



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA SEDE – CHOTA**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

**“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS -BIOLÓGICAS Y SU
RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES DURANTE LA
GESTACIÓN- HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA - 2013”**

AUTORAS

BACH. ENF. CORONEL DÍAZ EMELINA

BACH. ENF. RUIZ BARBOZA BRISALINA

ASESORA

MCS. MARÍA ELOÍSA TICLLA RAFAEL.

CHOTA - 2014

**“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS -BIOLÓGICAS Y SU
RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES DURANTE LA GESTACIÓN -
HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA - 2013”.**

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso por darme la vida, la salud, el amor y la fuerza para culminar mi carrera profesional.

A mi linda mamá el ángel de mi guarda Zoraida Díaz por su gran apoyo incondicional como madre y amiga, a mis hermanos Olga, Nelly, José, Luz y Karen por su fortaleza y perseverancia para seguir adelante.

Para Angel C. Mi gran amor por brindarme su amor, confianza, amistad y compañía minuto a minuto. Y regalarme sus detalles por cada logro realizado e incentivarme hasta culminar mi carrera.

EMELINA

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso que con su infinita misericordia, nos ha dado sabiduría para poder lograr mi meta propuesta.

A mis queridos Padres Santos y Hermila, razón de mi existencia por su ayuda incondicional, amor, perseverancia por su apoyo moral y económico.

A mis hermanas Deysi y Edith, por su ayuda y entusiasmo en todo momento.

A mi esposo Segundo Rubio por su amor, amistad, confianza y apoyo constante durante mi formación profesional.

BRISALINA

AGRADECIMIENTO

A Dios, Todopoderoso que con su infinita misericordia, que nos ha dado la sabiduría por guiarnos a lograr alcanzar nuestros objetivos y metas propuestas.

Así mismo agradecemos a la Universidad Nacional de Cajamarca Sede - Chota y en especial a la Escuela Profesional de Enfermería por acogernos durante nuestra formación profesional.

Expresamos nuestro sincero agradecimiento a nuestra Asesora: MCS. María Eloísa Ticlla Rafael por su valioso aporte científico, por su paciencia, actitud positiva en todo momento en la dirección de este trabajo de investigación y por su disponibilidad y amabilidad.

A nuestros familiares y amigos por brindarnos sus sabios consejos y animarnos a seguir adelante y no darnos por vencidas a pesar de las incidencias de la vida.

A los trabajadores del Hospital José Soto Cadenillas – Chota por facilitarnos las historias clínicas para hacer realidad nuestro trabajo de investigación.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA.....	11
1.1 DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	14
1.4 OBJETIVOS.....	15

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO.....	16
2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	16
2.2 TEORÍA SOBRE EL TEMA.....	19
2.3 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	20
2.3.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	20
2.3.2 CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS.....	21
2.3.3 EMBARAZO.....	24
2.3.4 COMPLICACIONES DURANTE LA GESTACIÓN.....	24
2.4 HIPÓTESIS.....	38
2.5 VARIABLES.....	38
VARIABLE INDEPENDIENTE.....	38
VARIABLE DEPENDIENTE.....	43

CAPITULO III

3. ABORDAJE METODOLÓGICO.....	46
3.1 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	46
3.2 ÁREA ESTUDIO.....	46
3.3 ESCENARIO DEL ESTUDIO.....	47
3.4 POBLACIÓN.....	47
3.5 UNIDAD DE ANÁLISIS.....	48
3.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	48
3.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	48
3.8 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	48
3.9 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	49
3.10 PRINCIPIOS ÉTICOS.....	49

CAPITULO IV

RESULTADOS.....	50
RECOMENDACIONES.....	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
ANEXOS 01.....	80

RESUMEN

El presente estudio es de abordaje cuantitativo, correlacional, retrospectivo y transversal, tuvo como objetivo determinar la relación entre las características sociodemográficas - biológicas con las complicaciones durante la gestación de las gestantes atendidas en el Servicio Gineco Obstetricia del Hospital José Soto Cadenillas - Chota. La población fue 120 historias clínicas de gestantes hospitalizadas periodo Enero - Julio del 2013.

Las características sociodemográficas de las gestantes fueron: el 30,8% tuvo entre 27 a 32 años; el 23,3% 21 a 26 años; 30,0% tuvieron secundaria incompleta; el 24% primaria completa; 70% fueron convivientes; 20% casadas; 75% fueron amas de casa; el 10,8% comerciantes; 65% fueron del área rural y el 35% del área urbana.

Las características biológicas fueron: 40.8% tenían talla mayor a 150 cm; 33,3% talla igual a 150 cm; 85% tenía peso normal; el 13,3% bajo peso; 18,3% tuvieron periodo intergenésico corto; 20,8% periodo largo; 60,8% eran primigestas; 49,2 % tuvo entre 32 a 37 semanas de gestación.

Las complicaciones más frecuentes fueron: 69,2% infección del tracto urinario; 35,0% preeclampsia; 19,2% hiperémesis gravídica; 18,3% ruptura prematura.

Las características sociodemográficas que tuvieron relación altamente significativa con la complicación anemia fueron: Edad con valor ($P= 0,000$) y grado de instrucción con valor de ($P= 0,002$)

En relación a las características biológicas el antecedente de trastornos hipertensivos tuvo relación altamente significativa con la complicación de preeclampsia; siendo el valor de ($P=0,000$), así mismo los antecedentes de peso, anemia y placenta previa con la complicación de anemia, siendo el valor de ($P=0,000$).

Se encontró relación significativa entre el antecedente de hiperémesis gravídica con la complicación de anemia, siendo el valor de ($P=0,002$).

Palabras claves: Características Sociodemográficas, Biológicas, Complicaciones durante la Gestación.

ABSTRACT

This study is quantitative, correlational, retrospective and transversal approach, we aimed to determine the relationship between sociodemographic characteristics - biological to complications during pregnancy of pregnant women attended in Obstetrics Gynecology Hospital Service José Soto Cadenillas - Chota. The population was 120 medical records of hospitalized pregnant period January to July 2013.

The sociodemographic characteristics of pregnant women were: 30.8% had between 27 to 32 years; 23.3% 21 to 26 years; 30.0% had completed secondary; 24% complete primary school; 70% were cohabiting; 20% married; 75% were housewives; 10.8% traders; 65% were from rural areas and 35% in urban areas.

The biological characteristics were: 40.8% had greater height 150 cm; 33.3% in size equal to 150 cm; 85% were normal weight; 13.3% underweight; 18.3% had short interpregnancy period; Long period 20.8%; 60.8% were primiparous; 49.2% had between 32 to 37 weeks gestation.

The most frequent complications were 69.2% urinary tract infection; Preeclampsia 35.0%; 19.2% hyperemesis gravidarum; 18.3% premature rupture

The sociodemographic characteristics were highly significantly associated with anemia complications were: Age value ($P = 0.000$) and level of education with value ($P = 0.002$)

In relation to the biological characteristics of the antecedent hypertensive disorders was highly significantly associated with complication of preeclampsia; being the value of ($P = 0.000$) and same weight history, anemia and placenta previa with the complication of anemia, the value of ($P = 0.000$).

Significant relationship between a history of hyperemesis gravidarum with complication of anemia was found, the value of ($P = 0.002$).

Keywords: Socio-Demographic Characteristics, Biological, complications during pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La mayor amenaza a la vida y salud de la mujer en los países en desarrollo están representadas por las complicaciones del embarazo y el parto. Cada minuto 380 mujeres quedan embarazadas, 190 mujeres se enfrentan a un embarazo no planificado o no deseado, 110 mujeres sufren complicaciones relacionadas con el embarazo 1 mujer muere.

Las gestantes de los países en desarrollo corren un riesgo de morir durante el embarazo o parto 50 a 100 veces mayor que una mujer del mundo desarrollado ya que el riesgo de morir durante el embarazo o de una enfermedad es de 1 por cada 25 ó 1 por cada 40 (**Oficina panamericana de la salud 2007**).

La mayoría de los embarazos se desarrollan sin problemas, sin embargo en ciertas ocasiones aparecen complicaciones imprevistas durante el proceso gestacional siendo en muchas oportunidades los desencadenantes las características sociodemográficas o biológicas que la gestante puede estar expuesto. Un gran número de posibles complicaciones se puede prevenir si el personal de salud detecta el factor de riesgo y actúa a tiempo brindando atención asistencial, educativa y de participación comunitaria logrando reducir las complicaciones materno perinatales.

El presente estudio está conformado por 4 capítulos para poder conocer las complicaciones en las gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas.

En el capítulo I. Se realiza la presentación del problema donde se expone la realidad problemática, la formulación del problema la justificación y los objetivos.

El capítulo II. Está formado por el marco teórico: Antecedentes, teorías sobre el tema, marco teórico conceptual, descripción de las variables y las hipótesis.

En el capítulo III. Está formado por el abordaje metodológico, el cual consta del tipo de estudio, el área de estudio, escenario de estudio, población, unidad de análisis, técnica de recolección de datos, procesamiento y análisis de los datos y principios éticos.

En el capítulo IV. Se presenta los resultados, análisis - discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

1. EI PROBLEMA

1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La mayoría de los embarazos transcurren sin incidentes, todos los embarazos representan un riesgo. Alrededor del 15% del total de las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y en algunos casos, una intervención obstétrica importante para que sobrevivan. Las complicaciones incluyen, infección del tracto urinario, anemia, problemas con la placenta, preeclampsia y eclampsia, así como parto pre término y ruptura de membranas.

A veces el embarazo y el parto se producen en un alumbramiento vaginal y espontáneo. Sin embargo pueden ocurrir complicaciones, muchas de las cuales provocan problemas para la madre y el feto, estas complicaciones pueden presentarse a partir de las 20 semanas de gestación como: pre eclampsia, hemorragias, anemia, ITU, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa **(Gary, F. y Asociados, 2009)**.

Según Amnistía Internacional, en EE.UU se calcula que 13.300 gestantes de cada cien mil tienen complicaciones relacionadas con el embarazo cada año, sumándose a esto 68 000 mujeres que están a punto de perder la vida mientras dan a luz, y 1,7 millones que arrastran complicaciones de salud durante el resto de su vida debido a problemas presentados durante el embarazo; realidad preocupante a pesar de que se trata de uno de los países que más dinero invierte en servicios de salud **(Guimarães, L 2010)**.

En Chile se registra que las complicaciones durante el embarazo son: síndrome de hipertensión del embarazo que es frecuente en el 50%, hemorragia en el 38,6%, pre eclampsia en el 26%, la anemia materna se presenta en el 23,1% de gestantes **(Ramírez, C 2009)**.

En Colombia según estadísticas realizadas en Agosto de 2009 y febrero de 2010, señala que las complicaciones más frecuentes fueron: Pre eclampsia 6% y 8,3 % a infecciones del tracto urinario **(Ferreira, F. y Asociados, 2009)**.

El Ministerio de Salud (2008), en el Perú se registró un promedio de 509 muertes maternas a través de sus diversas Direcciones Regionales de Salud que la causa principal sigue siendo las complicaciones del embarazo: la hemorragia (retención de placenta) o porque no controlaron su embarazo en los establecimientos de salud desde el momento de la concepción.

Así mismo el 12,7% de las mujeres adolescentes (15 a 19 años) ya están gestando o son madres, lo que constituye un grave problema ya que muchas de ellas tienen riesgo de morir por complicaciones relacionadas a la gestación, parto o puerperio. Este hecho, junto al embarazo de las mujeres mayores de 35 años, constituyen el 41% de las muertes maternas en el país por complicaciones como: las infecciones bacterianas, hipertensión inducida por el embarazo 30% toxemia del embarazo, hemorragias obstétricas y complicaciones de un aborto. Algunas causas secundarias o indirectas que causan complicaciones y muertes maternas incluyen la malaria, anemia, infección por VIH o SIDA, suicidio y enfermedades cardiovasculares que complican al embarazo o son agravados por el embarazo **(ENDES, 2007)**.

Según la Organización Mundial de Salud (2007), refiere que existen algunas características sociodemográficas y biológicas que influyen para que se presenten complicaciones durante el embarazo como es los embarazos múltiples, obesidad, edad mayor a 35 años y (adolescentes de 14 - 20 años porque su sistema no está completamente maduro), mujeres con antecedentes de diabetes, hipertensión arterial o enfermedad renal. En los países en vías de desarrollados las complicaciones obstétricas son comunes en

adolescentes de 13 - 20 años y mayores de 35 años asociados a situaciones socioeconómicas y zonas de alto índice de pobreza.

En el departamento de Ancash el 15,3% presentó anemia en los dos primeros trimestres y el 10,2% en el tercer trimestre, presentando todos estos niveles leves de anemia. Las edades de las gestantes anémicas comprendían entre los 19 a 43 años, el número de gestaciones no muestra significancia estadística y con respecto a la ganancia de peso se evidencia que la anemia se presenta en gestantes que ganaron menos de 9 kg durante la gestación **(Gutiérrez, V 2011)**.

En la Región Cajamarca se registran las complicaciones en mujeres de 15 a 19, mayores de 35 años y multíparas corresponde a hemorragia 45%, seguido por la hipertensión inducida por el embarazo 30% y la infección del tracto urinario 20%. Del total de hemorragias el 72% ocurrieron por retención placentaria, sin embargo encontraron que la brecha entre hemorragia e hipertensión se va acortando con el pasar de los años, notándose un incremento en ésta última, lo que significa que hay un mayor número de complicaciones durante el embarazo que podrían ser prevenidas por los servicios de salud llevando un control prenatal adecuado **(Ministerio de Salud, 2008)**.

Se reporta en el Hospital Regional de Cajamarca según los registros las complicaciones en el embarazo fueron: infección del tracto urinario 25% anemia 20%, amenaza de aborto 15,3%, preeclampsia 5,2% Hemorragia 1,4%, hiperémesis grávida leve 0,9%, embarazo ectópico 0,5%. **(Estadística e Informática del Hospital Regional de Cajamarca 2012)**.

En Cajamarca se reportó que las características sociodemográficas que intervinieron en el 60% de las mujeres gestantes con complicaciones durante el embarazo, es la edad que oscila entre 20 a 34 años. En relación al grado de instrucción se encontró que el 85% de las que presentaron complicaciones tienen primaria incompleta o

son analfabetas; en realidad se puede considerar que la totalidad son analfabetas porque a pesar de haber asistido a la escuela, generalmente lo han hecho hasta 1er o 2do grado y por desuso son analfabetas. En relación a la multiparidad el 45% tuvo entre 2 a 4 gestaciones y el 35% más de cinco (**Plan Concertado Regional de Salud 2012**).

Correspondiente a la zona de estudio no se han encontrado investigaciones relacionadas con el tema, por lo que la presente investigación busca encontrar las complicaciones más frecuentes que se presentan durante la gestación así mismo describir las características sociodemográficas – biológicas de las gestantes y por ultimo cual es la relación que existe entre las características sociodemográficas- biológicas con las complicaciones durante la gestación.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Existe relación entre las Características Sociodemográficas - Biológicas con las complicaciones durante la gestación?.

1.3. JUSTIFICACIÓN.

Esta investigación nace como inquietud de la situación problemática que vive la salud en relación a la morbimortalidad materna perinatal; tal como lo evidencian los antecedentes y las estadísticas. Para el presente estudio se tiene en cuenta las características sociodemográficas - biológicas de las gestantes con complicaciones, por la importancia que en ellas implica, ya que permiten identificar el entorno en el cual viven y que características de éste pueden relacionarse la presencia de las complicaciones durante la gestación.

Los resultados encontrados será una fuente de información para los profesionales de la salud que atienden en el programa estratégico materno neonatal de los diferentes servicios de salud de la región.

Así mismo permitirá que las instituciones involucradas en esta línea promuevan la ejecución de las estrategias y políticas de salud, para así brindar una atención prenatal calificada y esta manera lograr disminuir los factores de riesgo que conllevan a las complicaciones en el embarazo y por ende el aumento de la tasa de mortalidad materno perinatal.

1.4. OBJETIVOS.

- Describir las características sociodemográficas - biológicas de las gestantes atendidas en el Servicio Gineco- Obstetricia del Hospital José Soto Cadenillas de Chota. Enero a Julio del 2013.
- Identificar las complicaciones más frecuentes que se presentan en las gestantes atendidas en el Servicio Gineco-Obstetricia del Hospital José Soto Cadenillas de Chota. Enero a Julio del 2013.
- Determinar la relación entre las características sociodemográficas -biológicas con las complicaciones durante la gestación, en las gestantes atendidas en el Servicio Gineco-Obstetricia del Hospital José Soto Cadenillas de Chota. Enero a Julio del 2013.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

Organización Mundial de la Salud (2004). En su estudio "Características obstétricas de las embarazadas" realizadas en Materno Infantil del Hospital Escuela-Costa Rica. El estudio fue descriptivo, transversal. Los resultados fueron: El 74,4% de las gestantes con complicaciones procedían del área urbana, el 8,5% eran analfabetas y el 46,8% estudios primarios completos. Con respecto las características biológicas; el 84,3% ingresaron con embarazos a término y el 9,8% con embarazos pre-término. El 64,3% eran primigestas. Las complicaciones del embarazo más comunes fueron la ruptura prematura de membranas en 6,7%; la hipertensión inducida por el embarazo 4,1 %.

Valdés, S (2008). Investigó el "Embarazo en la adolescencia incidencia, riesgos y complicaciones", en el Hospital Municipal de Santa Cruz del Sur – Argentina, con una población de 132 adolescentes. Fue un estudio de casos y controles, Se encontró que el bajo peso materno estuvo presente en el 59,8 % de las adolescentes, el 87,1 % de estas eran amas de casa, el 78 % de estas gestantes presentó alguna complicación durante el embarazo la anemia 33,3 %, amenaza de parto pre término 14,3 %, pos termino 9,8% y sus productos sufrieron mayor número de complicaciones, además de asociarse con mayor frecuencia las complicaciones posparto para la madre. Este estudio muestra todos los riesgos que implica un embarazo en estas edades.

Pérez, A (2010). Hizo una investigación sobre "Factores de riesgo que predisponen a las complicaciones más frecuentes en las pacientes obstétricas. Realizado en la ciudad Hospitalaria – Dr. Enrique Tejera. Este estudio fue es de diseño no experimental, descriptivo, retrospectivo y transversal. Los resultados mostraron que más del 50%

de las complicaciones se observaron en embarazadas procedentes del medio rural las principales causas desencadenantes de esta condición obedecen a ausencia de control prenatal y escaso nivel educativo. Se refleja que el 87,50% de las embarazadas no practicaban actividad física regularmente, el 62,50% de las gestantes fueron solteras, un 37,5%, eran bachilleres y un 31,25% no finalizaron la secundaria, encontrándose iguales primaria incompleta; el 75% se ocupan en oficios del hogar, 18,75% estudiantes y un 6,25% obreras. En cuanto a los diagnósticos de ingreso, el 25% de infección de vías urinarias seguido de un 18,75% de eclampsia.

Perreño, C y Asociados (2010). En su estudio "Principales complicaciones de preeclampsia en pacientes que acuden al Hospital Provincial General Docente de Riobamba- Ecuador. Los resultados mostraron que en relación a la edad el 27% de afectadas están entre 25 y 29 años, 33% con peso bajo el 65% proviene del área urbana; el 72% corresponde a un nivel socio económico bajo; el 54% fueron primigestas; 41% viven en unión libre; el 67% presentó embarazo a término con edad gestacional mayor a 37 semanas; el 10% con síndrome de Hellp; 9% preeclampsia y 4% presentó eclampsia y síndrome de Hellp al mismo tiempo.

Torres, C (2010). En su investigación "complicaciones en madres primigestas con infección de vías urinarias". Estudio realizado en Hospital José María Velasco Ibarra- Ecuador. Este estudio fue descriptivo, retrospectivo y transversal. Los resultados mostraron las principales complicaciones; parto pre término 49%, ruptura prematura de membranas 14%, amenaza de aborto 11%, aborto 3%. Se determina que la principal complicación del embarazo con ITU es el parto pre término, por tanto se debe fomentar controles prenatales para disminuir el riesgo de complicaciones durante el embarazo y reducir la mortalidad materno- fetal, de la misma forma promover la planificación familiar y educar en salud a nuestra población.

OEI - Hospital Daniel Alcides Carrión (2011). Se ejecutó un estudio sobre “Complicaciones más predominantes durante el embarazo que ingresan al Hospital Daniel Alcides Carrión”. Los resultados fueron: la hemorragia (43%) ocupa el primer puesto, seguido por la hipertensión inducida por el embarazo (36%) y la infección del tracto urinario (20%). Del total de hemorragias el 70% ocurrieron por retención placentaria.

Arribasplata, I. (2011). En su estudio “principales complicaciones en el embarazo en adolescentes” estudio realizado en el Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca – Cajamarca. Este estudio fue descriptivo – retrospectivo. Respecto a los resultados sociodemográficos, tenían secundaria incompleta 32.4%, secundaria completa 25.4%, primaria incompleta 22.5%, y sin instrucción 4.2 %. En cuanto al estado civil de la gestante se observó que la mayoría de ellas viven con sus parejas (90.1 %) y en relación a la ocupación 90.1% son amas de casa. En cuanto a las características biológicas de las gestantes 25,3% periodo intergenésico largo, 63,2% primigestas el 47% tenían más de 34 semanas de gestación, Las principales complicaciones fueron infección del tracto urinario 40.8 %, seguido preeclamsia 22.5 %, anemia 14.1%, hiperémesis gravídica con 5.6%, amenaza de aborto 5.6%, placenta previa 4.2%, desprendimiento prematuro de placenta 2.8%, ruptura prematura de membrana y distocias de presentación 4.2%.

2.2. TEORÍAS SOBRE EL TEMA.

Para poder realizar el estudio con respecto al tema, características sociodemográficas – biológicas y su relación con las complicaciones durante la gestación aplicaremos la teoría de Promoción de la Salud.

Según Nola Pender. Esta teoría se basa en la educación de las personas, sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. El objetivo es de integrar tanto a la enfermera como a la persona respecto a las conductas que promueven el bienestar humano tanto físico, mental y social; ya que el profesional en enfermería debe ser el principal motivador para los pacientes en cuánto a mantener su salud personal.

Su teoría identifica en el individuo factores cognitivo-perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud, cuando existe una pauta para la acción.

La aplicación del modelo de promoción de la salud de Pender, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, examen físico y historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud. (Marriner, T 2003).

2.3. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.3.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad.

Las complicaciones durante el embarazo son frecuentes, los estudios revelan que los factores sociodemográficos como: La edad constituye una característica de riesgo donde las edades extremas (menor de 20 y mayor de 35 años) están expuestas a padecer alguna complicación durante el embarazo. Se ha planteado que las mujeres mayores de 35 años pueden padecer con mayor frecuencia enfermedades crónicas lo que facilitaría la presencia de la enfermedad de trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo. Por otra parte, se ha dicho que en el caso de las gestantes muy jóvenes (15 años) se observa con mayor frecuencia la complicación de placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, anemia. Así mismo "En razas hispano americanas y asiáticas hay mayor predisposición a complicaciones gestacionales, no así en etnias europeas donde esta predisposición es menor (Mosquera, S 2010).

Estado civil.

Es una característica que influye en la salud de las gestantes, ya que según estudios, las gestantes que son solteras presentan mayores problemas en su salud, puesto que ellas no acuden en forma temprana a su control prenatal y son las que mayor problemas económicos afrontan, atentando de esta manera contra su vida y la de su producto (Aliaga, M 1996).

Grado de instrucción.

Esta característica durante el embarazo de toda mujer, puesto mayor educación, las gestantes se van a sentir motivadas de acudir continuamente a su control prenatal, determinándose de ésta manera precozmente cualquier complicación, mientras las que no cuentan con un nivel suficiente de escolaridad por vergüenza o temor esconden su situación, lo cual expone a no

acudir a establecimientos de salud para su control (**Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2008**).

Ocupación.

La tarea o función que puede estar desempeñando la gestante puede o no estar relacionada directa e indirectamente con cualquier complicación. Una ocupación de riesgo podría interrumpir el periodo gestacional induciendo a complicaciones: ruptura prematura de membrana, desprendimiento prematuro de placenta, infección del tracto urinario, etc (**Minsa, 2001**).

Lugar de procedencia.

Es de interés a tener en cuenta durante el embarazo; puesto que las gestantes que proceden de áreas rurales presentan mayores riesgos de sufrir complicaciones durante la gestación, parto y puerperio que aquellas que viven en áreas urbanas, probablemente por no tener acceso a los centros de salud (**Mongrout, S 2000**).

2.3.2. CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS.

Peso.

El peso es una característica biológica que influye durante la gestación si éste se altera según como: La obesidad que provoca una excesiva expansión de volumen sanguíneo y un aumento exagerado del gasto cardiaco por lo que contribuye a elevar la presión arterial involucrando al surgimiento de preeclampsia. Por otro lado el bajo índice de masa corporal implica en la rotura prematura de membranas (**Mosquera, S 2010**).

Talla.

La gestante con talla baja (menos de 1,50cm) podría tener la pelvis estrecha y tiene la probabilidad que presente un parto prematuro conllevando definitivamente a una cesárea (**Tejada, G 2000**).

Edad Gestacional.

Las complicaciones se presentan mayormente en las últimas semanas de gestación por lo que los controles prenatales se realizan semanalmente por el personal de salud para evitar muertes maternas (**Ortiz, M 2008**).

Número de Gestas.

Las multigestas se ha asociado como una característica de riesgo para presentar complicaciones obstétricas, en un estudio se encontró que un 44% de las pacientes tenían 4 o más gestas. Donde se documentó que la relación está a mayor número de gestas mayor incidencia de complicaciones: (**Mosquera, S 2010**).

Periodo Intergenésico.

Espacio de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo. Se sabe que embarazos con corto periodo intergenésico (< a 24 meses) puede desencadenar diferentes complicaciones: anemias, partos pre términos, desprendimiento prematuro de placenta, retardo de crecimiento intrauterino (**Mosquera, S 2010**).

Antecedentes personales.

Es la reunión de datos subjetivos relativos a una gestante, que comprenden antecedentes familiares y personales, signos y síntomas que experimenta, tiempo de evolución; esta información puede ser relevante para diagnosticar posibles complicaciones (**Mendoza, J 1997**).

Trastornos hipertensivos. Numerosos trabajos científicos hablan de características biológicas y sociodemográficas que predisponen a padecer la enfermedad durante el embarazo, tales como las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer, bajo nivel escolar, nuliparidad, historia familiar de

preeclampsia esta contribuye a presentar desprendimiento de placenta **(Burga, L 2011)**.

Anemia. Una gestante con antecedentes de anemia tiene una mayor predisposición a desarrollar nuevamente dicha complicación, durante la gestación, pues ocurren cambios fisiológicos en la volemia y aumenta el consumo de hierro elemental por las necesidades del feto en desarrollo y la placenta **(Según Centro de Información- temas de salud 2011)**.

Infección del tracto urinario. Gestante con antecedentes de infección urinaria esta predispuesta a la invasión y desarrollo de bacterias en el tracto urinario pudiendo traer consigo complicaciones tanto materno – fetales. **(Burga, L 2011)**.

Hiperémesis gravídica. Los vómitos tiende a presentarse en la mayoría de gestantes solo en algunas se torna patológico **(Burga, L 2011)**.

Hemorragia. Esta complicación como antecedente interviene en próximas gestaciones pudiendo condicionar a que sus gestas se produzca con hemorragia ya sea en el primer, segundo o tercer trimestre **(Mongrout, S 2000)**.

Ruptura prematura de membranas. Se registran que con mayor frecuencia se presenta esta complicación en primigestas a término o pretermino así mismo cualquier gestante con antecedente de ruptura prematura de membrana puede que en los embarazos posteriores repercuta esta complicación **(INEI 2011)**.

Placenta previa. Durante el tercer trimestre los cambios dinámicos que acompañan a las modificaciones cervicales pueden llegar a producir un desprendimiento de la placenta dando lugar a una hemorragia pudiéndose asociar con mayor frecuencia a una edad avanzada (**Mongrout, S 2000**).

2.3.3. EMBARAZO.

Se conoce como embarazo al período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos (**Barboza, M 2008**).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo inicia cuando termina la implantación. La implantación es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero. Esto ocurre 5 o 6 días después de la fertilización. Entonces el blastocito penetra el epitelio uterino e invade el estroma. El proceso se completa cuando la protuberancia villi y el defecto en la superficie del epitelio se cierra. Esto ocurre entre el día 12-16 después de la fertilización (**Ministerio de Salud.2010**).

2.3.4. COMPLICACIONES DURANTE LA GESTACIÓN.

Las complicaciones del embarazo son los problemas de salud que se producen durante el embarazo. Pueden afectar la salud de la madre, del bebé o de ambos. Algunas mujeres tienen problemas de salud antes del embarazo que podrían dar lugar a complicaciones que incluyen, anemia, ITU, hiperémesis gravídica problemas con la placenta, preeclampsia, eclampsia y ruptura prematura de membrana (**Rodríguez, M 2009**).

A. INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO.

a) Definición.

Es el problema renal más frecuente durante la gestación, y se debe principalmente a las características anatómicas y cambios fisiológicos que produce el embarazo, como es la presión que ejerce el útero grávido sobre los uréteres y la vejiga favoreciendo la hipotonía y la congestión predisponiendo al reflujo vesicouretral y a las estasis urinarias, así como la mayor cantidad de nutrientes que tiene la orina de la mujer embarazada, con el aumento de glucosa y aminoácidos, lo que facilita el crecimiento bacteriano.

b) Etiología.

➤ **Los microorganismos involucrados son principalmente las enterobacterias, entre ellas**

- Escherichia coli (80% de los casos).
- Klebsiella, Proteus mirabilis.
- Enterobacter sp.
- Streptococcus del grupo B.

➤ **El aumento de infecciones urinarias durante el embarazo se relaciona a cambios anatómicos y funcionales.**

- Se dan por la acción de la progesterona se dilata o relaja la zona útero-pélvica.
- Por el crecimiento del útero se acumula en los uréteres mayor cantidad de orina, lo que puede incidir en el crecimiento de bacterias.
- Durante el transcurso del embarazo aumenta la presencia de glucosa en la orina, lo que favorece la presencia de gérmenes.

c) Factores de Riesgo.

- Bacteriúria asintomática.
- Historia de ITU de repetición.
- Litiasis renal.
- Reflujo vesico-ureteral.
- Insuficiencia renal.
- Diabetes mellitus.
- Multiparidad.
- Nivel socioeconómico bajo.

d) Se presenta de 3 Formas.

- **Bacteriuria Asintomática:** se llama así cuando se obtienen dos exámenes de uro cultivo positivo consecutivo, con el mismo germen, con recuento de colonias, en ausencia de sintomatología. Alrededor del 40% de las mujeres con Bacteriuria Asintomática no tratada desarrollan pielonefritis aguda.
- **Cistitis Aguda:** también se le llama infección urinaria baja. Se caracteriza por ardor o dolor al orinar y dolor de espalda en la zona de los riñones. El cultivo de orina es el examen que diagnostica esta infección.
- **Pielonefritis Aguda:** se trata de una infección urinaria alta y es la más grave que puede presentarse en el tracto urinario. Se caracteriza por la fiebre alta y el dolor en región lumbar baja (en la zona de los riñones). Lo más peligroso es que sin el debido tratamiento puede llegar al shock séptico.

e) Signos y síntomas.

- Disuria.
- Polaquiuria.
- Tenesmo.
- Dolor en la pelvis tipo contracciones
- Escalofríos, fiebre, sudor.
- Cambios de color u olor de la orina.

f) Tratamiento.

Para eliminar los gérmenes del tracto urinario el único tratamiento posible son los antibióticos, buscando los más efectivos contra los microorganismos que se observen en el uro cultivo y que sean inocuos para el feto.

1° Trimestre: 1ª opción: Amoxicilina/ Clavulanato 875/125 mg (V.O c/ 12 h por 7- 10 días) o Ampicilina/ Sulbactan 375 mg (V.O c/ 12 h por 7- 10 días) o Cefalexina 500 mg (V.O c/ 6 h por 7- 10 días) 2ª opción: alternativa o alergia a betalactámicos Nitrofurantoína 100mg (V.O c/ 6 h por 7- 10 días). Debe evitarse en el último trimestre.

2° trimestre: Se utilizan los mismos antibióticos y con mismo esquema o

Trimetoprima/ Sulfametoxazol 400/80 mg (V.O c/ 12 h por 7 días)

3° trimestre: Ampicilina/ Sulbactan, Amoxicilina/ Clavulanato o Cefalexina. (Alvarado, J 2006).

B. ANEMIA

a) Definición.

La anemia en la mujer embarazada se define como la concentración de Hb < 11 gr% en el primer y segundo trimestre y < 10 gr% en el tercer trimestre.

b) Etiología:

- Nutricionales (Deficiencia de hierro, Anemia Megaloblástica)
- Pérdida de Sangre.
- Enfermedades sistémicas crónicas.
- Hemolisis.

c) Cuadro clínico según grado

- **Grado leve.** Se produce fatiga debilidad, palpitaciones y somnolencia, síntomas además comunes del embarazo.
- **Grado moderado.** Existe taquicardia, palidez, sudoración y disnea de esfuerzo.

d) Clasificación.

- **Anemia ferropénica.** La deficiencia de hierro es a su vez la causa más frecuente de anemia; encontrándose un componente de ferropenia en el 75% de los casos de anemia gestacional.
- **Anemia macrocítica y megaloblástica.** Se da en las gestantes por el déficit de Ácido Fólico.

e) Factores de riesgo.

- Menstruaciones abundantes
- Embarazos con periodo intergenésico corto.
- Dietas con bajo contenido en hierro
- Embarazos anteriores sin suplemento férrico
- Baja absorción del hierro.

f) Tratamiento.

Administración de hierro por vía oral desde la primera consulta prenatal. Ingestión diaria de 60 mg de hierro elemental, como profilaxis adecuada en las pacientes con feto único.

Debe administrarse en forma de sales ferrosas:

- Sulfato ferroso: tableta de 300 mg = 60 mg de Fe elemental.
- Gluconato ferroso: tableta de 300 mg = 36 mg de Fe elemental.
- Fumarato ferroso: tableta de 200 mg = 65 mg de Fe elemental (Levin, J 2004).

C. PREECLAMPSIA.

a) Definición.

La preeclampsia (PE) es la manifestación hipertensiva más frecuente en la segunda mitad del embarazo. Se ha caracterizado como una hipertensión arterial propia del embarazo y secundaria al trofoblasto circulante. Se presentan en algunas gestantes con PAS = 140 o PAD = 90 mmHg el cual se acompaña de proteinuria (> 300 mg en 24 h).

b) Clasificación.

➤ Preeclampsia leve.

- PD: > o igual: 110 y PS: 90mmHg.
- PAM: > o igual 106 y < 126mm Hg.
- Proteinuria hasta 2 gr en 24/hrs.
- Edema leve (+).
- Aumento de peso > de 500gr por semana.

➤ Preeclampsia severa.

- PAS = 170 mmHg o PAD = 110 mmHg en 2 tomas separadas por un espacio de 6h.
- Proteinuria = 2 g/24 h.
- Creatinina = 1,2 mg/dL.
- Plaquetas \leq 100 000/mm³.
- Oliguria < 400 mL/24 h.
- Trastornos visuales o neurológicos.
- Edema pulmonar o cianosis.

c) Signos y síntomas.

- Edema, dolores epigástricos, cefalea frontal, alteraciones visuales, vómitos PAS >160mm Hg.PAD>110 mmHg, Trombocitosis< 100 000/mm³.
- Oliguria <400ml en 24/hrs, Proteinuria >3g/ltr, hemorragias de la retina.

d) Factores de riesgo.

- Primigestas adolescentes (menor de 16 años).
- Multigestas con antecedente de preeclampsia.
- Factores hereditarios:
- Hipertensión crónica
- Diabetes gestacional
- Edad materna > 35 años
- Malformación fetal Madres solteras
- Obesidad.

e) Tratamiento.

➤ **Preeclamsia Leve**

- Metildopa: 250 mg cada 8 h o
- Labetalol: 50 mg cada 6h, seguir aumentando 50 mg hasta conseguir control de la P.A.
- Hidralacina: 20 mg cada 8 o 6 h y luego, ir aumentando paulatinamente 10 mg.
- Trastornos hipertensivos del embarazo.
- control de la P.A.
- Se debe finalizar la gestación a partir de las 37 sem.
- No se debe indicar restricción salina ni diuréticos.

➤ **Preeclamsia Grave**

- Hidralacina: 5 a 10 mg por vía endovenosa en bolo lento; dosis que se puede repetir cada 15 o 20min hasta reducir la P.A al valor deseado o emplear labetalol.
- Labetalol 20 - 50 mg E.V en bolo a ritmo lento, dosis que se puede repetir cada 15 a 20 min hasta reducir la P.A a cifras deseadas (**Alvarado, J 2006**).

D. HIPERÉMESIS GRAVÍDICA.

a) Definición.

Es la presencia de náuseas, vómitos intensos y persistentes durante el embarazo que pueden conducir a la deshidratación.

b) Etiología.

- Endócrinas: Insuficiencia suprarrenal relativa.
- Psíquicas: mayormente en primigestas.
- Hormonales: HCG.
- Mecánicas: Anormalidad en la motilidad gástrica, distensión del útero y del cuello.
- Miceláneas: Deficiencias de nutrientes (Zinc).

c) Cuadro clínico.

- Vómitos incoercibles.
- Pérdida de peso > 5%.
- Signos de deshidratación, debilidad, mareos confusión.
- Cefaleas, palpitaciones.
- Cetosis, hipokalemia y alcalosis metabólica.
- Neuralgias y polineuritis (Déficit de Vit. B1)
- Insuficiencia hepática - trastornos de la coagulación.

d) Factores de riesgo.

- Niveles elevados de HCG.
- Hipersensibilidad a los estrógenos previa.
- Migraña.
- Sensible a determinados sabores u olores.

e) Tratamiento.

- **No farmacológico.**
 - Comidas poco cuantiosas, pero más frecuentes.
 - Dar preferencia a los alimentos fríos y sólidos.

- Condimentación escasa, evitando alimentos ricos en grasas.

➤ **Farmacológico.**

- Piridoxina (VitB6).
- Succinato de Doxilamina (Antihistamínico)
- Antieméticos: Prometazina - Metoclopramida.
- Proclorperazina – Droperidol + difenhidramina (Vásquez, A 1999).

E. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

a) Definición.

Es la rotura de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto. Con la consiguiente salida de líquido amniótico y comunicación de la cavidad amniótica con el endocérvix y la vagina. Consideramos RPM aquella amniorrexis que se ha producido 6 horas o más antes del inicio del parto.

b) Etiología y Factores de Riesgo.

- Bajo nivel socio económico.
- Bajo peso materno.
- Parto prematuro previo.
- Metrorragia del segundo y tercer trimestre.
- Infecciones cérvico-vaginales y vaginosis.
- Polihidroamnios.
- Embarazo gemelar.
- Malformaciones y tumores uterinos.
- Embarazo con DIU.
- Edades extremas.

c) Cuadro clínico.

- Pérdida de líquido por genitales externos.
- Líquido de color opalescente, verdoso claro, verdoso oscuro, serohemático, etc.
- Olor a hipoclorito de sodio.
- Temperatura > 38°C.

d) Tratamiento y Cuidado.

- Reposo absoluto/trendelenburg.
- Control de signos vitales (especialmente F/C; T°, P/A y latidos fetales) y obstétricos dinámica uterina cada 3 horas en un período de 10 minutos.
- Hemograma semanal o bisemanal, PCR. Leucocitos cada 48 horas.
- Apósito genital estéril.
- Evitar tacto vaginal.
- Cultivos cérvico-vaginales.
- Evaluación ecográfica.
- Adm. Antibióticos (Alvarado, J 2006).

F. HEMORRAGIA.

a) Definición.

Es todo sangrado vaginal que eventualmente se produzca mientras la mujer está embarazada.

b) Causas y síntomas.

➤ **Primera mitad del embarazo.**

- Aborto espontáneo: Se considera la pérdida de la gestación antes de las 26 semanas se presenta con dolor abdominal de tipo cólico irradiado a de coágulos de sangre por la vagina.

- Amenaza de aborto: presenta hemorragia uterina anormal, escasa o moderada, acompañada o no de dolor tipo cólico.
- Embarazo ectópico: es un embarazo extrauterino que tiende a desarrollarse el feto en las trompas de Falopio. Se caracteriza por sangramiento (precedido de un trastorno menstrual) y dolor.
- Lesiones a nivel de la vagina o a nivel del cuello uterino.

➤ **Segunda mitad del embarazo:**

- Placenta previa.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Traumatismos en el cuello del útero.
- Ruptura uterina.

c) Factores de riesgo.

- Embarazo múltiple.
- Preeclampsia.
- Antecedente de hemorragia.
- Nuliparidad.
- Obesidad.
- Macrosomía fetal.

d) Tratamiento.

- Cualquier sangrado debe ser evaluado por el médico. Si hay amenaza de aborto, siga estrictamente las órdenes del médico. No todos los sangrados vaginales requieren tratamiento
- El sangrado a comienzos del embarazo simplemente necesita reposo en cama para estabilizar el embarazo.

- Si hay aborto, podría seguir sangrando durante 10 días. Evite el uso de tampones al menos 1 mes después del aborto y espere cuando menos 4 ó 6 ciclos menstruales antes de volver a embarazarse.
- Para un sangrado vaginal causado por placenta previa, el médico la hospitalizará inmediatamente y si el sangrado persiste y el bebé ya es viable, se recomienda una cesárea.
- La infección vaginal o del cuello del útero se trata con antibióticos que sean seguros para el bebé en desarrollo (Zambrano, J 2009).

G. PLACENTA PREVIA.

a) Definición.

Es una situación dada por la implantación de la placenta, total o parcialmente, en el segmento inferior del útero es decir la parte interna del cuello uterino.

b) Etiología y Factores de Riesgo.

- Factores que afectan la implantación
 - Implantación del blastocito.
 - Receptividad del endometrio.
 - Mayor área de superficie placentaria.
 - Cicatrices uterinas.
 - Cesárea baja.
 - Modificaciones en el contorno y tamaño del útero.

c) Clasificación.

- **Placenta previa lateral o inserción baja:** Se inserta en el segmento inferior sin alcanzar el orificio interno.

- **Placenta previa marginal:** La superficie placentaria alcanza el orificio cervical interno.
- **Placenta previa oclusiva (parcial o total):** Donde la superficie placentaria cubre el orificio cervical interno parcial o totalmente.

d) Cuadro clínico.

- Hemorragia indolora.
- En reposo o actividad.
- No actividad uterina.
- sangre rojo brillante.
- Hipovolemia.
- Repetitiva al avanzar el embarazo.
- Palpación abdominal, útero blando.

e) Tratamiento.

Toda gestante con sospecha de placenta previa debe ingresar en un centro hospitalario con recursos quirúrgicos. Colocarla en reposo absoluto con vigilancia materno-fetal estricta (Alvarado, J 2006).

H. DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA.

a) Definición.

Es la separación parcial o total de la placenta normalmente insertada, que ocurre después de la semana 20 de la gestación y antes del tercer período del parto. Se conoce también como hematoma retroplacentario, entre otros.

b) Etiología y factores de riesgo.

- Pre eclampsia.
- Trauma abdominal.
- Amniocentesis.
- Bloqueo epidural.
- Hipertensión crónica.

- Multiparidad.
- poli hidramnios.
- Antecedente de DPP en embarazos previos.
- Ruptura prematura de membranas (RPM).
- Bajo incremento ponderal materno.
- Aumento de la edad materna.

c) Cuadro Clínico.

Es un sangramiento característico del tercer trimestre del embarazo. Los síntomas varían de acuerdo con la localización del proceso y su extensión.

- **Desprendimiento Leve.**
 - Signos vitales estables.
 - Sangre oscura escasa.
 - Dolor vago abdomen bajo.
 - Hipersensibilidad uterina.

- **Desprendimiento Moderado.**
 - 25 a 66% de la superficie placentaria.
 - Dolor abdominal continuo súbito.
 - Hemorragia.
 - Extravasación 1000 ml.
 - Inician signos de choque.
 - Sufrimiento fetal.
 - Hipersensibilidad uterina.
 - Contracción uterina constante.

- **Desprendimiento Grave.**
 - Hemorragia moderada o ausente.
 - Choque inmediato.
 - Oliguria y coagulopatía.

d) Tratamiento.

El manejo del DPPNI depende de la presentación clínica, edad gestacional y el grado de compromiso materno-fetal. Debido a que la presentación de la misma tiene un amplio rango, es importante individualizar el manejo caso-por-caso (Vergara, G 2005).

2.4. HIPÓTESIS.

H_i: Existe relación significativa entre las características sociodemográficas y biológicas con las complicaciones durante la gestación.

H_o: No existe relación significativa entre las características sociodemográficas y biológicas con las complicaciones durante la gestación.

2.5. VARIABLES.

VARIABLE INDEPENDIENTE.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

Son el conjunto características socioeconómico culturales que están presentes en la población sujeta a estudios, tomados aquellos que pueden ser medibles como edad, sexo, estado conyugal, nivel educacional, zona de residencia y participación en la actividad económica, condicionan su conducta frente a la fecundidad, la mortalidad, los movimientos migratorios (Paredes, F 2009).

a. Edad.

Definición Conceptual.- Peñido de tiempo que ha pasado desde el nacimiento y se expresa en años cumplidos (INEI, 2007).

Definición operacional.- Se tendrá en cuenta los siguientes indicadores:

- 15 - 20 años.
- 21 – 26 años.
- 27 – 32 años.
- 33 –38 años.
- 39 –44 años.
- De 45 a más.

b. Grado de instrucción.

Definición Conceptual.- Es el curso de un proceso educativo adquirido por una persona logrando el más alto nivel de escolaridad (**Lexus de la Salud, 2000**).

Definición operacional.- Se tendrá en cuenta los siguientes indicadores:

- Analfabeta.
- Primaria incompleta.
- Primaria completa.
- Secundaria incompleta.
- Secundaria completa.
- Superior incompleta.
- Superior completa.

c. Estado civil

Definición Conceptual.- Se entiende por estado civil a la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo (**Aliaga, M 1996**).

Definición operacional.- Se tendrá en cuenta los siguientes indicadores:

- Soltera.
- Casada.
- Conviviente.
- Viuda.
- Otros.

d. Ocupación:

Definición Conceptual.- Es la tarea o función que la persona desempeña en su puesto de trabajo y que puede estar relacionada o no a su profesión (nivel de educación), y por el cual recibe un ingreso de dinero o especie (**Minsa, 2010**).

Definición operacional.- Se tendrá en cuenta los siguientes indicadores:

- Ama de casa.
- Comerciante.
- Estudiante.
- Empleada pública.
- Otros.

e. Procedencia.

Definición Conceptual.- Lugar donde radica habitualmente la persona, estableciendo su residencia habitual (**INEI 2007**).

Definición operacional.- Se tendrá en cuenta los siguientes indicadores:

- Zona urbana.
- Zona rural.

CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS.

Es la característica o atributo biológico, ambiental o social que está presente asociándose a un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos. Dentro de las características están: peso, talla, periodo gestacional, paridad.

a. Talla.

Definición Conceptual.- Es la medición de la estatura o longitud del cuerpo humano desde la planta de los pies hasta el vértice de la cabeza (**Tejada, G 2000**).

Definición operacional.-Se tuvo en cuenta los siguientes indicadores:

- Igual a 1.50cm.
- Menor de 1.50cm.
- Mayor de 1.50cm.

b. Peso.

Definición Conceptual.-Es la masa del cuerpo en la gestante aumenta unos 10- 12 kilogramos de peso, aproximadamente 20% sobre su peso pre gestacional habitual, aumentado en el I trimestre 1 kg mensual, en el II trimestre 1.2 kg mensual y en el III Trimestre. 1.5 a 2 kg mensual de acuerdo a la ganancia el peso será en bajo peso, normal y sobrepeso (**Alvarado, J 2006**).

Definición operacional.- Se tuvo en cuenta los siguientes indicadores:

- Bajo peso.
- Normal.
- Sobrepeso.

c. Edad Gestacional.

Definición Conceptual.- Es el tiempo medido en semanas desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta el nacimiento (**Alvarado, J 2006**).

Definición operacional.- Se tuvo en cuenta los siguientes indicadores:

- > 20 semanas.
- 20 - 25 semanas.
- 26-31 semanas.
- 32-37 semanas.
- < de 38 a más semanas.

d. Numero de gestas.

Definición Conceptual.- Recibe esta denominación toda mujer que está embarazada. Se puede identificar Primigesta grávida por primera vez, Multigesta mujer en su segundo o posterior embarazo (**Alvarado, J 2006**).

Definición operacional.- Se tuvo en cuenta los siguientes indicadores:

- Primigesta.
- Multigesta.

e. Periodo Intergenésico.

Definición Conceptual.- Espacio de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo (**Mosquera, S 2010**).

Definición operacional.- Se tuvo en cuenta los siguientes indicadores:

- Periodo intergenésico corto: < 24 meses.
- Periodo intergenésico largo: > 60 meses.
- periodo intergenésico normal =30 meses.

f. Antecedentes personales.

Definición Conceptual. Son todos aquellos datos gineco obstétricos que le han sucedido durante el transcurso de la vida y pueden influir durante la gestación (**Burga, L 2011**).

Definición operacional.- Se tuvo en cuenta los siguientes indicadores:

- Trastornos hipertensivos.
- Anemia.
- Infección del tracto urinario.
- Hiperémesis Gravídica.
- Hemorragia.
- Rotura prematura de membranas.
- Placenta previa.

VARIABLE DEPENDIENTE.

COMPLICACIONES DURANTE LA GESTACIÓN.

Las complicaciones del embarazo son los problemas de salud que se producen durante el embarazo.

a. Infección del tracto urinario (ITU).

Definición Conceptual.- Patología que con mayor frecuencia complica en el embarazo, cuyo aspecto clínico abarca desde la bacteriuria asintomática la uretritis y cistitis, hasta la pielonefritis (Maciel, J 2008).

Definición operacional.- Se tuvo en cuenta los siguientes indicadores:

- Si.
- No.

b. Anemia.

Definición Conceptual.- Disminución de la concentración de la hemoglobina por debajo del límite normal en una gestante (11mg/dl) (OMS, 2008).

Definición operacional.- Se tuvo en cuenta los siguientes indicadores:

- Si.
- No.

c. Preeclampsia.

Definición Conceptual.- Se define como la detección de una PAS = 140 mmHg o PAD = 90 mmHg que aparece después de las 20 semanas de embarazo en una mujer previamente normotensa (Alvarado, J 2006).

Definición operacional.- Se tuvo en cuenta los siguientes indicadores:

- Si.
- No.

d. Hiperémesis Gravídica.

Definición Conceptual.- Estado grave de náuseas y vómitos, suficiente para producir reducción ponderal, deshidratación, acidosis, alcalosis por pérdida de ácido clorhídrico e hipopotasemia (Vásquez, A1999).

Definición operacional.- Se tuvo en cuenta los siguientes indicadores:

- Si.
- No.

e. Ruptura prematura de membranas.

Definición Conceptual.- Es la rotura de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto (Alvarado, J 2006).

Definición operacional.- Se tuvo en cuenta los siguientes indicadores:

- Si.
- No.

f. Hemorragia.

Definición Conceptual.- Una hemorragia en el embarazo es todo sangrado vaginal que eventualmente se produzca mientras la mujer está embarazada (Zambrano, J 2009).

Definición operacional.- Se tuvo en cuenta los siguientes indicadores:

- Si.
- No.

g. Placenta previa.

Definición Conceptual.- Es una situación dada por la implantación de la placenta, total o parcialmente, en el segmento inferior del útero es decir la parte interna del cuello del cuello uterino (Alvarado, J 2006).

Definición operacional.- Se tuvo en cuenta los siguientes indicadores:

- Si.
- No.

h. Desprendimiento prematuro de placenta (DPP)

Definición Conceptual.- Es la separación parcial o total de la placenta normalmente insertada, que ocurre después de la semana 20 de la gestación y antes del tercer período del parto (Vergara, G 2005).

Definición operacional.- Se tuvo en cuenta los siguientes indicadores:

- Si.
- No.

CAPITULO III

3. ABORDAJE METODOLÓGICO.

3.1. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

El presente trabajo de investigación es de abordaje cuantitativo de diseño correlacional, retrospectivo y transversal.

Es un enfoque cuantitativo porque usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. Es correlacional ya que se compara la relación existente entre las características sociodemográficas y biológicas con las complicaciones de las gestantes. Retrospectivo se tomó datos obtenidos de las historias clínicas de las gestantes que fueron atendidas durante el periodo de Enero - Julio del 2013 y transversal porque los datos fueron tomados en un solo momento (**Hernández, R 2010**).

3.2. ÁREA ESTUDIO.

El área de estudio fue el Distrito de Chota, en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, el cual se encuentra ubicado en la parte central de la provincia, en la región andina norte del Perú. Su capital se encuentra en la meseta de Akunta a 2,388 msnm y a 150 Km al norte de Cajamarca o a 219 Km al este de Chiclayo, Lambayeque.

El distrito se ubica a una longitud, teniendo en cuenta el meridiano base GREENWICH de 0°0'0" hacia el hemisferio occidental está ubicado el Perú con su grado referencial, el que pasa por Lima es el de 75° de longitud occidental; más al oeste se ubica nuestro departamento de Cajamarca por cuya capital pasa el meridiano 78°30' más al occidente se ubica la capital de la provincia de Chota y distrito de Chota; por cuya plaza pasa el meridiano imaginario 78°39'29" de longitud occidental.

La latitud en la que ubica según el círculo máximo imaginario ecuatorial que marca 0°0'0" y divide la tierra en hemisferio norte y hemisferio sur. Nuestro país se localiza en el hemisferio sur, en cuanto nos referimos a Cajamarca se encuentra más próximo a esta línea ecuatorial con una latitud de 7°12'05" y nuestra ciudad de Chota se ubica más al norte de la capital departamental, por este lugar pasa el paralelo 6°33'48". Chota está a una altitud específicamente la ciudad capital, se encuentra a 2,388 msnm. Sus límites son: NORTE: Con las Provincias de Ferreñafe y Cutervo, SUR: Con las Provincias de Celendín, Hualgayoc y Santa Cruz, ESTE: Con el Río Marañón que es el límite con la Provincia de Luya, OESTE: Con las Provincias de Chiclayo y Ferreñafe (OEI – DISA CHOTA 2009).

3.3. ESCENARIO DEL ESTUDIO.

La investigación se llevó a cabo en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital General I José Hernán Soto Cadenillas de la Provincia y Distrito de Chota.

Dicho nosocomio está categorizado como Hospital de segundo nivel de complejidad con categoría II-1, por contar con las 4 principales áreas de atención: medicina, cirugía neonatología-pediatría y Gineco - Obstetricia. Así mismo por tener capacidad resolutive.

El servicio de Gineco- Obstetricia se atiende a pacientes intervenidas quirúrgicamente (Cesárea), pacientes con afecciones ginecológicas, gestantes con complicaciones como hiperémesis gravídica, preeclampsias, infección del tracto urinario, desprendimiento de placenta, ruptura prematura de membranas entre otras.

3.4. POBLACIÓN.

La población para el estudio de investigación estuvo conformada por 120 historias clínicas de gestantes que presentaron complicaciones durante la gestación atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital José Soto Cadenillas – Chota en el periodo de Enero - Julio del 2013. (OEI – DISA CHOTA 2013).

3.5. UNIDAD DE ANÁLISIS.

La unidad de análisis del presente trabajo estuvo constituida por cada una de las historias clínicas de las gestantes que presentaron complicaciones durante la gestación y fueron atendidas en el servicio de Gineco- Obstetricia de Enero - Julio del 2013.

3.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Historias Clínicas de la gestante con complicaciones que fueron atendidas en el servicio de Gineco -Obstetricia del H.J.S.C.- Chota Enero-Julio 2013.
- Historias Clínicas de gestantes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia dentro del período Enero-Julio 2013.

3.7. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Historias Clínicas incompletas de gestantes atendidas en el servicio de Gineco -Obstetricia dentro del período Enero-Julio 2013.

3.8. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la ejecución del estudio se realizaron los trámites administrativos se solicitó autorización al Director del hospital José Hernán Soto Cadenillas- Chota para realizar la revisión de las Historias Clínicas de las gestantes que fueron atendidas en el servicio de Gineco- Obstetricia en los de Enero -Julio del año 2013.

Los datos fueron recolectados a través de una ficha estructurada, elaborado por Ortiz, M (2004) utilizada en su trabajo de investigación "Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes" - Hospital Sergio E. Bernales dicho instrumento fue adaptado a los objetivos de la presente investigación.

La ficha estructurada consta de 3 partes que se describen a continuación: 1 características sociodemográficas. 2 características biológicas y 3 complicaciones durante el embarazo. (Anexo 01).

3.9. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

- Para procesar la información se utilizó el programa SPSS versión 21, los resultados serán presentados en cuadros simples y de doble entrada.
- Para el desarrollo del presente trabajo se tuvo en cuenta como las características sociodemográficas - biológicas se relacionan con las complicaciones durante la gestación donde al realizar el análisis y comparar con otros estudios demostramos su similitud o diferencia y se trata de dar una explicación fundamentándose en el conocimiento existente para establecer la relación se aplicó las pruebas estadísticas como la CHI cuadrada.

3.10. PRINCIPIOS ÉTICOS.

En relación a la ética: se tuvo en cuenta los siguientes principios éticos que aseguraran la validación del trabajo de investigación.

- a. **Confidencialidad:** Se refiere a que los datos registrados en las historias clínicas de las gestantes que presentaron complicaciones, no serán revelados, se utilizarán solo para fines de investigación.
- b. **Credibilidad:** Se refiere al valor de la verdad, la cual será considerada en todo el proceso de la investigación que se obtendrá de la información registrada en las historias clínicas de las gestantes con complicaciones.
- c. **Confirmabilidad:** Los resultados fueron determinados por los datos registrados tal y como se encuentra en la historia clínica de cada gestante con complicaciones, dejando de lado los prejuicios en la investigación.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Respecto a los resultados a continuación presentamos exclusivamente los cuadros que guardan relación altamente significativa y significativa entre ambas variables. Para valorar la significancia estadística se utilizó la prueba de la Chi cuadrada (X^2), con un $P < 0,05$ y el coeficiente de Pearson.

CUADRO: 1 Características Sociodemográficas en gestantes atendidas en el Servicio de Gineco - Obstetricia Hospital José Soto Cadenillas Chota Enero - Julio 2013.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Nº	%
EDAD		
15 - 20 Años	23	19,2
21 - 26 años	28	23,3
27- 32 años	37	30,8
33 - 38 años	20	16,7
39 - 44 años	11	9,2
De 45 a más	1	0,8
Total	120	100,0
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Analfabeta	4	3,3
Primaria incompleta	16	13,3
Primaria completa	22	18,3
Secundaria incompleta	29	24,2
Secundaria completa	36	30,0
Superior incompleta	10	8,3
Superior completa	3	2,5
Total	120	100,0
ESTADO CIVIL		
Soltera	12	10,0
Casada	24	20,0
Conviviente	84	70,0
Total	120	100,0
OCUPACIÓN		
Ama de casa	90	75,0
Comerciante	13	10,8
Estudiante	7	5,8
Empleada pública	10	8,3
Total	120	100,0
PROCEDENCIA		

Zona urbana	42	35,0
Zona rural	78	65,0
Total	120	100,0

En el presente cuadro respecto a las características sociodemográficas de las gestantes con complicaciones según la edad se obtuvo que el 30,8% del total de gestantes tiene una edad de 27 a 32 años seguido del 23,3% que corresponde a las madres gestantes entre 21- 26 años y en menor porcentaje las que se encontraban entre 15-20 años.

Respecto al grado de instrucción del total de gestantes con complicaciones el 30,0% tenían secundaria incompleta, 24% primaria completa, 18,35% secundaria completa, 13,3% tienen primaria incompleta.

En cuanto al estado civil de las madres gestantes se encontró que el 70% de las gestantes son convivientes, 20% casadas y el 10% solteras.

Respecto a la ocupación se observa que el 75% de gestantes con complicaciones son amas de casa, seguido del 10,8% son comerciantes, el 8,3% son empleadas públicas y el 5,8% son estudiantes

De acuerdo a la procedencia se obtuvo que el 65% de gestantes son del área rural y el 35% del área urbana.

Demuestran que la mayoría de madres tienen entre 27-32 años coinciden los parámetros con datos del INEI (2011) Perú. Datos encontrados de las gestantes en el área urbana, la edad de las gestantes alcanza su mayor nivel en el grupo de 25 a 34 años con 62,7% del total. En cambio, en el área rural, la edad de las gestantes muestra su mayor nivel entre las mujeres de 20 a 34 años fue 71,8% del total.

En relación a la educación los resultados del estudio muestran que la educación cada año va mejorando ya que el gobierno a implementando diversos programas en mejora de la educación. Según el INEI (2012) registra que el porcentaje de gestantes con nivel de educación primaria que en el año 1996 representaba el 20,4% disminuyó a 10,9%. Aquellas con nivel educativo secundaria o superior se incrementaron de 12,0% en 1996 a 23,1% en 2012.

Con respecto al estado civil, los resultados coinciden con el INEI (2012). Registró 42,4% de las gestantes del país son convivientes, mientras que el 34% ha contraído matrimonio, 8% corresponde a separadas o divorciadas; 7,1% a gestantes solteras y el 8,5% a viudas. En nuestra zona la decisión optan por la convivencia por diferentes factores: por no contar con recursos económicos suficientes para realizar fiestas y trámites de matrimonio por otro lado muchas parejas optan por experimentar la convivencia si funciona o no su relación, hoy en día se están perdiendo las costumbres de matrimonio que anteriormente se tenían.

En relación a la ocupación se encontró que los resultados del estudio coinciden con en el INEI (2011). Las tasas específicas de ocupación evidencian que en nuestro país el 53,5 % de las gestantes se dedican a labores de su hogar, seguido de gestantes jóvenes se dedican a otras ocupaciones como comerciantes, agrícolas.

Señala que la mayoría de madres son ama de casa porque en la zona rural la mujer está dedicada al cuidado del hogar y de los hijos ya que el esposo busca el sustento económico de la familia.

Respecto a la procedencia de las gestantes los resultados no se asemejan con los encontrados por el INEI (2011), donde reporta que el 74,6 % de las mujeres gestantes con complicaciones residían en el área urbana del país, y un 25,4% viven en la zona rural.

En nuestra zona podemos inferir que la procedencia rural puede afectar de manera considerable el proceso gestacional puesto que hay dificultades para el desplazamiento por estar en zonas de difícil acceso, lugares distantes, pobreza; igualmente la escolaridad primaria considerada como bajo nivel educativo puede interferir en un proceso de concientización para asistir a los controles prenatales, al curso psicoprofiláctico, el estar ubicados en el área urbana, permite a la gestante una mayor accesibilidad a los programas de promoción y prevención embarazo y el seguimiento de su proceso gestacional.

CUADRO: 2 Características Biológicas en gestantes atendidas en el Servicio de Gineco - Obstetricia Hospital José Soto Cadenillas Chota Enero - Julio 2013.

CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS	N	%
TALLA		
Menor de 1.50cm	31	25,8
Mayor de 1.50cm	49	40,8
igual a 1.50cm	40	33,3
Total	120	100,0
PESO		
Bajo peso	16	13,3
Normal	102	85,0
Sobre peso	2	1,7
Total	120	100,0
PERIODO INTERGENÉSICO		
Periodo corto: < 24 meses	22	18,3
periodo largo: > 60 meses	25	20,8
Periodo normal	73	60,8
Total	120	100,0
EDAD GESTACIONAL		
< 20 de semanas	16	13,3
20-25 semanas	13	10,8
26-31 semanas	15	12,5
32- 37 semanas	59	49,2
38 a más semanas	17	14,2
Total	120	100,0
GESTAS		
Primígesta	73	60,8
Multigesta	47	39,2
TOTAL	120	100,0

En el cuadro 2 en relación a la talla encontramos que el 40,8% de las gestantes tienen una talla mayor a 150 cm seguido 33,3% con talla igual a 150 cm y el 25,8% tiene una talla menor de 150 cm. En relación al peso se encontró que el 85% tenía un peso normal, 13,3% bajo peso y solo el 1,7% tenían sobre peso.

Referente al periodo intergenésico el 18,3% tuvieron un periodo corto < de 24 meses y el 20,8% un periodo largo, el 60,8% tienen periodo normal.

En cuanto a la edad gestacional se encontró que el 49,2 % tenía entre 32 a 37 semanas de gestación, seguido por el 14,2% que tenían de 38 a más semanas de gestación, el 13,3% tenían menos de 20 semanas.

Respecto al número de gestas de las gestantes con complicaciones el 60,8% son primigestas y el 39,2% multigestas.

Cabe indicar que en relación a la talla no es una característica específica para desarrollar una complicación durante la gestación si puede repercutir durante el parto.

Con respecto al peso se podría explicar que las gestantes de la zona rural tienden a presentar un peso normal porque este grupo tiene diferentes estilos de vida en comparación a las gestantes de zona urbana por el hecho que tiene un mayor desarrollo económico que conlleva al cambio de los estilos de vida, y provocan modificaciones en los patrones de alimentación y la actividad física.

Respecto al periodo intergenésico encontramos que las gestantes con complicaciones la mayoría ha tenido un periodo intergenésico normal (30 meses). Resultados que al compararlos con el estudio encontrado por Burga, L (2011). Donde el periodo intergenésico normal es el ideal para llevar un embarazo adecuado porque durante la gestación y la lactancia la madre disminuye sus recursos biológicos y nutritivos, necesitando un tiempo para recuperarse y prepararse para otro embarazo. Los resultados de estos estudios hacen pensar que es importante para lograr un adecuado resultado materno y fetal que la madre planifique sus embarazos en periodos mayores de 2.5 años.

Respecto a la edad gestacional coinciden con los referidos por Caiza. S (2010). Quien encontró que un porcentaje muy bajo 2% de pacientes presentaron una edad gestacional menor a las 34 semanas mientras que el 98% mostraron una edad gestacional mayor de las 34 semanas donde presentaron complicaciones gestacionales.

En cuanto al número de gestas. Coincide con el INEI (2010) donde indica que el 62% de las gestantes en el Perú son primigestas y el 38% son madres multigestas donde se deduce que las primigestas tienden a presentar alguna complicación con mayor incidencia durante su embarazo.

CUADRO: 3 Características Biológicas (Antecedentes Personales) de las gestantes atendidas en el Servicio de Gineco - Obstetricia Hospital José Soto Cadenillas Chota Enero - Julio 2013.

CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS (ANTECEDENTES PERSONALES)	N	%
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS		
Si	22	18,3
No	106	88,3
Total	120	100,0
ANEMIA		
Si	8	6,7
No	112	93,3
Total	120	100,0
INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO		
Si	23	19,2
No	98	81,7
Total	120	100,0
HIPERÉMESIS GRAVÍDICA		
Si	14	11,7
No	97	80,8
Total	120	100,0
HEMORRAGIA		
Si	3	2,5
No	117	97,5
Total	120	100,0
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		
Si	6	5,0
No	114	95,0
Total	120	100,0
PLACENTA PREVIA		
Si	2	1,7
No	118	98,3
Total	120	100,0

En el presente cuadro, se observa que en relación a los antecedentes personales de la población estudiada se registra que el 19,2% presentaron infección del tracto urinario; 18,3% trastornos hipertensivos, 11,7% hiperémesis gravídica; 6,7% anemia; 5,0% ruptura prematura de membranas, hemorragia 2,5% y placenta previa con 1,7%.

En relación a los antecedentes personales Acuña, U (2009). Refiere que las gestantes con antecedentes patológicos aumentan 4 veces más el riesgo de

presentar una complicación durante el proceso de gestación éstas presentándose temprano o tardíamente.

En el presente estudio se encontró que 78 (65%) gestantes presentaron antecedentes personales de las patologías descritas anteriormente esto aumentaría la posibilidad de sufrir cualquier complicación durante el embarazo. Resultados coinciden con los encontrados por el estudio realizado por Burga, L (2011) donde el 92,49% de pacientes con preeclampsia-eclampsia, tuvieron antecedentes personales; en cambio, en las pacientes sin este antecedente obstétrico, el porcentaje fue de 7,51%, existiendo diferencia estadísticamente significativa. Asimismo la infección de vías urinarias de este grupo de estudio el 75%, tuvieron antecedente patológico que se presentó con mayor frecuencia. En cuanto al antecedente de anemia dos terceras partes de mujeres no embarazadas en edad reproductiva, tienen evidencia de deficiencia de hierro, y al menos 5% tienen anemia.

Por lo tanto se confirma que el tener antecedentes personales y gineco obstétricos predispone a la gestante a desarrollar complicaciones durante la gestación, siendo prioridad del personal de salud realizar un control prenatal con atención reenfocada, y así brindar una atención de calidad según la necesidad de cada una de las gestantes.

CUADRO: 4 Complicaciones durante el Embarazo en gestantes atendidas en el Servicio de Gineco - Obstetricia Hospital José Soto Cadenillas Chota Enero - Julio 2013.

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO	N	%
INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO		
Si	83	69,2
No	37	30,8
Total	120	100,0
ANEMIA		
Si	14	11,7
No	106	88,3
Total	120	100,0
PRE ECLAMPSIA		
Si	42	35,0
No	78	65,0
Total	120	100,0
HIPERÉMESIS GRAVÍDICA		
Si	23	19,2
No	97	80,8
Total	120	100,0
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		
Si	22	18,3
No	98	81,7
Total	120	100,0
HEMORRAGIA		
Si	11	9,2
No	109	90,8
Total	120	100,0
PLACENTA PREVIA		
Si	4	3,3
No	116	96,7
Total	120	100,0
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA		
Si	5	4,2
No	115	95,8
Total	120	100,0

Según el cuadro 4, se observa que las complicaciones que presentaron las gestantes con mayor frecuencia fue infección del tracto urinario con 69,2%; 35,0% preeclampsia, 19,2% hiperémesis gravídica; 18,3% ruptura prematura de membranas; 11,7% anemia; 9,2% hemorragia; 4,2%, desprendimiento prematuro de placenta y 3,3% placenta previa.

Estos resultados son semejantes a los encontrados con el estudio "Principales Complicaciones del Embarazo- Centro de Salud Materno Infantil –Baños Del Inca- Cajamarca. Realizado por Arribasplata, I. (2011). Donde se encontró que las principales complicaciones fueron infección del tracto urinario 40,8 %, seguido preeclampsia 22,5 %, anemia 14,1%, amenaza de aborto 5,6%, hiperémesis gravídica con 5,6%, placenta previa 4,2%, desprendimiento prematuro de placenta 2,8%, y ruptura prematura de membrana y distocias de presentación 4,2%.

Así mismo coinciden con los datos encontrados por Gilstrap, L. (2002). En su estudio "Infecciones de las vías urinarias durante el embarazo" confirman, que las infecciones del tracto de las vías urinarias como grupo, constituyen la complicación médica más frecuente durante el embarazo con una incidencia de 5 a 10 %. La tasa de bacteriuria asintomática durante el embarazo es similar a la de la población no gestante y se considera que la mayor parte de ellas son previas al embarazo.

Según el INEI (2011). 2 de cada 10 mujeres de 12 a 49 años de edad padece de anemia 19%, en el área rural esta prevalencia es mayor 22% y según la condición de pobreza las mujeres con pobreza extrema presentan la mayor prevalencia 26% en Huaraz se identificó que la frecuencia de anemia en la gestación (Hb<11 g/dl) fue del 49,6%.

Resultados que se asemejan con el estudio realizado por la Asociación de Ginecología y Obstetricia (2011). Se estima que la preeclampsia afecta al 81% de las embarazadas constituye la segunda causa de morbimortalidad materno-fetal en muchas partes del mundo. La incidencia en gestantes se reporta 75% de las pacientes con preeclampsia son nulíparas en este sentido, las nulíparas tienen un riesgo para preeclampsia estimado en 5% a 6%, en comparación con las múltiparas cuyo riesgo es menor al 1%, como otro factor

de riesgo identificado es la historia familiar habiendo la probabilidad de 4 a 5 veces mayor riesgo de presentar la enfermedad durante la gestación.

Resultados que coinciden por Cotrina, S (2007). En su estudio "factores de riesgo y complicaciones durante el embarazo". Registra que la incidencia de hiperémesis gravídica afecta a más del 20% de las mujeres embarazadas y aumenta en algunas circunstancias, tales como 5,0% en gestantes adolescentes 10% la nuliparidad, antecedente en una gestación anterior 15,2%. En cuanto a placenta previa igual son similares donde señala que la incidencia aumentado en los últimos años y se estima actualmente en 1/200 gestaciones. La placenta previa, supone un 20% de las hemorragias del tercer trimestre de la gestación y conlleva una elevada morbimortalidad materno-fetal.

En el Perú según el Ministerio de Salud (2007). La frecuencia de ruptura prematura de membranas es de 16% a 21% en embarazo a término y 15% a 45% en el embarazo pretérmino. Resultados similares al presente estudio.

Hoy en día todo embarazo es considerado de riesgo y muchos de alto riesgo ya que las complicaciones es la principal causa de la morbimortalidad materno fetal, demostrándose en los resultados encontrados y descritos anteriormente. Donde la infección del tracto urinario se presenta por cambios fisiológicos, anatómicos y funcionales. Es así que los niveles altos de progesterona relajan los músculos de la vejiga y de los uréteres produciendo una realentización en el flujo de orina. Además, el aumento de tamaño del útero que se produce a lo largo de la gestación puede comprimir los uréteres y dificultar el paso rápido y fluido de la orina. El resultado de todos estos cambios es que la orina tarda más tiempo en recorrer las vías urinarias facilitando la posibilidad de que las bacterias se multipliquen.

Es importante que el personal de salud, realice un control prenatal periódico, precoz y completo donde se puede detectar esta complicación para su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno haciendo participar a la gestante en su autocuidado en beneficio de su salud.

CUADRO: 5 Característica Sociodemográfica asociado a Complicación de las gestantes atendidas en el Servicio de Gineco - Obstetricia Hospital José Soto Cadenillas Chota Enero - Julio 2013.

CARACTERÍSTICA SOCIODEMOGRÁFICA	COMPLICACIÓN				TOTAL	
	ANEMIA					
	SI		NO		N	%
	N	%	N	%		
15 - 20 Años	2	1,7	21	17,5	23	19,2
21 – 26 años	1	0,8	27	22,5	28	23,3
27- 32 años	3	2,5	34	28,3	37	30,8
33 - 38 años	0	0,0	20	16,7	20	16,7
39 - 44 años	7	5,8	4	3,3	11	9,2
De 45 a más	1	0,8	0	0,0	1	0,8
TOTAL	14	11,7	106	88,3	120	100,0

CHI CUADRADA = 41,474

P = 0,000

En el presente cuadro observamos que 28,3% de las gestantes que no presentaron anemia su edad comprende entre 27 a 32 años, 5,8% de las gestantes que presentaron anemia su edad corresponde entre 39-44 años, seguido de 1,7% de las gestantes que presentan anemia su edad comprende entre 15 - 20 años, y el 0,8% de las gestantes que presentaron anemia esta entre 21-26 años de edad.

La asociación edad y anemia ha sido evaluada por Gonzales G, (1998). Donde son semejantes con los encontrados, cuyos resultados fueron que la prevalencia de anemia fue 72,7% en las gestantes menores de 19 años; 69,1% en las gestantes que tenían de 20 a 35 años y 74,4% en las mayores de 35 años.

De igual forma resultados encontrados por el INEI (2011). Coinciden donde la prevalencia de anemia estimada entre las gestantes que acudieron al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa fue el 91,8%, de las gestantes corresponde a las edades de 20 a 34 años, seguidas por las

pacientes menores de 20 años con 6,1% y por último las gestantes mayores de 34 años.

Al someterse las variables a la prueba de la prueba de la CHI – cuadrada se encontró que existe una relación altamente significativa entre edad y anemia durante la gestación siendo el valor de ($P = 0,000$).

Los resultados de este estudio confirman, que las edades extremas son factores de riesgo para sufrir anemia durante el embarazo, esto se debe a que en la etapa de la adolescencia aún el crecimiento y desarrollo no se ha culminado, por lo tanto sus necesidades de hierro son mayores, en cambio en las gestantes mayores de 35 años la producción de hemoglobina disminuye paulatinamente ya que diariamente, una mujer adulta pierde alrededor de 1 miligramo de hierro a través de la piel, mucosas, heces, orina y menstruación. Por otro lado se debe a que en dicha etapa hay una predisposición debido al aumento de la masa eritrocítica y el incremento del volumen plasmático.

Así mismo durante el embarazo existe un cierto grado de anemia causado por un aumento de la demanda de hierro para el desarrollo normal del feto ya que requiere de grandes cantidades de hierro.

La promoción y prevención de la salud, en la etapa de la adolescencia, se debe realizar a través del trabajo en instituciones educativas, con temas de salud sexual y reproductiva con la finalidad de prevenir embarazos no planificados y por ende las complicaciones durante la gestación. Así mismo en las mujeres con edad mayor de 35 años, se debe orientar a realizarse exámenes hematológicos pre gestacionales así evaluar el grado de anemia que podría estar expuesta, para poder intervenir suplementando con hierro y ácido fólico.

CUADRO: 6 Característica Sociodemográfica asociado a Complicación de las gestantes atendidas en el Servicio de Gineco - Obstetricia Hospital José Soto Cadenillas Chota Enero - Julio 2013.

CARACTERÍSTICA SOCIODEMOGRÁFICA	COMPLICACIÓN				TOTAL	
	ANEMIA					
	SI		NO		N	%
N	%	N	%			
Analfabeta	3	2,5	1	0,8	4	3,3
Primaria incompleta	3	2,5	13	10,8	16	13,3
Primaria completa	5	4,2	24	20,0	29	24,2
Secundaria incompleta	2	1,7	34	28,3	36	30,0
Secundaria completa	1	0,8	21	17,5	22	18,3
Superior incompleta	0	0,0	10	8,3	10	8,3
Superior completa	0	0,0	3	2,5	3	2,5
TOTAL	14	11,7	106	88,3	120	100,0

CHI CUADRADA =21,326

P = 0,002

En cuanto al grado de instrucción se observa que 28,3% de las gestantes que no presentaron anemia tenía secundaria incompleta; 4,2% de las gestantes que presentaron la complicación de anemia tenían primaria completa y el 0,0% de las gestantes corresponde a superior incompleta de igual porcentaje en superior completa.

Según resultados coinciden con los encontrados por UNICEF (2009). En relación al nivel educativo de las gestantes que presentaron anemia 10.5% primaria completa, 13.2% primaria incompleta, 1.3% secundaria completa. Las gestantes con deficiencia de hierro durante el embarazo resultó el 50% afectando a la madre y el producto.

Al someterse las variables a la prueba de CHI – cuadrada se encontró que la asociación es significativa entre grado de instrucción y anemia siendo el valor de (P=0.002). Resultados que nos indican a menor grado de instrucción mayor probabilidad de anemia.

Resultados que sustentan que el tener un nivel educativo superior, permite a la gestante poner en práctica cuidados esenciales durante la gestación, mejorando sus estilos de vida de alimentación de acuerdo a sus necesidades y evita así estar expuesta. El personal de salud debe afianzar este conocimiento y hábitos saludables realizando la prevención y promoción en esta población.

CUADRO: 7 Característica Biológica asociado a la Complicación de las gestantes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia Hospital José Soto Cadenillas Chota Enero - Julio 2013.

CARACTERÍSTICA BIOLÓGICA	COMPLICACIÓN				TOTAL	
	ANEMIA					
	SI		NO			
	N	%	N	%	N	%
Bajo peso	7	5,8	9	7,5	16	13,3
Normal	7	5,8	95	79,2	102	85,0
Sobre peso	0	0,0	2	1,7	2	1,7
TOTAL	14	11,7	106	88,3	120	100,0

CHI CUADRADA =18,529

P = 0,000

En el presente cuadro se observa que 79,2 de las gestantes que no presentaron anemia corresponde a gestantes de peso normal; 5,8% de las gestantes que presentaron anemia tuvieron bajo peso; de igual porcentaje de las gestantes con peso normal.

Estos resultados coinciden con los estudios realizado por UNICEF (2009). Registrado que en el Perú 42,6 % de las gestantes anémicas fueron de bajo peso, seguido de 41% de las pacientes estudiadas tenían peso normal.

Al someterse las variables a la prueba de la CHI-cuadrada se encontró que la anemia durante la gestación tiene asociación altamente significativa al peso de la madre gestante siendo el valor de (P: 0,000).

Este resultado demuestra la relación directa entre el estado nutricional de la embarazada y la predisposición a la anemia ya que precisamente, las causas más frecuentes de anemia en el embarazo son de origen nutricional, muchas de las gestantes son conscientes de elegir nutrientes de calidad pero no la cantidad necesaria sabiendo que una mujer embarazada sus requerimientos son mayores que una mujer no gestante ya que deben tener una ganancia de peso en el transcurso del embarazo de 10- 12 Kg.

CUADRO: 8 Característica Biológica asociada a complicación de las gestantes atendidas en el Servicio de Gineco - Obstetricia Hospital José Soto Cadenillas Chota Enero - Julio 2013.

CARACTERÍSTICA BIOLÓGICA	COMPLICACIÓN				TOTAL	
	PREECLAMPSIA					
	SI		NO		N	%
(Antecedente Personal)	N	%	N	%	N	%
Si	13	10,8	1	0,8	14	11,7
No	29	24,2	77	64,2	106	88,3
TOTAL	42	35,0	78	65,0	120	100,0

CHI CUADRADA =23,320

P = 0,000

En el presente cuadro se observa que el 64,2% de las gestantes no presentaron como complicación preeclampsia y no refirieron antecedente el 24,2%, solo el 10,8%, presento la complicación preeclampsia.

Estudio realizado por Cortés, P (2009). “Epidemiología de los estados hipertensivos del embarazo”. Cuyos resultados son semejantes puesto que los antecedentes de trastornos se encontraron en 38,5% gestantes de las cuales 29,2% desarrollo la preeclampsia

Al someterse las variables a la prueba de la CHI – cuadrada se encontró que existe una relación altamente significativa entre trastorno hipertensivo y preeclampsia durante la gestación entre ambas variables siendo el valor de (P: 0,000).

Es importante indicar que el trastornos hipertensivos como antecedente personal es un factor predisponente para desarrollar preeclampsia durante el embarazo, se involucra una posible falla en los mecanismos fisiológicos – hormonales de adaptación circulatoria al embarazo produciendo un aumento del gasto cardiaco, vasoconstricción por lo que conlleva a subir la presión arterial en la gestante.

Reafirmando así la necesidad del trabajo preventivo - promocional por parte del personal de salud, cuyas acciones están dirigidas a controlar los factores de riesgo, para proteger a la madre de los efectos de la preeclampsia durante el embarazo.

La participación de la gestante en el cuidado de su salud está enfocada a asistir a su control prenatal de acuerdo a la norma establecida.

CUADRO: 9 Característica Biológica asociado a complicación de las gestantes atendidas en el Servicio de Gineco - Obstetricia Hospital José Soto Cadenillas Chota Enero - Julio 2013.

CARACTERÍSTICA BIOLÓGICA	COMPLICACIÓN				TOTAL	
	ANEMIA					
	SI		NO			
ANEMIA (Antecedente)	N	%	N	%	N	%
Si	4	3,3	4	3,3	8	6,7
No	10	8,3	102	85,0	112	93,3
TOTAL	14	11,7	106	88,3	120	100,0

CHI CUADRADA =12,222

P = 0,000

Según el cuadro 9 podemos observar que el 85,0% de las gestantes no presentaron como complicación anemia; el 8,3% no refirieron como antecedente a esta. Sólo el 3,3% si presentaron la anemia como complicación y tuvieron como antecedente personal esta.

Según Centro de Información- temas de salud (2011). Refiere que el antecedente de anemia en gestantes tiene 15 veces más riesgo de repercutir esta enfermedad durante la gestación la cual tiene varios efectos tanto para la madre como para el feto.

Al someterse las variables a la prueba de la CHI - cuadrada se observa que existe una relación altamente significativa siendo el valor de (P: 0,000).

Lo que confirma que la gestante que tiene como antecedente personal anemia; existe mayor probabilidad de repercutir esta complicación en los próximos embarazos ya que los requerimientos nutricionales (vitaminas, ácido fólico y sobre todo el hierro) en la gestación aumentan. Por lo que es necesario identificar esta patología antes de la gestación como medida preventiva así lograr estabilizar los niveles de hemoglobina óptimos que garanticen los mejores resultados maternos y perinatales.

CUADRO: 10 Característica Biológica asociado a complicación de las gestantes atendidas en el Servicio de Gineco - Obstetricia Hospital José Soto Cadenillas Chota Enero - Julio 2013.

CARACTERÍSTICA BIOLÓGICA	COMPLICACIÓN				TOTAL	
	ANEMIA					
	SI		NO		N	%
(Antecedente Personal)	N	%	N	%	N	%
Si	7	5,8	16	13,3	23	19,2
No	7	5,8	90	75,0	97	80,8
TOTAL	14	11,7	106	88,3	120	100,0

CHI CUADRADA = 9,725

P = 0,002

En este cuadro se observa que el 75,0% de las gestantes no presentó como complicación anemia y no tuvieron como antecedente hiperemesis gravídica el 5,8% sin embargo el 5,8% que presentó anemia como complicación el antecedente personal fue la hiperemesis gravídica.

En cuanto a hiperemesis gravídica como antecedente personal hay desbalances metabólicas y nutricionales la deficiencia del 50% de estos requerimientos nutricional como las vitaminas, aminoácidos conllevan a la anemia.

Al someterse las variables a la prueba de la CHI – cuadrada se encontró que existe relación significativa entre ambas variables siendo el valor de (P: 0,002).

Esto conlleva a afirmar que si la gestante tienen el antecedente de hiperemesis gravídica predispone para desarrollar anemia durante la gestación debido a que ésta patología limita a la madre consumir los requerimientos necesarios por la presencia de náuseas y vómitos frecuentes que no permiten asimilar los nutrientes suficientes durante la gestación. Es necesario un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la hiperemesis gravídica que conllevará a tomar medidas de prevención como, consumir alimentos en pequeñas y frecuentes cantidades y así como la hospitalización en caso lo requiere la gestante para disminuir el riesgo de anemia de anemia y el desbalance nutricional.

CUADRO 11 Característica Biológica asociado a complicación de las gestantes atendidas en el Servicio de Gineco - Obstetricia Hospital José Soto Cadenillas Chota Enero - Julio 2013.

CARACTERÍSTICA BIOLÓGICA	COMPLICACIÓN				TOTAL	
	ANEMIA					
	SI		NO			
	N	%	N	%	N	%
PLACENTA PREVIA (Antecedente personal)						
Si	2	1,7	0	0,0	2	1,7
No	12	10,0	106	88,3	118	98,3
TOTAL	14	11,7	106	88,3	120	100,0

CHI CUADRADA =15,400

P = 0,000

El 88,3% de las gestantes no presentaron anemia coincidiendo que estas no tuvieron anemia como antecedente placenta previa el 10,0%. Sin embargo el 1,7% de las gestantes que tuvieron como complicación anemia, tenían como antecedente placenta previa.

La OMS (2003). Refiere 7% de los embarazos con antecedente de placenta previa solo 0,5% manifiestan el problema de anemia.

Al someterse las variables a la prueba de la CHI – cuadrada se encontró que existe relación altamente significativa entre ambas variables siendo el valor de (P: 0,000)

Lo que indica que el antecedente de placenta previa facilita el desarrollo de anemia durante el siguiente embarazo debido a que la gestante ha sufrido hemorragia posiblemente ha perdido grandes cantidades de sangre y no fue recuperada en su totalidad para la siguiente gestación por lo que el personal de salud debe realizar un control estricto previo al embarazo sobre todo control de hematocrito, hemoglobina orientar en planificación familiar, tipo de alimentación para lograr desarrollar su gestación con menor riesgo de padecer anemia.

CONCLUSIONES

Los hallazgos del presente trabajo de investigación, de acuerdo a los objetivos planteados, permitieron llegar a las siguientes conclusiones.

Las características sociodemográficas de las gestantes fueron: el 30,8% tuvo entre 27 a 32 años; el 23,3% 21 a 26 años; 30,0% tuvieron secundaria incompleta; el 24% primaria completa; 70% fueron convivientes; 20% casadas; 75% fueron amas de casa; el 10,8% comerciantes; 65% fueron del área rural y el 35% del área urbana.

Las características biológicas fueron: 40.8% tenían talla mayor a 150 cm; 33,3% talla igual a 150 cm; 85% tenía peso normal; el 13,3% bajo peso; 18,3% tuvieron periodo intergenésico corto; 20,8% periodo largo; 60,8% eran primigestas; 49,2 % tuvo entre 32 a 37 semanas de gestación; 14,2% tuvo de 38 a más.

Las complicaciones más frecuentes fueron: 69,2% infección del tracto urinario; 35,0% preeclampsia; 19,2% hiperémesis gravídica; 18,3% ruptura prematura de membranas; 9,2% hemorragia; 4,2%, desprendimiento prematuro de placenta y 3,3% placenta previa.

Respecto a las características sociodemográficas se encontró que la edad tiene relación altamente significativa con la anemia siendo el valor de ($P=0,000$) y grado de instrucción tiene asociación significativa con anemia durante la gestación siendo el valor de ($P=0,002$).

En cuanto características biológicas se encontró que el antecedente de trastornos hipertensivos tiene relación altamente significativa con la preeclampsia durante el embarazo siendo el valor de ($P=0,000$), el peso; antecedentes de anemia y placenta previa tiene relación altamente significativa con la complicación de anemia durante la gestación siendo el valor de ($P=0,000$) e hiperémesis gravídica tiene relación significativa con anemia durante la gestación siendo el valor de ($P=0,002$).

RECOMENDACIONES

AL MINISTERIO DE SALUD Y PERSONAL DE SALUD

- Se recomienda al personal de salud poner en práctica las estrategias y políticas que brinda el Ministerio de Salud así como el manejo adecuado de estas ya que es una de las prioridades en la salud pública para la prevención de las complicaciones durante el embarazo por el impacto que tiene en salvar vidas humanas.
- Las autoridades de salud deben mantener equipados los centros de atención suficientemente para brindar una atención de calidad a la gestante tanto en recursos humanos y materiales.
- Se recomienda al personal de salud tener en cuenta la teoría de promoción de la salud de Nola Pender para evitar factores de riesgo y que las intervenciones sean según las necesidades de cada gestante como las visitas domiciliarias, sesiones educativas y demostrativas en reconocer signos de alarma durante la gestación, adecuados estilos de vida, control pre natal oportuno iniciando éste desde la captación de gestantes.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

- Se recomienda seguir realizando estudios sobre el tema y manejo de estrategias de prevención e identificación oportuna de los factores que tienen influencia sobre las complicaciones durante la gestación.

A LOS DOCENTES Y ALUMNOS DE LA UNC- CHOTA

- Realizar artículos científicos sobre características sociodemográficas – biológicas relacionadas a las complicaciones en las gestantes para que tenga relevancia en la labor de enfermería.

- Durante las prácticas de estudio los docentes deben programar a los alumnos el cuidado de la gestante y la prevención de las complicaciones durante la gestación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acuña, U y Ochoa Cárdenas, “complicaciones materno perinatales en adolescentes con reincidencia de embarazo”, Instituto Nacional Materno Perinatal 2009. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. (Fecha de acceso noviembre 2013). Disponible en línea: cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2753/1/acuna_uh.pdf.

Alvarado, J. Apuntes médicos del Perú – Manual de Obstetricia: Fisiología de la Gestación. Segunda Edición, editorial UNMSM, Lima - Perú 2006. (Fecha de acceso 17 junio 2013). Disponible en línea: <http://www.ampweb.info/manual>.

Aliaga, M. Características Sociales de Adolescentes: Embarazadas del Instituto Materno Perinatal. Tesis de Maestría en salud Comunitaria; Universidad Peruana Cayetano Heredia-Lima-Perú 1996.

Arribasplata, I. Principales complicaciones del embarazo en adolescentes. Centro de Salud. Materno Infantil Baños del Inca 2011 Tesis: Para optar el grado de licenciatura en obstetricia 2011 Universidad Nacional de Cajamarca. (pág 9-10).

Asociación Bogotana de Ginecología y Obstetricia. Guías de Atención Materna. Bogotá 2011.. (Fecha de acceso noviembre 2013). Disponible en línea: www.slideshare.net/.../clinica-de-la-mujer-guias-atencionmaterna.

Barboza, M. “Complicaciones del embarazo”, segunda Edición. Editorial UNMSM, Lima-Perú:2008 pag 221-222.

Burga,L.Tesis: Factores predisponentes de la preeclampsia-eclampsia. Hospital de Apoyo Tomás Lafora. “Guadalupe 2009 - 2011” Tesis para optar el grado de licenciatura en obstetricia 2011 Universidad Nacional de Cajamarca. Pag 23-25.

Caiza, S. Complicaciones materno-fetales asociadas a la preeclampsia atendidos en el hospital José María Velasco Ibarra - tena en el periodo enero 2009 - enero 2010. Tesis de grado previo a la obtención del título de: médico general. Escuela superior politécnica de Chimborazo facultad de salud pública escuela de medicina. Riobamba-ecuador. 2010.

Centro de información sobre temas de salud del NHLBI 2011. (NHLBI Health Information Center) NIH Publication No. 11-7629AS September 2011. www.nhlbi.nih.gov/health/infoctr/index.htm.

Cortés, P. Pérez, Milán F., Gobernado Tejedor J.A. y Mora Ceped P. Epidemiología de los estados hipertensivos del embarazo. *ClinInvest Gin Obst.* 2009;36(4):132–139. 2009.

Cotrina, S. En su estudio "factores de riesgo y complicaciones durante el embarazo y parto en gestantes en relación a la edad óptima", realizado en el hospital de apoyo Chachapoyas, Cajamarca 2007.

Diccionario Lexus de la Salud. Madrid. España. 2000. Editorial Marban, 2da edición.

Dirección Subregional de Salud. DISA. Chota. Oficina de Estadística e Informática. Evaluación Anual de la gestión y prestación de servicios de la red de servicios de Salud Chota – 2009". Chota - Perú 2009.

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2007. (Fecha de acceso 20 de mayo del 2013). Disponible en línea Diresa. www.inei.gob.p/endes/.

Ferreira F, Marqués, Méndez M; Silva. Toxemia Gravídica en Adolescencia" / pregnancy toxemia in adolescence. *Revista Cubana saúde pública*; 33 (4), out.-dez. 2009. (fecha de acceso 16 de mayo del 2013). Disponible en línea: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?isisscript=iah/iah.xis&base=lilacs&lang=e&form=f>.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (UNICEF) "Salud Materna y Neonatal" 2009 .(Fecha de acceso Diciembre del 2013). Disponible en línea: www.unicef.org/peru/spanish/Presentacion_EMI_2009_final.pdf

Gary, F. Kenneth, J. Steven, L. Hauth, J. Gilstrap, C. Wenstrom, K. Obstetricia de Williams, Complicaciones Obstétricas, pág. 759-911, vigesimosegunda edición, editorial mc graw. hill interamericana. (Fecha de acceso 03 de mayo del 2013). Disponible en www.mcgraw-hill-educación.com.

Gilstrap, L, Ramin SM. "Infecciones de las vías urinarias durante el embarazo. Clinicas de Ginecología y Obstetricia" 2002;3:531-40. Los factores de riesgo para desarrollar unaITU son Estado socioeconómico bajo, Hemoglobina drepanocítica (Drepanocitemia), Antecedente pregestacional de infección del tracto urinario, 2002.

Gonzales, G. Villena, A. Cruz D, Florián A. "Prevalencia de anemia en gestantes hospital regional de Pucallpa", Perú. RevPanam Salud Publica 1998;3(5):285-292

Guimarães, L. y Fisberg, M.. "Complicaciones en Embarazo". Boletín Informativo nº 20.2010 (Fecha de acceso 05 de mayo del 2013). Disponible en línea:http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2002_n20/compli_embarazo.htm. com.

Gutierrez,V. Flor Yessenia. "Incidencia de anemia ferropénica y factores asociados en las gestantes del distrito de Rapayan, Ancash, Perú": Periodo mayo 2010 - marzo 2011. Acta méd. peruana [online]. 2011, vol.28, n.4 [citado 2013-09-23], pp. 184-187. (Fecha de acceso 05 de mayo del 2013) Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400002&lng=es&nrm=iso. ISSN 1728-5917.

Hernández R; Fernández C; Baptista P. Metodología de la Investigación. 5ta Edición. Editorial Mc. Graw Hill.mexico D.F.2010.

Instituto Nacional De Salud. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Informe Anemia en gestantes del Perú y Provincias con comunidades nativas 2011. Lima 2012.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. Ancash.2011.(fecha de acceso 20 de mayo del 2013).Disponible en línea: www.inei.gob.pe.

Levin, J. Trastornos Hematológicos del Embarazo, Complicaciones Médicas durante el Embarazo. Edición. Panamericana. Buenos Aires. 2004. disponible en: http://orbita.starmedia.com/~forobioq/art_anemias.html. (Fecha de acceso 17 junio 2013).

Maciel, J. Guedes, Florindo, Complicaciones del Embarazo 2008. (Fecha de acceso 10 junio 2013). Disponible en línea:<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?isisscript=iah/iah.xis&base=lilacs&lang=e&form>.

Marriner Tomey Ann, Raile Alliggog Martha. MODELOS Y TEORÍAS EN EFEMERÍA, Quinta Edición. Madrid, España: Elsevier España, S.A; 2003. (Fecha de acceso 10 de setiembre de 2013). Disponible en: <http://www.slideshare.net/joselynvivianaceaescobar/nola-pender-22510117>

Mendoza J. Adolescente embarazada: Características y riesgos. Rev Obstet Ginecol 1997. (Fecha de acceso noviembre 2013) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-0X2001000200012&script=sci_arttext.

Ministerio de Salud. Maternidad Responsable y Segura 2010, (Fecha de acceso 10 de mayo del 2013). Disponible en línea:http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/enf_frecuentes/maternidad.htm.

Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Provincia de Buenos Aires. 2005. (Fecha de acceso 14 de mayo del 2013).

Ministerio de Salud. 2008. Salud Materna. (Fecha de acceso 20 de mayo del 2013). Disponible en línea: www.minsa.gob.pe/index.asp?op=2.

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica. Lima: 2007.

Mosquera, S. Complicaciones materno-fetales asociadas a la preeclampsia 2010. (Fecha de acceso 25 de junio 2013). Disponible en línea <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/1901>.

Mongrout Steane, Andres – Tratado de Obstetricia Normal y Patológica; cuarta edición 2000, pág.755.

Oficina de Estadística e Informática - Hospital Regional de Cajamarca. 2012. complicaciones más predominantes durante el embarazo. Disponible en línea: www.hrc.gob.pe/poi/. (Fecha De Acceso 10 junio 2013).

Oficina de Estadística e Informática. Hospital Daniel Alcides Carrión. (2011) Complicaciones más predominantes durante el embarazo. (Fecha de acceso 10 junio 2013).Disponible en línea: www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1726.

Organización Mundial de la Salud. OMS. 2008. Maternidad Saludable y Segura Complicaciones del Embarazo. (Fecha de acceso 20 de mayo del 2013).Disponible en línea: http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/enf_frecuentes/maternidad.htm.

Organización Mundial de la Salud. (2004) .Características Obstétricas de las Embarazadas – Costa Rica(Fecha de acceso 25 de mayo 2013). Disponible en <http://www.bvs.hn/rmp/pdf/2001/pdf/vol6-1-2001-9.pdf>.

Ortiz, M. “Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes” Universidad Nacional de San Marcos - Hospital Sergio E. Bernales 2004. (Fecha de acceso noviembre del 2013) Disponible en línea: cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2964.

Pérez, A. “Factores de Riesgo Sociales y Personales que Predisponen a las Complicaciones más frecuentes Durante el Embarazo”. Revista Cubana Medicina Intensiva Emergencias 2010.(Fecha de acceso 02 junio 2013).Disponible en línea:<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v70n5/art02.pdf>.

Perreño, Ch.“Complicaciones de preeclampsia. Riobamba” – Ecuador.(2010). (Fecha de acceso 02 junio 2013). Disponible en línea <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/1905>.

Plan Concertado Regional de Salud. (2012), (Fecha de acceso 22 de mayo del 2013). Disponible en línea. www.hrc.gob.pe/poi/.

Ramírez, C. "Complicaciones del Embarazo", Revista. Hospital Materno Infantil. Ramón Sarda. 28(3):110-113. 2009". (Fecha de acceso 16 de mayo del 2013). Disponible en línea: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?isisscript=iah/iah.xis&base=lilacs&lang=e&form=f>.

Rodríguez, M. (2009) "Complicaciones-Embarazo". (Fecha de acceso 10 junio 2013). Disponible en línea: <http://womenshealth.gov/espanol/embarazo/esta-embarazada/complicaciones-embarazo.cfm>.

Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos. OPS. Oficina del Subdirector. Análisis de salud y estadísticas. 2007. (Fecha de acceso diciembre 2013) Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/IB_2007_SPA.pdf.

Tejada, G. Definiciones Peso y Talla Fundamentos de Enfermería 2000. (Fecha de acceso 28 de junio 2013). Disponible en línea <http://clasesfundamentosdeenfermeria.blogspot.com>.

Torres, C. "Complicaciones en Madres Primigestas con Infección de Vías Urinarias." (2010) (fecha de acceso 02 junio 2013). Disponible en línea <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/1905>.

Paredes, F. UNMSM. Definiciones de Características Sociodemográficas 2009. (Fecha de acceso 28 de junio del 2013). Disponible en línea http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/rabines_j_a/cap%c3%8dtulo1-introduccion.pdf.

Valdés S, John.E, Bardales. J, Saavedra .D, Moredo y Bardales, E. Embarazo en la adolescencia: incidencia, riesgos y complicaciones 2008. Revista Cubana obstetgine col 2010; 28(2):84-8enlines. (Fecha de acceso 02 de junio del 2013). Disponible en línea: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v70n5/art02.pdf>.

Vásquez, A. hiperemesis gravidica. Revista Cubana med. 1999;38 (3):1-9". Disponible en línea: <http://womenshealth.gov/espanol/embarazo/esta-embarazada/complicaciones-embarazo.cfm> (fecha de acceso 10 junio 2013).

Vergara, G. "Protocolo Desprendimiento Prematuro de Placenta" 2005 (Fecha de acceso 17 junio 2013). Disponible en: [línea www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/protocolo_dppni.pdf](http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/protocolo_dppni.pdf).

Zambrano, J. "Complicaciones durante el embarazo hemorragia". Revista Cubana obstetginecol. 2009 (Fecha de acceso 10 junio 2013). Disponible en línea: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v70n5/art0245.pdf>.

ANEXO 01

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SECCIÓN CHOTA

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS – BIOLÓGICAS Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES DURANTE LA GESTACIÓN

FICHA ESTRUCTURADA

El presente estudio tiene como objetivo analizar la relación entre las características sociodemográficas - biológicas con las complicaciones de las gestantes atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas Chota, Servicio Gineco - Obstetricia. Enero - Julio 2013.

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

a. Edad.

- 15 - 20 años..... ()
- 21 – 26 año..... ()
- 27 – 32 años..... ()
- 33 –38 años..... ()
- 39 –44 años..... ()
- De 45 a más..... ()

b. Grado de instrucción.

- Analfabeta..... ()
- Primaria incompleta.... ()
- Primaria completa..... ()
- Secundaria incompleta..... ()
- Secundaria completa..... ()
- Superior incompleta..... ()
- Superior completa..... ()

c. Estado civil.

- Soltera..... ()
- Casada. ()
- Conviviente. ()
- Viuda. ()
- Otros. ()

d. Ocupación.

- Ama de casa..... ()
- Comerciante..... ()
- Estudiante..... ()
- Empleada pública..... ()
- Otros..... ()

e. Procedencia.

- Zona urbana. ()
- Zona rural..... ()

2. CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS.

a. Talla.

- Igual a 1.50cm..... ()
- Menor de 1.50 cm..... ()
- Mayor de 1.50cm..... ()

b. Peso.

- Bajo peso..... ()
- Normal..... ()
- Sobrepeso..... ()

c. Periodo Intergenésico.

- P.I corto: < 24 meses..... ()
- P.I largo: > 60 meses.....()
- P.I Normal.....()

d. Edad Gestacional.

- > 20 semanas..... ()
- 20 - 25 semanas..... ()
- 26-31 semanas..... ()
- 32-37 semanas..... ()
- < de 38 a más semanas..... ()

e. Gestas.

- Primigesta..... ()
- Multigesta..... ()

f. Antecedentes Personales.

- Trastornos hipertensivos.
Si..... () No..... ()
- Anemia.
Si..... () No..... ()
- Infección del tracto urinario.
Si..... () No..... ()
- Hiperémesis Gravídica. ✓
Si..... () No..... ()
- Hemorragia.
Si..... () No..... ()
- Rotura prematura de membranas.
Si..... () No..... ()
- Placenta previa.
Si..... () No..... ()

3. COMPLICACIÓN DURANTE EL EMBARAZO.

a. Infección del tracto urinario (ITU).

Si..... () No..... ()

b. Anemia.

Si..... () No..... ()

c. Preeclampsia.

Si..... () No..... ()

d. Hiperémesis Gravídica.

Si..... () No..... ()

e. Rotura prematura de membranas.

Si..... () No..... ()

f. Hemorragia.

Si..... () No..... ()

g. Placenta previa.

Si..... () No..... ()

h. Desprendimiento prematuro de placenta.

Si..... () No..... ()