	12.1%
Pielonefritis	7	5.6%	17.7%
Atonía uterina	5	4.0%	21.8%
Hemorragia puerperal	2	1.6%	23.4%
Sepsis	2	1.6%	25.0%
Convulsiones	1	0.8%	25.8%
Sin complicaciones	92	74.2%	100.0%
Total	124	100.0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio en madres atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.

Tabla 8. Del total de pacientes con complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio; atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018. Las complicaciones obstétricas que presentaron las pacientes en el puerperio fueron: Retención de restos placentarios en un 12.1% (15), pielonefritis en un 5.6% (7), atonía uterina en un 4% (5), hemorragia puerperal en un 1.6% (2), sepsis en un 1.6% (2) y convulsiones en un 0.8% (1). El 25.8% de las pacientes presentaron complicaciones en el puerperio.

4.2. Discusión de resultados

La edad promedio de las pacientes con complicaciones obstétricas fue de 26.6 años, el 50% tuvieron menos de 25 años, la edad más frecuente fue de 24 años, la edad mínima fue de 14 años y la edad máxima de 45 años; el 10% tuvieron menos de 19 años y el 15% tuvieron más de 34 años. No se encontró estudios para contrastar estos resultados, pero se puede mencionar que la mayoría de madres con complicaciones obstétricas no se encuentran en las edades de riesgo.

El 8.9% (11) tuvieron primaria incompleta, el 5.6% (7) tuvieron primaria completa, el 29.8% (37) tuvieron secundaria incompleta, el 21% (26) tuvieron secundaria completa, el 31.5% (39) tuvieron superior incompleto y el 3.2% (4) tuvieron superior completa. El 44.4% de las madres no llegaron a tener secundaria completa. Estos resultados difieren de lo hallado por Pollo Martel (11) quien encontró que casi la mitad de las madres con complicaciones tuvieron nivel de instrucción secundario; esta diferencia probablemente se deba a los diferentes contextos socio culturales.

El 12.9% (16) fueron solteras, el 78.2% (97) fueron convivientes y el 8.9% (11) fueron casadas. Estos resultados fueron similares a lo hallado por Pollo Martel (11) quien encontró que más de la mitad de las madres con complicaciones fueron convivientes. Esto probablemente se deba a que son parejas jóvenes en constitución o por las características del contexto socio cultural.

La edad gestacional promedio en la primera atención prenatal fue de 15.6 semanas de embarazo; el 50% de las gestantes tuvieron su primera atención prenatal antes de las 13 semanas de embarazo, el 75% de las gestantes tuvieron su primera atención prenatal antes de las 21 semanas de embarazo. No se encontró estudios similares para contrastar este resultado, pero esto indica que no todas las gestantes comienzan su primera atención prenatal antes de las 14 semanas, lo cual no permitiría identificar a tiempo algunos factores de riesgo obstétrico.

La edad gestacional promedio al presentar la complicación fue de 24.8 semanas de embarazo; el 50% presentaron complicaciones después de las 25 semanas

de embarazo, el 75% presentaron complicaciones antes de las 31 semana de embarazo y el 10% presentaron complicaciones después de las 36 semanas de embarazo. No se encontró estudios similares para contrastar estos resultados; pero lo hallado nos indica que una complicación puede presentarse en cualquier momento del embarazo, parto o puerperio; por lo cual es pertinente que el profesional de salud este calificado para la atención y detección oportuna de cualquier problema o patología que se presente.

El 50% de las madres con complicaciones tuvieron más de 2 embarazos, El 75% de las madres con complicaciones obstétricas tuvieron menos de 2 partos. El valor promedio de hemoglobina fue de 12.8 g/dl, el 75% tuvieron como valor de hemoglobina más de 12 g/dl. El 75% tuvieron más de 5 atenciones prenatales (APN), el 50% tuvieron más de 7 APN. El 73.4% (91) de las madres con complicaciones obstétricas tuvieron periodicidad en la atención prenatal; este último resultado concuerda con lo hallado por Pollo Martel (11) y difiere de lo hallado por Andrade y Cedeño (9), quien encontró una menor proporción de atenciones prenatales; esto probablemente se deba al seguimiento y captación oportuna de las gestantes; así como la concientización de las mismas. El 17.7% (22) tuvieron violencia familiar, el 3.2% (4) tuvieron actividad física o laboral de riesgo y el 2.4% (3) tuvieron hábitos como alcoholismo, tabaquismo o drogadicción. Según el índice de masa corporal pregestacional; el 2.4% (3) tuvieron bajo peso, el 54% (67) tuvieron peso normal, el 30.6%

(38) tuvieron sobrepeso y el 12.9% (16) tuvieron obesidad. No se encontró estudios similares para contrastar estos resultados; pero lo hallado nos indica que las madres tuvieron factores de riesgo directos, que pudieron afectar su embarazo; así mismo un 46% no tuvieron un peso adecuado antes de su embarazo.

El 8.1% (10) presentaron diabetes como antecedente familiar; el 8.1% (10) presentaron epilepsia, el 6.5% (8) hipertensión arterial, el 5.6% (7) tuvieron como antecedente familiar embarazo gemelar, el 5.6% (7) tuvieron como antecedente familiar neoplasia, el 3.2% (4) tuvieron como antecedente familiar anomalías congénitas; en menor proporción se encontró como antecedente familiar cardiopatía, tuberculosis pulmonar e hipotiroidismo en un 1.6% cada

uno respectivamente; así mismo se encontró como antecedente familiar alcoholismo, asma bronquial y mioma uterino cada uno con un 0.8% respectivamente. En los antecedentes personales se encontró que el 6.5% (8) tuvieron enfermedades infecciosas, el 4.8% (6) tuvieron cirugía pélvico uterina, el 4% (5) tuvieron aborto, el 3.2% (4) tuvieron alergia a medicamentos, en menor proporción se encontró como antecedente personal estrechez pélvica, paludismo, preeclampsia, tabaquismo en un 1.6% cada uno respectivamente; así mismo se encontró como antecedente personal cisticercosis, embarazo ectópico, embarazo gemelar, epilepsia, oligohidramnios, prematuridad, sufrimiento fetal aguda, trastornos mentales y violencia psicológica; cada uno con un 0.8% respectivamente. No se encontró estudios similares para contrastar estos resultados; pero lo hallado indica que las madres tuvieron antecedentes familiares y personales de riesgo, que pudieron contribuir con las complicaciones obstétricas que presentaron.

Las complicaciones médicas en el embarazo fueron: el 57.3% (71) tuvieron infección de tracto urinario, el 16.9% (21) tuvieron vaginosis bacteriana, el 7.3% (9) tuvieron Condilomatosis, el 6.5% (8) tuvieron Hepatitis B, en menor porcentaje tuvieron epilepsia, obesidad, pielonefritis y sífilis en un 0.8% (1) cada uno respectivamente. Estos resultados concuerdan con lo hallado por Suraez et al (10), Pollo Martel (11), Núñez et al (12) y Ramírez (13) quienes encontraron como complicación medica infección de tracto urinario y anemia. Las complicaciones obstétricas en el embarazo fueron la amenaza de parto pretérmino 21% (26), ruptura prematura de membranas 16.9% (21), hiperémesis gravídica 7.3% (9), preeclampsia 4.8% (6), amenaza de aborto 2.4% (3); se presentaron en un 1.6% cada uno el oligohidramnios, placenta previa y corioamnionitis; así mismo se presentaron en un 0.8% cada uno; la hemorragia de la segunda mitad, restricción del crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal agudo respectivamente. Estos resultados difieren en los tipos de complicaciones y proporciones a lo hallado por Andrade y Cedeño (9), Suraez et al (10) y Ramírez (13); probablemente esto se deba a ciertos factores de riesgo, enfermedades médicas, antecedentes familiares o personales o al contexto socio cultural. Por lo cual el profesional de la salud debe tener las

competencias necesarias para la detección oportuna, manejo, tratamiento y cuidados.

Las complicaciones obstétricas en el parto fueron: Desgarro del canal del parto en un 8.1% (10), sufrimiento fetal agudo en un 8.1% (10), distocia funicular en un 6.5% (8), trabajo de parto prolongado en un 6.5% (8), distocia de hombros en un 5.6% (7), en un porcentaje del 4% cada uno se encontró el desgarro cervical, la dilatación estacionaria, el parto pretérmino y la retención placentaria respectivamente; en un porcentaje de 3.4% cada uno se encontró la preeclampsia y el trabajo de parto precipitado; en un porcentaje de 2.4% cada uno se encontró la hipersistolía y la macrosomía fetal; en un 1.6% la distocia de presentación y en un porcentaje de 0.8% cada uno se encontró el acretismo placentario, cordón breve, incompatibilidad céfalo pélvica respectivamente. Algunos de estos resultados también fueron hallados por Ramírez (13) como desgarro perineal, Pollo Martel (11) trabajo de parto prolongado y Suraez et al (10), parto pre término. En el parto las complicaciones más frecuentes fueron el desgarro del canal del parto, sufrimiento fetal agudo, distocia funicular, trabajo de parto prolongado y la distocia de hombros.

Las complicaciones obstétricas en el puerperio fueron: Retención de restos placentarios en un 12.1% (15), pielonefritis en un 5.6% (7), atonía uterina en un 4% (5), hemorragia puerperal en un 1.6% (2), sepsis en un 1.6% (2) y convulsiones en un 0.8% (1). El 25.8% de las pacientes presentaron complicaciones en el puerperio. Algunas de estas complicaciones también fueron encontradas por Pollo Martel (11), atonía uterina, retención de restos placentarios; Andrade y Cedeño (9), hemorragia postparto y sepsis.

Fueron diferentes los tipos de patologías y proporciones en las complicaciones del embarazo, parto y puerperio; probablemente esto se deba a ciertos factores de riesgo en los contextos de estudio, al control de los mismos, a los antecedentes familiares y personales; a las características de las pacientes o a la adecuada atención prenatal.

Conclusiones

1 La edad promedio de las pacientes con complicaciones obstétricas fue de 26.6 años; uno de cada diez tuvieron menos de 19 años y uno de cada seis más de 34 años; por lo cual la mayoría de madres con complicaciones obstétricas no se encuentran en las edades de riesgo.

2 Cuatro de cada diez madres no llegaron a tener secundaria completa y ocho de cada diez fueron convivientes.

3 La edad gestacional promedio en la primera atención prenatal fue de 15.6 semanas y la edad gestacional promedio al presentar la complicación obstétrica fue de 24.8 semanas de embarazo; así mismo la mitad de las madres con complicaciones tuvieron más de 2 embarazos y tres de cada cuatro tuvieron menos de 2 partos.

4 Tres de cada cuatro madres con complicaciones obstétricas tuvieron más de 12 g/dl de hemoglobina en sangre y más de cinco atenciones prenatales; así mismo la mitad tuvieron más de siete atenciones prenatales.

5 Aproximadamente dos de cada diez madres con complicaciones tuvieron violencia familiar, cuatro de cada diez tuvieron sobrepeso u obesidad.

6 Los antecedentes familiares más frecuentes fueron diabetes, epilepsia, hipertensión arterial, embarazo gemelar, neoplasia, anomalías congénitas y los antecedentes personales más frecuentes fueron enfermedades infecciosas, cirugía pélvico uterina, aborto, alergia a medicamentos y estrechez pélvica.

7 Las complicaciones médicas más frecuentes en el embarazo fueron: infección de tracto urinario, vaginosis bacteriana, Condilomatosis y Hepatitis B.

8 Las complicaciones obstétricas más frecuentes en el embarazo fueron la amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, hiperémesis gravídica, preeclampsia y amenaza de aborto.

9 Las complicaciones obstétricas más frecuentes en el parto fueron el desgarro del canal del parto, sufrimiento fetal agudo, distocia funicular, trabajo de parto prolongado, distocia de hombros, desgarro cervical, dilatación estacionaria, parto pretérmino y retención placentaria.

10 Las complicaciones obstétricas más frecuentes en el puerperio fueron la retención de restos placentarios, Pielonefritis, atonía uterina, hemorragia puerperal y sepsis.

Recomendaciones

Al gobierno regional de Ayacucho, implementar e impulsar el desarrollo de políticas educativas que permitan un mejor acceso a la educación secundaria para toda la población femenina; así mismo fortalecer las acciones para seguir brindando el soporte familiar y social a fin de disminuir la violencia familiar.

Al sector salud es recomendable implementar estrategias sanitarias que permitan la captación temprana y oportuna de todas las gestantes antes de las 14 semanas de embarazo; así como un seguimiento adecuado, lo cual nos permitirá evaluar a la madre gestante, concientizarla e identificar a tiempo algunos factores de riesgo obstétrico y plantear acciones de prevención y control en todo el embarazo, parto y puerperio.

Las complicaciones obstétricas se pueden presentar en cualquier momento del embarazo, parto o puerperio; por lo cual es pertinente que el profesional de salud este cualificado para la atención y detección oportuna de cualquier problema o patología que se presente y realizar el manejo y cuidados correspondientes.

Es pertinente capacitar y fortalecer las competencias del personal de salud en las patologías y complicaciones obstétricas más frecuentes que se presentan en el contexto investigado; así mismo en la identificación de los factores de riesgo, al control de los mismos y prevención; garantizando una adecuada atención prenatal.

Referencias bibliográficas

1. Ronsmans C, Filippi V. Beyond the numbers. Reviewing Maternal Deaths and Complications to Make Pregnancy Safer. Geneva: World Health Organization. 2004.
2. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill A, et al. Global, Regional, and National Levels and Trends in Maternal Mortality Between 1990 and 2015, With Scenario-based Projections to 2030. Obstetric Anesthesia Digest. 2016;36(4).
3. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, de Sousa MH, Serruya SJ. Revisão sistemática sobre morbidade materna near miss Systematic review of near miss maternal morbidity. Cad Saúde Pública. 2006;22(2):255-64.
4. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet Global Health. 2014;2(6):e323-e33.
5. Ministerio de Salud del Peru. Situación Epidemiológica de la Muerte Materna en Perú 2015. Análisis y Situación de Salud. Boletín Epidemiológico 2016. [cited 15 enero 2020]; 25(4):[66-74 pp.]. Available from: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/04.pdf.
6. Carrasco M. Ayacucho: Ocho muertes maternas se registran en lo que va del año. El Correo [Internet]. 22 de agosto del 2016 [cited 10 de diciembre 2019]. Available from: https://diariocorreo.pe/edicion/ayacucho/ocho-gestnates-fallcieron-en-lo-que-va-del-ano-692924/.
7. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018 [cited 2019 enero 03]. Available from: http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320334esp.pdf.
8. Quispe Figueroa J, Najarro Pozo V. Complicaciones Materno Perinatales Asociados a las Infecciones de Tracto Urinario. Hospital de Apoyo Jesus Nazareno. Enero - Abril 2016. [Tesis de titulo profesional]. Huamanga:

Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Facultad de Ciencias de la Salud; 2017.

9. Andrade Peña VD, Cedeño Espinoza NL. Control Prenatal y Complicaciones Obstétricas, en Colombia, Perú y Ecuador. [Tesis de titulación]. Ecuador: Universidad Estatal de Milagro, Facultad Ciencias de la Salud; 2019.
10. Suraez Roque J, Sanchéz M, Pulgar Medina N, Piña B. Complicaciones Obstétricas en Pacientes que Acuden al Ambulatorio de Cabure, Municipio Petit, Estado Falcón. Marzo-Agosto 2018. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud Salud y Vida. 2019;3(5):4-31.
11. Pollo Martel EM. Factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en pacientes del Hospital Regional Hermilio Valdizan – Huánuco 2018. [Tesis de Titulación]. Huánuco: Universidad de Huánuco, Facultad de Ciencias de la Salud; 2018.
12. Núñez-Herrera RM, Moquillaza-Alcántara VH, García-Cajaleón JD. Complicaciones obstétricas asociadas al control prenatal inadecuado en puérperas atendidas en un centro materno infantil peruano, 2018. Perinatol Reprod Hum. 2019;33:58-65.
13. Ramirez Palma CAY. Complicaciones Obstétricas en Madres Adolescentes y Adultas en el Hospital de Ventanilla - Callao de enero a diciembre del 2017. [Tesis de titulación]. Lima: Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2019.
14. Tena Alavez G. Ginecologia y Obstetricia. México: Editorial Alfil; 2014. 680 p.
15. Vergara F, Santamaría J, Mora E, Caballero A, Sáez G, Díaz J. Guías de manejo de las complicaciones en el embarazo. Panamá: Organización Panamericana de la Salud. 2009.
16. Bernstein HB, VanBuren G. Embarazo normal y cuidados prenatales. In: DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS, editors. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 11 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores; 2014. p. 141-2.
17. Archie CL, Roman AS. Trabajo de parto y partos normales y anormales. In: DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS, editors. Diagnóstico y

tratamiento ginecoobstétricos. 11 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores; 2014. p. 154-5.

18. Pessel C, Tsai MC. Puerperio normal. In: DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS, editors. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 11 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores; 2014. p. 190.
19. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams Obstetricia. 24 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores, SA; 2015. 1356 p.
20. Fescina R, De Mucio B, Jarquin D, Ortiz E. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Montevideo: Publicación Científica CLAP/SMR 1594; 2012.
21. Serra B, Mallafré J, Aguilar E, Álvarez M, Ara C, Barri Soldevila PN, et al. Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Quirón Dexeus. 5ta ed. España: Elsevier Health Sciences; 2014.
22. Hacker NF, Gambone J, Hobel CJ. Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore. 5 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2011.
23. González Merlo J, Laílla Vicens JM, Fabre González E, González Bosquet E. Obstetricia. 6 ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013. 752 p.
24. Pellicer Martínez A, Hidalgo Mora JJ, Perales Marín A, Díaz García C. Obstetricia y ginecología: guía de actuación. Madrid: Médica Panamericana; 2014. 759 p.
25. Guzmán-Miranda CO, Caballero-Rodríguez CT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago. 2015(128):336-50.
26. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. Rev Soc Bol Ped. 2000;39(3):1-22.
27. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2003;82(2):182-8.
28. Inga Castillo G. Factores asociados a aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años de edad del hospital Militar Central en el año 2016. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Huamana; 2017.

29. Sánchez Vidal KJ. Nivel de participación de las personas en la decisión del aborto provocado-Hospital Nacional Sergio Bernales, 2004. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San marcos, Facultad de Medicina; 2005.
30. Alvero-Cruz JR, Carnero EÁ, Fernández-García JC, Expósito JB, de Albornoz Gil MC, Sardinha LB. Validez de los índices de masa corporal y de masa grasa como indicadores de sobrepeso en adolescentes españoles: estudio Esccola. Medicina clínica. 2010;135(1):8-14.
31. Servín Rodas MDC. Nutrición básica y aplicada. 2da ed. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; 2013. 276 p.
32. Artiles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. 65-78 p.
33. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.
34. Martinez Montaño MdL, Briones Rojas R, Cortes Riveroll R. Metodología de la investigación para el área de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 47-62 p.
35. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.
36. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 600 p.
37. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar NE, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 202 p.
38. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.
39. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.
40. García García JA, López Alvarenga JC, Jiménez Ponce F, Ramírez Tapia Y, Lino Pérez L, Reding Bernal A. Metodología de la investigación bioestadística

y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 447 p.

Anexos:

Anexo 1: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA

INVESTIGACIÓN: Complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio en madres atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
Problema general ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio; atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018? **Problemas específicos** ¿Cuáles son las características de las pacientes con complicaciones obstétricas, atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018? ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas en el embarazo, en las madres atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018? ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas en el parto, en las madres atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018?	**Objetivo general** Determinar las complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio; atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018. **Objetivos específicos** Identificar las características de las pacientes con complicaciones obstétricas, atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018. Identificar las complicaciones obstétricas en el embarazo, en las madres atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018. Identificar las complicaciones obstétricas en el parto, en las madres atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.	La Organización Mundial de la Salud estimó ya hace más de dos décadas que 20 millones de mujeres tenían complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio con diferentes posibilidades de secuelas (1). Así mismo considera que el cuidado materno es una prioridad, que debe formar parte de las políticas públicas para mejorar los resultados del embarazo y prevenir la morbimortalidad materna y perinatal (7). Una complicación obstétrica detectada a tiempo puede ser tratada oportunamente, disminuyendo el riesgo del agravamiento de la complicación, que se relaciona no solo con las tasas de morbilidad y mortalidad materna; sino también con la muerte perinatal. Es importante recordar que las complicaciones obstétricas no solamente producen las muertes maternas, sino que cuando no se realiza un abordaje adecuado o se realiza de manera tardía las mujeres llegan a sufrir complicaciones muy graves que permite clasificarlas como "morbilidad materna severa" y como consecuencia de éstas pueden quedar secuelas que afecten el desarrollo de vida cotidiano de las mujeres de manera permanente. Los resultados de esta investigación permitirán implementar intervenciones sanitarias oportunas acordes al contexto en promoción de la salud, prevención y manejo clínico por personal capacitado;	Complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio.	Características de la madre Complicaciones obstétricas	Edad de la madre en años. Nivel de Instrucción de la madre Estado civil de la madre Semanas de gestación en la primera atención prenatal Semanas de gestación al presentar la complicación Numero de gestación Paridad antes del parto Índice de masa corporal pregestacional Valor de hemoglobina en sangre Número de atenciones prenatales Periodicidad de las atenciones prenatales Antecedentes familiares de la gestante Antecedentes personales de la gestante Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción Violencia familiar Actividad física o laboral de riesgo	Edad de la madre registrada en la historia clínica. Nivel de Instrucción de la madre registrada en la historia clínica. Estado civil de la madre registrada en la historia clínica. Semanas de gestación en la primera atención prenatal Semanas de gestación al presentar la complicación Numero de gestación Número de partos (antes del embarazo actual) Índice de masa corporal pregestacional Valor de hemoglobina en sangre en g/dl Número de atenciones prenatales Periodicidad de las atenciones prenatales Antecedentes familiares de la gestante Antecedentes personales de la gestante Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción Violencia familiar Actividad física o laboral de riesgo	Numérico Sin instrucción (1) Inicial (2) Primaria incompleta (3) Primaria completa (4) Secundaria incompleta (5) Secundaria completa (6) Superior incompleta (7) Superior completa (8) Soltera (1) Conviviente (2) Casada (3) Viuda (4) Divorciada (5) Numérico Numérico Numérico Numérico Bajo peso (< 18,5) (1) Peso normal (18,5 a 24,9) (2) Sobrepeso (25 a 29,9) (3) Obesidad (≥30) (4) Numérico Numérico Si (1) No (2) Nominal Nominal Si (1) No (2) Si (1) No (2) Si (1) No (2)	**Nivel de investigación** El nivel de investigación es descriptivo (DANKHE 1986). **Tipo de investigación** investigación observacional, retrospectiva, descriptiva, de corte transversal. **Diseño de Investigación** El estudio corresponde a un diseño descriptivo simple; porque se trabajará sobre realidades del hecho y su característica fundamental es la de representar una interpretación correcta del fenómeno (34, 36, 37). Esquema: **M O** **M:** Pacientes con complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018. **O:** Características de las madres y tipo de complicaciones obstétricas que presentaron en el embarazo, parto y/o puerperio. **Población, muestra, muestreo** **La población** Fueron todas las pacientes con complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018; que según registros estadísticos fueron un total de 124 pacientes. **Muestra:** El estudio fue censal.

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
¿Cuáles son las complicaciones obstétricas en el puerperio, en las madres atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018?	Identificar las complicaciones obstétricas en el puerperio, en las madres atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018	permiten el manejo adecuado de estas complicaciones.			Complicaciones obstétricas en el embarazo Complicaciones obstétricas en el parto Complicaciones obstétricas en el puerperio	Complicaciones obstétricas en el embarazo Complicaciones obstétricas en el parto Complicaciones obstétricas en el puerperio	Nominal Nominal Nominal	

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

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

FORMATO Nº 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE COMPLICACIONES OBSTETRICAS

Investigación: Complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio en madres atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.

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

I. DATOS GENERALES:

1.1. Ficha N° _____
1.2. Responsable del llenado: _____
1.3. Fecha del llenado: ____ /_____/2020. Hora del llenado: ____:____ horas
1.4. Región: _____ 1.5. Provincia: _____
1.6. Distrito: _____
1.7. Nº de historia clínica: _____

II. Características de la madre (marque con una "X" o registrar los datos según corresponda)

2.1. Edad de la madre en años: _____
2.2. Nivel de Instrucción de la madre:
- 2.2.1. Sin instrucción (1)
- 2.2.2. Inicial (2)
- 2.2.3. Primaria incompleta (3)
- 2.2.4. Primaria completa (4)
- 2.2.5. Secundaria incompleta (5)
- 2.2.6. Secundaria completa (6)
- 2.2.7. Superior incompleta (7)
- 2.2.8. Superior completa (8)

2.3. Estado Civil de la madre:
- 2.3.1. Soltera (1)
- 2.3.2. Conviviente (2)
- 2.3.3. Casada (3)
- 2.3.4. Viuda (4)
- 2.3.5. Divorciada (5)

2.4. Semanas de gestación en la primera atención prenatal: _____ semanas.
2.5. Semanas de gestación al presentar la complicación: _____ semanas.
2.6. Numero de gestación: _____
2.7. Número de partos (antes del embarazo actual): _____

2.8. Talla _____ metros.

2.9. Peso pregestacional _____ Kilogramos

2.10. Valor de hemoglobina en sangre: _____ g/dl

2.11. Número de atenciones prenatales: _____

2.12. Periodicidad de las atenciones prenatales:

a) Realizó la primera atención antes de las 14 semanas SI (1) NO (2)
b) Realizó la segunda atención entre la semana 14 a la semana 21: SI (1) NO (2)
c) Realizó la tercera atención entre la semana 22 a la semana 24: SI (1) NO (2)
d) Realizó la cuarta atención entre la semana 25 a la semana 32: SI (1) NO (2)
e) Realizó la quinta atención entre la semana 33 a la semana 36: SI (1) NO (2)
f) Realizó la sexta atención entre la semana 37 a la semana 40: SI (1) NO (2)
g) Se muestra periodicidad en la atención prenatal antes mencionada: SI (1) NO (2)

2.13. Antecedentes familiares de la gestante (según HCP - CLAP)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

2.14. Antecedentes personales de la gestante (según HCP - CLAP)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

2.15. Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción Si (1) No (2)

2.16. Violencia familiar Si (1) No (2)

2.17. Actividad física o laboral de riesgo Si (1) No (2)

2.18. Complicaciones obstétricas en el embarazo

a) _____
b) _____
c) _____
d) _____

2.19. Complicaciones obstétricas en el parto

a) _____
b) _____
c) _____
d) _____

2.20. Complicaciones obstétricas en el puerperio

a) _____
b) _____
c) _____
d) _____

Anexo 3: Juicio de expertos

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

Juicio de Experto

Investigación: Complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio en madres atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.

Investigador: Obsta. Valverde Gonzales, Lina América / Obsta. Tenorio Landeo, Lilia Delcy

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

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

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

INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO

	Variables de Estudio / ITEMS	1	2	3	4	5
Variable: Complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio						
Dimensión: Características de la madre						
1	Edad de la madre en años					
2	Nivel de Instrucción de la madre					
3	Estado civil de la madre					
4	Semanas de gestación en la primera atención prenatal					
5	Semanas de gestación al presentar la complicación					
6	Numero de gestación					
7	Número de partos (antes del embarazo actual)					
8	Índice de masa corporal pregestacional					
9	Valor de hemoglobina en sangre					
10	Número de atenciones prenatales					
11	Periodicidad de las atenciones prenatales					
12	Antecedentes familiares de la gestante					
13	Antecedentes personales de la gestante					
14	Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción					
15	Violencia familiar					
16	Actividad física o laboral de riesgo					
Dimensión: Clasificación de Robson						
17	Complicaciones obstétricas en el embarazo					
18	Complicaciones obstétricas en el parto					
19	Complicaciones obstétricas en el puerperio					

Recomendaciones:

……
……
……

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

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

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

_____

Firma

Lugar y Fecha ……..……

Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
(Creado por Ley Nº 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

……..……..
Director
Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018.

SD.

Nosotras, Valverde Gonzales, Lina América y Tenorio Landeo, Lilia Delcy; Obstetras de profesión, egresada de la especialidad en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto nos presentamos y exponemos.

Que, deseando realizar una investigación sobre la "Complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio en madres atendidas en el Centro de Salud Los Licenciados, Ayacucho 2018".

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

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

Ayacucho, 12 de febrero del 2020.

_____
Firma del Interesado