

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

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

SEDE – CHOTA



TESIS

**“COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES DE LAS GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA
2011-2013”.**

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

PRESENTADO POR:

BACH. ENF: HOYOS VALLEJOS MERCELY

ASESORA:

MCS. NÚÑEZ ZAMBRANO LUZ AMPARO

CO – ASESORA:

MCS. PÉREZ CIEZA KATIA MARIBEL

CHOTA - 2014

JURADO EVALUADOR:

PRESIDENTE : Dra. Juana Aurelia Ninatanta Ortiz.

SECRETARIA : Dra. Martha Vicenta Abanto Villar.

VOCAL : M.Cs. María Eloísa Tíclla Rafael.

ACCESITARIO : Lic. Enf. Delia Salcedo Vásquez.

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mis queridos padres: Edilberto y Evelina, a mis hermanas; quienes me brindaron su apoyo incondicional en todo momento, sus consejos, valores, fortaleza, y perseverancia lo que me ha permitido culminar mis estudios y hacer realidad esta etapa de mi vida profesional, por brindarme su amor y confiar en mi.

A tu paciencia y comprensión, preferiste sacrificar tu tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío. Por tu bondad y sacrificio me inspiraste a ser mejor para ti, ahora puedo decir que esta tesis lleva mucho de ti, gracias por estar siempre a mi lado, Adán.

MERCELY

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Nacional de Cajamarca - sede Chota por brindarme la oportunidad de desarrollarme personal y profesionalmente.

A los Docentes por ser grandes profesionales dedicados a la investigación científica y humanista, por brindarnos sus enseñanzas, quienes supieron compartir sus conocimientos para hacer realidad el desarrollo de este trabajo de investigación.

Al personal que labora en el Hospital José Soto Cadenillas, por otorgarme el permiso, por permitirme acceder a las historias clínicas de las gestantes con complicaciones atendidas en el mencionado hospital; quienes hicieron posible la realización de esta tesis.

Agradezco de manera muy especial a mi Asesora: MCs. Luz Amparo Núñez Zambrano y a mi coasesora MCs. Katia Maribel Pérez Cieza, por su valioso aporte científico, por su paciencia, actitud positiva en todo momento en la dirección del presente, por su disponibilidad y amabilidad y sobre todo por darme aliento de seguir adelante y culminar este trabajo de investigación.

LISTA DE TABLAS

	Pg.
Tabla 1. Edad de las Gestantes con complicaciones en el Embarazo. Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2011- 2013.	68
Tabla 2. Estado Civil de las Gestantes con Complicaciones en el Embarazo. Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2011-2013.	70
Tabla 3. Grado de Instrucción de las Gestantes con Complicaciones en el Embarazo. Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2011-2013.	72
Tabla 4. Ocupación de las Gestantes con Complicaciones en el Embarazo. Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2011-2013.	74
Tabla 5. Procedencia de las Gestantes con Complicaciones en el Embarazo. Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2011-2013.	76
Tabla 6. Talla de las Gestantes con Complicaciones en el Embarazo. Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2011-2013.	77
Tabla 7. IMC inicial de las Gestantes con Complicaciones en el Embarazo. Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2011-2013.	78
Tabla 8. Periodo Intergenésico de las Gestantes con Complicaciones en el Embarazo. Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2011-2013.	80
Tabla 9. Edad Gestacional de las Gestantes con Complicaciones en el Embarazo. Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2011- 2013.	82
Tabla 10. Número de Gestaciones de las Embarazadas con Complicaciones en el Embarazo. Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2011-2013. .	84

Tabla 11. Complicaciones de las Gestantes. Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2011-2013.....	86
Tabla 12. Edad Gestacional Relacionado con la Ruptura Prematura de Membranas.	94
Tabla 13. Número de Gestaciones de las Embarazadas Relacionado con la Ruptura Prematura de Membranas.	96
Tabla 14. Procedencia de las Gestantes Relacionado con Placenta Previa....	98

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
LISTA DE TABLAS	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Definición y delimitación del problema.....	13
1.2. Formulación del Problema.....	16
1.3. Justificación del problema.....	17
1.4. Objetivos.....	17

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema.....	19
2.2. Marco teórico conceptual.....	21
2.3. Operacionalización de la variable.....	53

CAPÍTULO III

ABORDAJE METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio.....	63
3.2. Área de estudio.....	63
3.3. Escenario del estudio.....	64
3.4. Población y muestra.....	64
3.5. Unidad de análisis.....	65
3.6. Técnicas de recolección de datos.....	65
3.7. Procesamiento y análisis de datos.....	66
3.8. Rigor ético y científico.....	66

CAPÍTULO IV

Resultados: interpretación, análisis y discusión.	68
Conclusiones.	97
Recomendaciones.	99
Referencias bibliográficas.	101
Anexos.	109

RESUMEN

El presente estudio de abordaje cuantitativo de diseño retrospectivo y transversal, tiene como objetivo identificar y analizar las complicaciones más frecuentes en las gestantes del Hospital José Soto Cadenillas Chota 2011 – 2013. La población fue 312 historias clínicas de gestantes con complicaciones hospitalizadas en el servicio de gineco- obstetricia del Hospital José Soto Cadenillas-Chota. Los resultados evidencian que: La mayoría de gestantes con complicaciones tiene una edad entre 20 a 25 años, 57,1% fueron convivientes 27,2% tuvieron secundaria completa; amas de casa 70,5%, la mayoría viven en zona urbana 64,4%. En cuanto a las características biológicas: 61,9% tenían talla mayor a 150 cm; con un IMC inicial de 70,8% peso normal y un IMC final 54,2% sobrepeso. El 41,3% sin periodo intergenésico; 36,2% tuvieron periodo intergenésico mayor a 3 años; 69,9 % tuvieron entre 28 a 40 semanas de gestación; 60,9% eran multigestas. Las complicaciones más frecuentes fueron: 36,2% Ruptura Prematura de Membranas; 24,4% Infección del Tracto Urinario, 17% Preeclampsia leve; 16 % Preeclampsia severa. En cuanto a la relación de algunas características de las gestantes con las complicaciones se obtuvo que la relación entre la edad gestacional y la ruptura prematura de membranas fue altamente significativa con un valor de $p= 0,00$; así mismo la relación entre el número de gestaciones con la Ruptura Prematura de membranas $p\leq 0,033$; también fue significativa la relación entre procedencia de las gestantes y la placenta previa ($p\leq 0,023$).

Palabras claves: Complicaciones del embarazo, morbilidad, mortalidad, materno perinatal, características biológicas.

ABSTRACT

The present study becomes of quantitative designing retrospective and cross-sectional boarding, aimed to identify and to analyze the most frequent complications in pregnant in José Soto Cadenillas Hospital- Chota 2011 – 2013. The population was 312 case histories of pregnant with complications hospitalized in the service of gynecology- obstetrics of the Hospital José Soto Cadenillas Chota. The obtained results were: characteristics socio-demographics: many of pregnant women with complications their ages range between 20 has 25 years, 57.1 % were live together without getting married, 27.2 % had complete secondary school; housewives 70.5 %. The majority of them come from urban zone 64.4 %. Respect to biological characteristics: 61.9 % of women are 150 cm long; with an initial BMI (Body Mass Index) of 70.8 %-normal weigh and a final BMI 54.2 % overweight. The 41.3 % without inter-genetic period; 36.2 % had inter-genetic bigger period of 3 years; 69.9 % had between 28 to 40 weeks of gestation; 60.9 % were multi-gestating.

The most frequent complications were: 36.2 % Premature Rupture of Membranes; 24.4 % Urinary Tract Infection, 17 % Preeclampsia; 16 % a severe Preeclampsia. As to the relation of some characteristics of the pregnant with the complications was obtained from the relation between the gestational age with the premature rupture of membranes was highly significant, being the value of $p= 0.00$; As well the relation between the multi-gestating with the Premature Rupture of membranes $p=0.033$; Also the relation between procedure of the pregnant and the mazocacothesis was significant. ($p= 0.023$)

Key words: Pregnancy complications, morbidity, mortality, perinatal mother, biological characteristics.

Para la realización del presente estudio se utilizó información de las historias clínicas del Hospital José Soto Cadenillas donde se obtuvieron resultados interesantes como que la primera complicación frecuente del embarazo fue la ruptura prematura de membranas dato diferente al nivel Departamental (amenaza de aborto) y Nacional (hemorragia).

El contenido del presente trabajo está estructurado de la siguiente manera:

En el PRIMER CAPÍTULO se presenta: definición, delimitación, formulación y justificación del problema de investigación; además, se precisa los objetivos tanto generales como específicos.

En el SEGUNDO CAPÍTULO se cita: antecedentes sobre el tema, fundamentación teórica, variables.

En el TERCER CAPÍTULO se aborda: tipo de estudio, área de estudio, población y muestra, procesamiento para la recolección de información, técnica e instrumentos de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos, consideraciones éticas.

En el CUARTO CAPÍTULO se muestra: los resultados en tablas simples, con el análisis y la discusión respectiva, teniendo en cuenta las teorías y estudios realizados con el tema de investigación. Finalmente las conclusiones así como algunas sugerencias, bibliografía y anexos.

Se espera que los resultados de la presente investigación sirvan de base para otros estudios los cuales contribuyan también a conocer mejor la realidad de la salud de la mujer en Chota.

CAPÍTULO I

EI PROBLEMA

1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Tradicionalmente se ha considerado que el embarazo y el parto son procesos fisiológicos naturales que deberían desarrollarse sin problemas para la madre y el producto. Sin embargo, tanto uno como el otro pueden presentar complicaciones graves que ocasionan morbilidad, secuelas y en última instancia, la muerte de la madre, el feto o el recién nacido. (2)

La Organización Mundial de la Salud (**OMS**), calcula que cada año unos 50 millones de mujeres se ven afectadas por complicaciones agudas del embarazo, y al menos 18 millones de ellas sufrirán a largo plazo secuelas a menudo discapacitantes.

Todas las mujeres embarazadas aspiran que sus hijos sean saludables y a que sus embarazos transcurran sin complicaciones; Sin embargo, todos los días mueren unas 1.500 mujeres y niñas adolescentes por problemas relacionados con la maternidad. (16)

Si bien 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 y, así como parto pre término y rotura de membranas. (3)

Las complicaciones se presentan con frecuencia: en el primer embarazo, embarazos múltiples, obesidad, edad mayor a 35 años y (adolescentes de 14 - 20 años porque su sistema no está

completamente maduro), antecedentes de diabetes, hipertensión arterial o enfermedad renal.

En los países en vías de desarrollo las complicaciones obstétricas se evidenciaron en adolescentes de 13 - 20 años y mayores de 35 años y esto está asociado a situaciones socioeconómicas y zonas de alto índice de pobreza. (4)

A nivel mundial según Amnistía Internacional, en EE.UU 13.300 gestantes de cada 100 mil tienen complicaciones relacionadas con el embarazo cada año, sumándose a esto 68 000 mujeres que cada año 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. (5)

En Latinoamérica las complicaciones durante el embarazo se dan en un porcentaje cercano al 20% las cuales se presentan con mayor frecuencia en adolescentes y mujeres mayores de 35 años.(6)Existen estadísticas de los países latinoamericanos que muestran esta realidad así en Chile 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.(7)En Colombia según estadísticas realizadas en Agosto del 2009 y febrero de 2010, señala que las complicaciones más frecuentes fueron: Pre eclampsia 6%, y 8.3 % a infecciones del tracto urinario. (8)

En el Perú, el 13,2 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años de edad ya eran madres (10,8 por ciento) o están gestando por primera vez (2,4 por ciento), 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. (9)

En el año 2013 el Ministerio de Salud indica que la tasa de mortalidad materna fue de 93 por mil a nivel nacional a través de sus diversas Direcciones Regionales de Salud y la causa principal sigue siendo las complicaciones del embarazo: la hemorragia 47%, otras 19%, infección 15%, hipertensión inducida por el embarazo, aborto 5% o también porque no controlaron su embarazo en los establecimientos de salud desde el momento de la concepción. (6)

En Ancash – Perú, el 15,3% de las gestantes presentó anemia en los dos primeros trimestres y el 10,2% en el tercer trimestre, presentando todos estos niveles leves de anemia. El 83,33% de las gestantes con anemia mostraron eritrocitos normocíticos y el 16,67% mostraron eritrocitos microcíticos. 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.(9)

En Cajamarca (2012) el 60% de las mujeres que fallecen por complicaciones durante el embarazo, están entre 20 a 34 años de edad. El 85% de las que presentan complicaciones tienen primaria incompleta o son analfabetas; en realidad podemos 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. (10)

En el Hospital Regional de Cajamarca en el año 2012 se registraron complicaciones en el embarazo como: Amenaza de aborto 15.3%, aborto espontáneo, incompleto sin complicación 2.4%, Hemorragia 1.4%, pre eclampsia, no especificada 1.4%, Hiperémesis grávida leve 0.9%, Embarazo ectópico, no especificado 0.5%. (10)

Asimismo en el Hospital José Soto Cadenillas (2012) se registraron complicaciones como infección del tracto urinario 27.1%, hemorragias 15%, pre eclampsia 14%, anemia 6%, hiperémesis gravídica 2.6%, entre otras complicaciones: embarazo molar, desnutrición, oligohidramnios y polihidramnios etc. (11) Asimismo en el año 2013 según el director regional de salud de Cajamarca las provincias de Chota y Jaén presentan mayor número de muertes maternas en la región, así se puede observar que en el boletín epidemiológico del MINSA a la semana 44 hubieron 6 muertes maternas.(44)

Son muy pocos los estudios respecto a este tema en la provincia de Chota por lo que el presente constituye un aporte al conocimiento de estos problemas en la Salud Materna en la zona, lo que contribuiría a identificar esta problemática y en base a ello se tomen decisiones en favor de la mujer chotana.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes, de las gestantes atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota, durante periodo Enero 2011 - Diciembre 2013?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación nace como inquietud a partir de la observación de la problemática que vive la mujer embarazada respecto a su salud y como contribuye a engrosar las cifras de morbilidad y mortalidad materna perinatal; por lo que se toma importante puesto que la identificación de estas complicaciones permitirá que el sector salud tome las medidas pertinentes en la prevención y control de estos problemas de salud.

Los beneficios de esta investigación serán especialmente para la población materna e instituciones de salud de la zona porque los resultados permitirán identificar complicaciones frecuentes durante la gestación y consecuentemente del parto y puerperio evitando morbilidad, muerte materna y fetal en esta parte del país.

Se dice que existe la problemática y se ha observado en las gestantes complicaciones por ello el presente estudio ayudará a realizar un trabajo más focalizado, tanto en la prevención y control de la salud de la mujer, lo que repercutirá positivamente en su familia así como en los sectores que trabajan directamente con la salud de las mujeres.

1.4. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Identificar y analizar las complicaciones más frecuentes de las gestantes atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas Chota 2011 – 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar sociodemográfica y sociológicamente a las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas durante el periodo enero 2011 – diciembre 2013.

- Determinar las complicaciones más frecuentes que se presentan en las gestantes atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas durante el periodo enero 2011- diciembre 2013.
- Relacionar algunas características de la gestante con las complicaciones del embarazo, en las gestantes atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas durante el periodo enero 2011- diciembre 2013.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO.

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

En el año 2009 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% de las hemorragias ocurrieron por retención placentaria.(12)

Pérez, A (2010). Hizo una investigación sobre “Factores de riesgo que predisponen a las complicaciones más frecuentes en las pacientes obstétricas. Los resultados mostraron que más del 50% de las complicaciones se observaron en embarazadas procedentes del medio rural las principales causas desencadenantes obedecen a ausencia de control prenatal y escaso nivel educativo. El 87,50% de las embarazadas no practicaban actividad física regularmente. En cuanto a las ingestas de comida diaria se reporta que el 93,75% si consumían 3 comidas diarias, el 62,50% de las pacientes fueron solteras, un 37,5%, eran bachilleres y un 31,25% no finalizaron la secundaria, encontrándose iguales porcentajes a nivel de primaria. El 75% tenían como ocupación oficios del hogar, 18,75% era estudiantes y un 6,25% eran agricultoras. En cuanto a los diagnósticos de ingreso, el 25% de infección de vías urinarias seguido de un 18,75% de eclampsia.(13)

Perreño, Ch (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% pre eclampsia y 4% presentó eclampsia y síndrome de Hellp al mismo tiempo.(14)

Torres C, (2010); en su investigación "Complicaciones en madres primigestas con Infección de Vías Urinarias"; realizado en Hospital José María Velasco Ibarra- Ecuador. Los resultados mostraron las principales complicaciones; parto pre término 49%, rotura 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.(15)

En un estudio realizado en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota por Ruiz B. y Coronel E. (2013), encontraron que: El 30,8 % de mujeres con complicaciones fueron de 27 a 32 años; 30% tenían secundaria incompleta; 70 % convivientes; 20% casadas y el 10% solteras. En cuanto a ocupación el 75% fueron amas de casa; 10,8% comerciantes. En lo referente a procedencia el 65% de gestantes proceden del área rural y 35 del área urbana. En cuanto a talla y peso el 40,8% de las gestantes tenían talla mayor de 150 Cm.; el 33,3% tenían 150 Cm, 25,8% talla menor de 150 Cm.; el 85% tenía un peso normal, 13,3% bajo peso, el 1,7% tenía sobre peso. El 18,3% tuvieron un periodo intergenésico menor de 24 meses; el 20,8% un periodo largo y 60,8% eran primigestas. Según el periodo gestacional el 49,2% tenía entre 32 a 37 semanas; el 69,2% presentó Infección del Tracto Urinario, el 11,7% Anemia; el 35% Preeclampsia leve; el 19,2% Hiperémesis Gravídica; el 18,3% Ruptura Prematura de

Membranas; el 9,2% Hemorragia; el 33,3% Placenta Previa y el 4,2% tuvieron Desprendimiento Prematuro de Placenta. (33)

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1.1. 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.(17)

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. (6)

2.1.2. 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. (18)

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES DEL EMBARAZO.

A. INFECCIÓN URINARIA EN EL EMBARAZO

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. Estas infecciones pueden conllevar a presentar cuadros de pielonefritis aguda o crónica en algún momento de la gestación, por lo que el tratamiento deberá ser oportuno y efectivo con el fin de evitar partos prematuros, corioamnionitis, ruptura prematura de membranas.(19)

b) Etiología

- **Los microorganismos involucrados son principalmente las enterobacterias, entre ellas**
 - Escherichiacoli (80% de los casos).
 - Klebsiellasp, Proteusmirabilis.
 - Enterobacterssp.
 - Streptococcus del grupo B.
 - Staphylococcuscoagulasa negativo.

- **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
- Enfermedades neurológicas (vaciado incompleto, vejiga neurógena)
- Reflujo vesico-ureteral
- Insuficiencia renal.
- Diabetes mellitus
- Infección por Chlamydia.
- Multiparidad
- Nivel socioeconómico bajo.

d) Se presenta de tres 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
- Dolor de espalda, el estómago o el costado
- Temblores, 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.

1º Trimestre:

1ª opción:

Amoxicilina/ Clavulanato 875/ 125 mg (VO c/ 12 hs por 7- 10 días)

o

Ampicilina/ Sulbactan 375 mg (VO c/ 12 hs por 7- 10 días) o

Cefalexina 500 mg (VO c/ 6 hs por 7- 10 días)(5)

2ª opción: alternativa o alergia a betalactámicos

Nitrofurantoína 100mg (VO c/ 6 hs 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 (vO c/ 12 hs por 7 días)(5)

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

B. 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 (deportación trofoblástica). Se presentan en algunas gestantes con PAS = 140 o PAD = 90 mmHg el cual se acompaña de proteinuria (> 300 mg en 24 h).

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. Generalmente cursa sin proteinuria y para algunos autores representa una fase pre proteinuria de pre eclampsia o la recurrencia de una hipertensión arterial crónica. (20)

b) Clasificación

➤ Preeclampsia leve.

- PD > o igual: 110 y PS: 90mmhg.
- PAM: > o igual 106 y < 126mmhg.
- 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 < 100 000/mm.3
- Oliguria < 400 mL/24 h.
- Trastornos visuales o neurológicos.
- Edema pulmonar o cianosis. (21)

c) Signos y síntomas :

- Edema, dolores epigástricos, cefalea frontal, alteraciones visuales, vómitos PAS >160mmhg.PAD >110 mmHg, Trombocitosis< 100 000/mm.
- Oliguria < 400ml en 24/hrs, Proteinuria > 3g/ltr, hemorragias de la retina. (22)

d) Factores de riesgo.

- Primigestas adolescentes (menor de 16 años).
- Multigestas con antecedente de pre eclampsia: toxemia recurrente.
- Factores hereditarios: antecedentes familiares de pre eclampsia en las hermanas o en la mamá.
- Mola hidatiforme.
- Enfermedades subyacentes como las autoinmunes, disfunción tiroidea.
- Hipertensión crónica
- Diabetes gestacional
- Edad materna > 35 años
- Malformación fetal Madres solteras
- Obesidad.

e) Tratamiento.

➤ Preeclampsia Leve

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

➤ Preeclampsia Grave

- Hidralacina: 5 a 10 mg por vía endovenosa en bolo lento, dosis que se puede repetir cada 15 o 20min hasta reducir la PA al valor deseado o emplear labetalol.
- Labetalol 20 - 50 mg EV en bolo a ritmo lento, dosis que se puede repetir cada 15 a 20 min hasta reducir la PA a cifras deseadas (20)

C. HEMORRAGIA

a) Definición:

Una hemorragia en el embarazo 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.** A veces el cuello del útero se congestiona por la mayor irrigación sanguínea y por la presencia de gérmenes vaginales. Puede suceder que luego de una relación sexual, se presente una hemorragia pequeña.
- **Ruptura uterina.** Se produce un desgarro en el útero intacto o por dehiscencia de una cicatriz.

c) Factores de riesgo.

- Embarazo múltiple
- Pre eclampsia.
- 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. Es posible que el médico también le aconseje tomarse unos días libres del trabajo, no estar de pie por mucho tiempo y abstenerse de tener relaciones sexuales.
- 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.
- Si el sangrado es causado por un embarazo ectópico, será necesario una cirugía que extraiga el embrión mal implantado y que controle el sangrado interno para así evitar complicaciones que se podrían presentar como la peritonitis.
- La infección vaginal o del cuello del útero se trata con antibióticos que sean seguros para el bebé en desarrollo.(23)

D. HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

a) Definición.

Es la presencia de náuseas y 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 (embarazo doble, ETG)
- Mecánicas: Anormalidad en la motilidad gástrica, Distensión del útero y del cuello
- Miceláneas: deficiencias de nutrientes (Zinc), dislipidemias.

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 fritos y ricos en grasas.

➤ **Farmacológico.**

- Piridoxina(VitB6)
- SuccinatodeDoxilamina(Antihistamínico)
- Antieméticos:(Prometazina-Metoclopramida-OndansetronProclorperazina-Droperidol+ difenhidramina.

E. ANEMIA EN EL EMBARAZO.

a) Definición.

La anemia en la mujer embarazada se define como la concentración de Hb < 11 gr% en el primer y tercer trimestre y < 10 gr% en el segundo trimestre.(4)

b) Etiología:

- Nutricionales.
 - Deficiencia de hierro.
 - Anemia Megaloblastica.
- 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 escaso período intergenésico
- dietas con bajo contenido en hierro
- embarazos anteriores sin un adecuado suplemento férrico
- parasitismo intestinal
- baja absorción del hierro y otros.

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.(24)

F. 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 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.
- Inactividad 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. (21)

G. 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 retro placentario, entre otros. Es una complicación muy grave en nuestra práctica obstétrica, de mal pronóstico y con alta mortalidad materna y fetal.

b) Etiología y factores de riesgo.

- Pre eclampsia
- Trauma abdominal
- Amniocentesis
- Bloqueo epidural
- Hipertensión crónica
- Multiparidad.
- poli hidramnios.

- Antecedente de Desprendimiento Prematuro de Placenta en embarazos previos
- Rotura prematura de membranas (RPM)
- Consumo de cocaína.
- 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, e incluyen sangramiento materno en aproximadamente 20 % de los casos antes del parto, útero irritable y tenso, sufrimiento fetal y trastornos de la coagulación en los casos graves.

➤ **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 1000ml.
- 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.

➤ **El manejo general incluye:**

- Amniotomía inmediata.
- Canalizar 2 venas de grueso calibre con solución salina y/o lactato de ringer
- Monitoría continua de los signos vitales
- Flujo de oxígeno continuo de 5 a 7 lts/min
- Cesárea inmediata si el feto está vivo y el parto no es inminente
- Monitoría continua de la FCF
- Manejo del choque si lo hubiese
- Control del gasto urinario continuo
- Transfusión sanguínea.
- Administración fármacos según el grado que presenta la gestante.(25)

H. 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 endocérnix 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. Antibioticos. (21)

A. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

a. DIABETES GESTACIONAL

Fisiopatología

El embarazo normalmente está diseñado para aportar al producto de la gestación los substratos energéticos en forma continua; para lograr lo anterior se suceden en el organismo materno una serie de adaptaciones, todas las cuales favorecen la aparición de diabetes.

Durante las primeras semanas de la gestación, los niveles crecientes de estradiol y progesterona estimulan a las células beta del páncreas, de tal suerte que existe hipertrofia de las mismas con niveles un tanto aumentados de insulina en la sangre materna y como consecuencia se disminuye la producción de glucosa por el hígado.

Así pues, al principio del embarazo existe tendencia a la hipoglucemia y este dato aislado, en una joven diabética, aparentemente bien controlada desde el punto de vista metabólico, debe alertar al clínico sobre la posibilidad de embarazo.(34)

➤ **COMPLICACIONES FETALES**

Hasta 1971 se puso de manifiesto la estrecha correlación entre la glucemia materna y las complicaciones del recién nacido. Ahora se conoce claramente que, excepto quizá las malformaciones congénitas, todas las complicaciones del recién nacido, a saber, óbito, macrosomía, trauma obstétrico, hipoglucemia, hipocalcemia, policitemia, hiperbilirrubinemia, insuficiencia respiratoria.

b. EMBARAZO ECTÓPICO

El embarazo ectópico o extrauterino es aquel en el que el blastocisto se implanta por fuera del revestimiento endometrial de la cavidad uterina. (34)

➤ **FACTORES DE RIESGO**

Los factores que conllevan el mayor riesgo de obstrucción y de embarazo ectópico ulterior son: el embarazo ectópico previo, la patología tubaria demostrada, la intervención quirúrgica para restablecer la permeabilidad tubaria. Una mujer con dos embarazos ectópicos previos, tiene hasta 10 veces más probabilidades de tener otro.

➤ **MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

Ahora que las mujeres buscan atención más rápido, no es raro diagnosticar un embarazo ectópico antes de que se rompa, e incluso previo a que comiencen los síntomas. A menudo otras molestias del embarazo como hipersensibilidad mamaria, náuseas y polaquiuria acompañan a los datos más amenazadores, como dolor del hombro que aumenta con la inspiración por irritación del nervio frénico a causa de la sangre subdiafragmática, o trastornos vasomotores como vértigo o síncope por la hipovolemia inducida por la hemorragia.

➤ **CAUSAS ANATÓMICAS**

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

La causa más frecuente de embarazo tubario es la salpingitis, aunque la evidencia histológica de la misma sólo se encuentra en el 40% de los embarazos ectópicos. Entre los factores que explican una mayor incidencia de salpingitis están la alta prevalencia de enfermedades sexuales transmisibles; el tratamiento más efectivo de estas infecciones con nuevos antibióticos, logrando permeabilidad tubaria, pero con daño intramural residual.

➤ **CIRUGÍAS PREVIAS**

Se ha mencionado que tras cualquier cirugía reconstructiva por esterilidad, se debe sospechar que todos los embarazos futuros serán ectópicos hasta que se demuestre lo contrario.

c. ABORTOS INDUCIDOS

Los abortos provocados aumentan diez veces la incidencia de embarazos ectópicos, probablemente por infecciones no detectadas asociadas al procedimiento. (34)

➤ **DISPOSITIVO INTRAUTERINO**

Los dispositivos intrauterinos (DIU) no aumentan la incidencia absoluta de embarazos ectópicos; de hecho, la reducen, ya que tienen 90% de efectividad para prevenir embarazos intrauterinos y 95% de efectividad en la prevención de embarazos tubarios. Pero cuando una mujer se embaraza con DIU, aumenta la incidencia relativa de embarazos tubarios; en estos casos la posibilidad de presentar embarazo ectópico es de 1 por cada 23 embarazos.

El tipo de DIU más frecuentemente asociado a embarazo ectópico son aquellos que contienen progesterona.

➤ **ABORTO ESPONTÁNEO**

La gran mayoría de los abortos espontáneos se deben a anomalías cromosómicas y a anomalías morfológicas de los gametos, los embriones o los fetos, incompatibles con un desarrollo normal. Entre los abortos que ocurren antes de las 12 semanas de gestación se encuentran anomalías cromosómicas en 50-60% de los casos; la mitad de estas anomalías cromosómicas son trisomías (en particular trisomía 16), aproximadamente un cuarto son monosomías X (cariotipo 45, X0); también se encuentran poliploidías (triploidías o tetraploidías) y un pequeño número presenta translocaciones desequilibradas y otras anomalías cromosómicas. (34)

➤ **CLASIFICACIÓN**

Los abortos pueden clasificarse en cuanto a la edad gestacional, el peso fetal, etiología o cuadro clínico.

La organización Mundial de la Salud divide el aborto en precoz, si éste ocurre antes de las 12 semanas, y tardío, si se presenta entre las semanas 12 y 20 de gestación.

En cuanto al peso se refiere se consideran como abortos aquellos fetos que pesan menos de 500 g; los comprendidos entre 500 y 1 000 g son considerados como productos inmaduros, los de 1 000 a 2 500 g como productos pretérmino, y de término los mayores de este peso.

FACTORES FETALES

Desde 1943 Herting y Sheldon publicaron su estudio de restos de aborto obtenidos de 1 000 mujeres ingresadas en el Hospital Boston Hying-In, donde el 61.7% de los casos contaban con anomalías del desarrollo incompatibles con la vida; estos defectos fueron distribuidos en tres categorías: 1, huevos patológicos con o sin embriones defectuosos, 48.9%; 2, embriones con anomalías

localizadas, 3.2%, y 3, anomalías placentarias, 9.6%, de los cuales el 63% correspondía a degeneración del trofoblasto.

➤ **FACTORES MATERNOS**

Las infecciones maternas son las de mayor riesgo para el embrión durante la etapa de desarrollo, aunque también juegan un papel importante de pérdidas fetales en la segunda mitad del embarazo. Las infecciones virales son capaces de causar malformaciones congénitas o aborto al infectar al feto. Las infecciones más importantes causantes de trastornos son los virus de la rubéola, citomegalovirus y con menos frecuencia el virus del herpes simple, y otras infecciones como la toxoplasmosis.

La rubéola, cuando se presenta en la mujer dentro de las primeras 12 semanas de la gestación, es capaz de afectar al embrión y causar alteraciones alrededor del 20%; puede incrementarse este riesgo si se presenta en las primeras cuatro semanas hasta en 60% de los casos y ser causa de aborto, pero en caso de estar afectado el embrión y no ser expulsado puede presentar trastornos importantes como microcefalia, hidrocefalia, catarata congénita, microoftalmía, sordera y trastornos cardiacos a nivel del tabique y conducto arterioso de Botal persistente.

➤ **FACTORES AMBIENTALES**

Gran cantidad de factores tóxicos ambientales son capaces de producir toxicidad sistémica en la mujer embarazada y ser causa de abortos y de malformaciones congénitas; los agentes más frecuentemente relacionados son tabaco, alcohol, gases anestésicos, radiaciones.

➤ SANGRADOS DEL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE

PLACENTA PREVIA

Nos referimos a esta complicación obstétrica cuando la placenta se implanta en el segmento uterino inferior, y en ocasiones cubre parcial o totalmente al orificio cervical interno. La implantación normal protege a la placenta de fuerzas mecánicas que acompañan a la retracción de las fibras miométricas del segmento uterino inferior al final del embarazo y en el trabajo de parto, situación totalmente contraria en la placenta previa, lo cual puede provocar desprendimiento parcial de la placenta que se manifestará por sangrado transvaginal de magnitud variable.

La causa o causas reales de la implantación anormal realmente no se conocen, se mencionan eventos relacionados, como la implantación tardía del huevo, disminución de la capacidad del endometrio, así como otras alteraciones endometriales que son causadas por anomalías en la vasculatura endometrial, provocadas por tumores, cicatrices y trastornos circulatorios.

Otros factores asociados son la edad materna avanzada, la multiparidad, los embarazos múltiples, periodo intergenésico corto, tumores que deformen el contorno uterino, así como secuelas de procesos infecciosos inflamatorios.(34)

CLASIFICACIÓN

Existen varias clasificaciones pero vamos a exponer la más frecuente en nuestro medio:

_ Placenta de implantación baja: es cuando el borde inferior de la placenta se encuentra en el segmento uterino inferior, pero a más de 7 cm de distancia del orificio cervical interno.

_ Placenta previa marginal: el borde placentario inferior se encuentra en el segmento uterino inferior a menos de 7 cm del orificio cervical interno.

_ Placenta central parcial: la placenta cubre el orificio cervical interno cuando el cuello se encuentra cerrado, pero cuando existe dilatación igual o mayor a 3 cm sólo lo cubre parcialmente.

_ Placenta central total: la placenta cubre la totalidad del orificio cervical interno aun con dilatación avanzada.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

La hemorragia obstétrica es hoy en día una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad materna, así como también un factor muy importante en la morbimortalidad perinatal. En el 30% de los casos de hemorragia obstétrica, la causa es el *desprendimiento prematuro de placenta normoinserta* (DPPNI). Como su nombre lo indica, el desprendimiento prematuro de placenta es la separación placentaria desde un sitio de implantación normal antes del nacimiento del feto. (34)

FISIOPATOLOGÍA DEL DPPNI

El mecanismo fisiopatológico por el cual ocurre el DPPNI y sus consecuencias obedece a que la lesión vascular local ocasionada por algunos de los factores predisponentes antes mencionados, trae como consecuencia trastornos en la decidua basal, lo que ocasiona un incremento de la presión venosa uterina, debido a la ingurgitación del espacio intervelloso y separación placentaria por consiguiente. El coágulo formado por la separación placentaria impide que la superficie de la placenta brinde un adecuado intercambio entre ella y la madre.

CLASIFICACIÓN DEL DPPNI

De acuerdo al grado de desprendimiento placentario y el estado clínico de la paciente y el feto, el DPPNI se clasifica en tres grados:

_ **Grado I.** El desprendimiento es menor de un 30% de la superficie placentaria. El sangrado vaginal, cuando es visible, es ligero. El hematoma retroplacentario rara vez supera los 500 mL. Existe irritabilidad uterina y discreta hipertoniá. Los signos vitales maternos están sin alteración así como los mecanismos de coagulación. Este grado de desprendimiento no supone riesgo para el feto, el cual suele tener buenas posibilidades de supervivencia.

_ **Grado II.** En éste, 30 a 50% de la superficie placentaria está desprendido. La cantidad de sangrado vaginal es leve a moderado. Hay irritabilidad uterina, pudiéndose encontrar útero tetánico.

El pulso materno acelerado, la presión arterial está conservada pero existe hipotensión postural.

El volumen del hematoma es entre 150 y 500 mL, superando en 27% de los casos los 500 mL. Por lo regular el feto está vivo, pero en 92% de los casos existen datos de sufrimiento fetal y la mortalidad perinatal es elevada, sobre todo si el parto es vaginal. El fibrinógeno está disminuido en niveles inferiores de 150 a 250 mg/%.

_ **Grado III.** En este estadio, el desprendimiento es mayor al 50% de la superficie placentaria. La pérdida sanguínea puede variar de moderada a severa, o bien estar oculta. El útero tetánico, muy doloroso.

Pulso materno acelerado, hipotensión franca y estado de choque. La pérdida fetal es constante.

B. COMPLICACIONES EN LA DURACIÓN DEL EMBARAZO

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

DEFINICIÓN

Es la solución de continuidad de las membranas corioamnióticas antes de que se inicie el trabajo de parto.

Según el momento de presentación, se clasifica en: de término, cuando se presenta después de las 37 semanas de gestación (SDG), y de pretérmino cuando se presenta antes de las 37 SDG.

La ruptura espontánea de membranas habitualmente precede al inicio del trabajo de parto. Se llama periodo de latencia al tiempo que transcurre entre la ruptura de membranas y el inicio del trabajo de parto, el cual generalmente oscila entre 1 y 12 horas, y es uno de los principales determinantes para la toma de decisiones por parte del clínico.

Las membranas normalmente se rompen de manera espontánea al final del primer periodo del trabajo de parto. (34)

ETIOLOGÍA

Diversos estudios epidemiológicos y clínicos han identificado un sinnúmero de factores asociados a un mayor riesgo de RPM. Estos incluyen infecciones del tracto genital materno (vaginosis bacteriana, tricomoniasis, gonorrea, Chlamydia y corioamnionitis subclínica); factores de comportamiento (tabaquismo, abuso de drogas, estado nutricional y coito); complicaciones obstétricas (embarazo múltiple, polihidramnios, incompetencia ístmico-cervical, cirugía del cérvix, sangrados uterinos y trauma prenatal); cambios ambientales.

TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

PREECLAMPSIA LEVE

Se establece el diagnóstico de preeclampsia leve cuando posterior a la semana 20 de gestación aparecen dos o más de los siguientes signos:

- _ Presión sistólica mayor o igual a 140 mmHg o elevación mayor o igual a 30 mmHg sobre la habitual.
- _ Presión diastólica mayor o igual a 90 mmHg o elevación mayor o igual a 15 mmHg sobre la presión habitual.
- _ presión arterial media mayor o igual a 106 mmHg.
- _ Proteinuria menor de 3 g en orina de 24 horas.
- _ Edema persistente de extremidades o cara.

La medición de las cifras tensionales deberá realizarse con la paciente sentada y requiere de dos tomas consecutivas con intervalo de seis horas.

PREECLAMPSIA SEVERA

Se considera la existencia de preeclampsia severa, cuando posterior a la semana 20 de gestación aparecen dos o más de los siguientes signos:

- _ Presión sistólica igual o mayor a 160 mmHg.
- _ Presión diastólica igual o mayor a 110 mmHg.
- _ Presión arterial media mayor a 126 mmHg.
- _ Proteinuria mayor a 3 g en orina de 24 horas.
- _ Edema generalizado, o bien presencia de uno de los siguientes signos:
 - _ Presión sistólica igual o mayor a 180 mmHg.
 - _ Presión diastólica igual o mayor a 120 mmHg.
 - _ Presión arterial media mayor o igual a 140 mmHg.
 - _ Proteinuria mayor a 5 g en orina de 24 horas.
 - _ Estupor.

- _ Pérdida parcial o total de la vista.
- _ Dolor epigástrico en barra.
- _ Hiperreflexia generalizada.

ECLAMPSIA

El diagnóstico se establece cuando, posterior a la semana 20 de gestación, o en el puerperio (no más de 14 días), se presentan convulsiones o estado de coma acompañados de hipertensión arterial, edema o proteinuria.

SÍNDROME DE HELLP

Se establece el diagnóstico de síndrome de HELLP, cuando a una paciente con enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, se le agrega hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y disminución de la cuenta plaquetaria.

El síndrome se clasifica de acuerdo a la cuenta de plaquetas.

- _ Tipo I. Cuando la cuenta plaquetaria es menor a 50 000 células/mm.
- _ Tipo II. Cuando la cuenta plaquetaria se encuentra entre 50 000 y 100 000 células/mm.
- _ Tipo III. Cuando la cuenta plaquetaria se encuentra entre 100 000 y 150 000 células/mm.
- _ Tipo IV. Cuando el síndrome aparece en el puerperio. (34)

C. COMPLICACIONES DEL CRECIMIENTO FETAL

RESTRICCIÓN EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

Un punto de confusión y desacuerdo han sido los criterios para establecer el diagnóstico de un feto o recién nacido con restricción del crecimiento, ya que éste depende de que el peso fetal o

neonatal se ubique por debajo de los puntos de corte en una tabla de crecimiento de referencia; se han utilizado las percentiles 3, 5, 10 o bien 2 desviaciones por debajo de la media (percentil a 2.5). Determinar en forma absoluta cuál deberá ser el criterio universal podría ser difícil; sin embargo, el consenso actual es elegir el percentil 10 como límite inferior para discriminar a aquellos fetos con riesgo de presentar restricción del crecimiento y un significativo aumento en la probabilidad de morbimortalidad comparados con aquellos sujetos que pesen arriba del límite de corte. Scott y Usher, en 1966, reportaron que la probabilidad de mortalidad es ocho veces mayor cuando el peso se ubicaba entre el percentil 10 y 3 y cerca de 20 veces más cuando estaba por debajo del percentil 3, al comparar con el promedio de tasa de mortalidad de la población total estudiada.(3)

D. COMPLICACIONES EN LA LABOR DEL PARTO

HEMORRAGIA POSTPARTO

La hemorragia posparto se define como la pérdida sanguínea mayor de 1 000 mL después del nacimiento, sea por parto o cesárea.

Sin embargo, cualquier pérdida sanguínea que dé como resultado signos y síntomas de inestabilidad hemodinámica sin conocimiento de la cantidad exacta que se ha perdido o la disminución de más del 10% del hematócrito en el puerperio con relación a los valores prenatales, se puede considerar como una hemorragia posparto.(34)

INVERSION UTERINA

Es la exteriorización del fondo y cuerpo uterino a través de la vagina. En los casos más extremos, una inversión completa puede

revelar casi todo el revestimiento decidual protruyendo a través del introito.

La causa más frecuente de este evento es el intento vigoroso de remoción placentaria antes de que haya sido completada la separación, y a menudo se acompaña de tracción indebida del cordón umbilical.

Como resultado, no es infrecuente observar la inversión del útero con una placenta todavía adherida.

Las condiciones para que se presente inversión uterina son: dilatación cervical y relajación uterina. (34)

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

La gran mayoría de las gestaciones tienen por resultado un desenlace materno y perinatal favorable o adecuado; sin embargo, algunos embarazos pueden presentar situaciones adversas que afectan la salud de la gestante, el feto o el recién nacido. Varias de estas contingencias pueden ser detectadas y tratarse durante la gestación, pero ante la decisión de una pareja de tener un hijo existe la oportunidad de acudir a los servicios médicos previos al embarazo para prevenir, educar y optimizar las condiciones de salud de la mujer, disminuir los riesgos y mejorar las probabilidades de una gestación y un resultado materno y perinatal exitosas. (18)

La consulta de evaluación o cuidado preconcepcional sirve para conocer la condición de salud y las medidas preventivas que optimicen las circunstancias en las que se desarrollará un futuro embarazo, evaluar la disposición de la mujer a embarazarse y su salud general e identificar oportunidades de mejorarla; educarla sobre el impacto que los factores sociales, ambientales, ocupacionales, comportamentales y genéticos tienen sobre su embarazo y cómo prevenir los riesgos de un resultado adverso. (18)

Evaluar integralmente a la gestante y al feto Identificar la presencia de signos de alarma o enfermedades asociadas que requieran un tratamiento especializado para la referencia oportuna. Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo. (18)

Tratar la causa subyacente de la anemia ayudará a restablecer el número de glóbulos rojos sanos. Los suplementos de hierro y ácido fólico ayudan a las mujeres que tienen anemia relacionada con el embarazo. Su médico examinará sus niveles de hierro durante el embarazo para asegurarse de que la anemia no vuelva a presentarse. (18)

La depresión de una madre puede afectar el desarrollo del bebé, por lo que el tratamiento es importante para la madre y el bebé. Las mujeres embarazadas pueden recibir ayuda con un tratamiento o una combinación de opciones de tratamiento, que incluyen: Terapia, Grupos de apoyo, Medicamentos. (18)

En el desprendimiento placentario Cuando la separación es menor, el reposo en cama durante unos días por lo general detiene la hemorragia. Los casos moderados pueden requerir reposo completo en cama. Los casos graves (cuando se separa más de la mitad de la placenta) es posible que requieran atención médica inmediata y el parto prematuro del bebé. (18)

En la hiperémesis los alimentos secos y fáciles de digerir y los líquidos constituyen la primera línea de tratamiento. A veces, se prescriben medicamentos para aliviar las náuseas. Muchas mujeres con HG deben ser hospitalizadas para recibir líquidos y nutrientes a través de un tubo colocado en una vena. Por lo general, las mujeres con HG comienzan a sentirse mejor en la semana 20 de embarazo. Sin embargo, algunas mujeres sienten náuseas y tienen vómitos durante los tres trimestres. (18)

2.1.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE 1: COMPLICACIONES BIOLÓGICAS DEL EMBARAZO

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	CATEGORIZACIÓN	INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN
<u>Complicaciones del Embarazo</u>	Cualitativa nominal	Una complicación es un evento no esperado en el curso de un embarazo normal que puede tener consecuencias negativas tanto en la mamá como en el bebé. (18)	Infección del tracto urinario, Preeclampsia anemia, hemorragia hiperémesis gravídica, placenta previa, desprendimiento prematureo de placenta, Ruptura prematura de membranas.		Nominal

<p>Infección del Tracto Urinario</p>	<p>Cualitativo Nominal</p>	<p>La Infección de las vías urinarias constituye una de las infecciones más frecuentes durante el embarazo. Los microorganismos involucrados son principalmente las enteras bacterias. Entre ellas Escherichia Coli (80 % de los caso). Klebsiella Ssp, Proteus Mirabilis, Enterobacter Ssp.(19)</p>	<p>SI NO</p>		<p>Nominal</p>
<p>Preeclampsia</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>La Preeclampsia 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 (deportación trofoblastica).Se</p>	<p>SI NO</p>		<p>Nominal</p>

		presentan en algunas gestantes con PAS = 140 o PAD = 90 mmHg el cual se acompañada proteinuria (> 300 mg en 24 h). (21)			
Hemorragia	Cualitativa nominal	Una hemorragia en el embarazo es todo sangrado vaginal que eventualmente se produzca mientras la mujer está embarazada. (24)	SI NO		Nominal

Hiperémesis Gravidica	Cualitativa nominal	Es la presencia de náuseas y vómitos intensos y persistentes durante el embarazo que pueden conducir a la <u>deshidratación</u> .(24)	SI NO		Nominal
Anemia en el Embarazo.	Cualitativa nominal	La anemia en la mujer embarazada se define como la concentración de Hb < 11 gr% en el primer y tercer trimestre y < 10 gr% en el segundo trimestre.(4)	SI NO		Nominal
Placenta Previa	Cualitativa nominal	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.(21)	SI NO		Nominal

Desprendimiento Prematuro de la Placenta	Cualitativa nominal	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 retro placentario, entre otros. Es una complicación muy grave en nuestra práctica obstétrica, de mal pronóstico y con alta mortalidad materna y fetal.(25)	SI NO		Nominal
Ruptura Prematura de Membranas	Cualitativa nominal	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.(21)	SI NO		Nominal

VARIABLE 2: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	CATEGORIZACIÓN	INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN
Edad	Cuantitativa continua	Periodo de tiempo que ha pasado desde el nacimiento y se expresa en años cumplidos. (28)	<ul style="list-style-type: none">➤ 15-20 años➤ 20-25 años➤ 25-30 años➤ 30-35 años➤ 35-40 años➤ 40-45 años➤ 45 años a más.		Razón
Estado Civil	Cualitativo Nominal	Situación de una persona en relación con leyes y costumbres matrimoniales del país.(28)	<ul style="list-style-type: none">➤ Soltera➤ Casada➤ Conviviente➤ Divorciada➤ Viuda		Nominal

Grado de instrucción	Cualitativo ordinal	Es el curso de un proceso educativo adquirido por una persona logrando el más alto nivel de escolaridad. (29)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Analfabeta ➤ Primaria ➤ Secundaria ➤ Superior. 		Ordinal
Ocupación	Cualitativo nominal	Es el tipo de trabajo, profesión u oficio que efectúa la persona.(28)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ama de casa ➤ Comerciante ➤ Estudiante. ➤ Empleada. ➤ Agricultoras. ➤ Otros. 		Nominal
Procedencia	Cualitativa nominal	Lugar donde radica habitualmente la persona, estableciendo su residencia habitual. (28)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zona urbana. ➤ Zona rural. 		Nominal

VARIABLE 3: CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	CATEGORIZACIÓN	INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN
Talla	Cuantitativa continua	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).(21)	Igual a 1.50cm. Menor de 1.50cm. Mayor de 1.50cm.		Ordinal
Peso	Cuantitativa continua	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. (21)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bajo peso(IMC <18.5) ➤ Peso normal (IMC 18.5-24.9) ➤ Sobrepeso (IMC 25-29.9) ➤ Obesidad (IMC= 30) 		Razón

Edad Gestacional	Cuantitativa discreta	Es el tiempo medido en semanas desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta el nacimiento. (21)	Primer trimestre 0 - 12 semanas. Segundo trimestre 13 - 27 semanas. Tercer trimestre 28 - 40 semanas.		Ordinal
Periodo Intergenésico	Cuantitativa discreta	Espacio de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo.(30)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin periodo intergenésico ➤ Periodo intergenésico < de 1 año. ➤ Periodo intergenésico < de 2-3 años. ➤ Periodo intergenésico > de 3 años. 		Ordinal

Gestas	Cuantitativa discreta	Recibe esta denominación toda mujer que está embarazada. Se puede identificar Primigesta grávida por primera vez, Multigesta mujer en su segundo o posterior embarazo.(21)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Primigesta. ➤ Multigesta. 		Razón
---------------	-----------------------	--	--	--	-------

CAPÍTULO III

ABORDAJE METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE ESTUDIO

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

Es un enfoque cuantitativo porque se usó la recolección de datos para la base de medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.(1)

Es retrospectivo porque se tomó datos obtenidos de las historias clínicas de las gestantes que fueron atendidas durante el periodo de enero 2010 a diciembre 2013.

Transversal ya que los datos son tomados sólo una vez.

3.2. ÁREA ESTUDIO

El área de estudio fue el Distrito de Chota, la cual se encuentra ubicada 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.

La plaza de la capital de la provincia y distrito de Chota se ubica; en el meridiano imaginario 78°39'29" de longitud occidental teniendo en cuenta el meridiano base GREENWICH.

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 al Oeste **(OEI – DISA CHOTA 2009)**.

3.3. ESCENARIO DEL ESTUDIO:

La investigación se llevó a cabo en el 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 es un servicio que está a disposición de toda la población, en este servicio se cuida a pacientes intervenidos quirúrgicamente (Cesárea), pacientes con afecciones ginecológicas, gestantes con complicaciones como hiperémesis, amenaza de aborto y aborto complicado, desprendimiento de placenta, ruptura prematura de membranas entre otras. En este servicio laboran 4 ginecólogos, 6 obstetrices y 7 técnicas en enfermería.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población para el estudio de investigación estuvo conformada por 312 historias clínicas de las gestantes que presentaron complicaciones en el embarazo, registradas en el libro de ingresos y altas del servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital José Soto Cadenillas de enero 2011 a diciembre 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 durante el periodo enero 2011- diciembre 2013.

3.6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó de la siguiente manera:

En primer lugar se solicitó la autorización al Director del hospital José Hernán Soto Cadenillas- Chota para realizar la revisión de las Historias Clínicas de las gestantes con complicaciones en el embarazo atendidas en el servicio de gineco – obstetricia durante enero 2011– diciembre 2013 y enero – junio 2014.

Los datos fueron recolectados a través de una ficha estructurada que consta de datos sociodemográficos, biológicos y complicaciones de la gestante.

Esta ficha se elaboró teniendo en cuenta los objetivos y las variables en estudio. Estuvo constituido por 3 partes que se describen a continuación:

1. Características sociodemográficas de la gestante: Edad, procedencia, estado civil, grado de instrucción, ocupación.
2. Características biológicas de la gestante: Talla, peso, edad gestacional, gravidez - gestas, periodo intergenésico.
3. Complicaciones biológicas durante el embarazo.

Presencia de cualquier complicación siguiente: ITU, Preeclampsia, ruptura prematura de membranas, placenta previa, anemia,

desprendimiento prematuro de placenta, Hiperémesis Gravídica, hemorragia.

3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

- La información recolectada se proceso en una hoja de cálculo para luego pasar al SPSS versión 22 los cuales son presentadas en tablas simples y de doble entrada.
- Para el desarrollo del presente trabajo se tuvo en cuenta a las características sociodemográficas y las complicaciones durante la gestación donde al realizarse el análisis y comparación con otros estudios se demostró su similitud y diferencia lo cual se trato de dar una explicación fundamentándose en el conocimiento existente.

3.8. RIGOR ÉTICO Y CIENTÍFICO

3.8.1. RIGOR ÉTICO

En relación a la ética: se consideró los siguientes principios éticos que aseguraran la validación del trabajo de investigación:

- a. **Principio de no Maleficencia.** Principio de la bioética que afirma el deber de hacer que el beneficio sea mayor que el maleficio. En la investigación se tuvo en cuenta los beneficios, puesto que no hubo riesgo de hacer daño a la persona ya que solo se busco obtener información. Al conocer las principales complicaciones se logro una perspectiva real y así los entes prestadores y reguladores de salud pueden implementar medidas tanto preventivas como de intervención para la presentación de estas complicaciones.
- b. **Principio de Beneficencia:** El presente trabajo de investigación beneficio a las gestantes ya que aportará el conocimiento sobre las

características que al ser determinantes en las complicaciones se pueda actuar sobre ellas reduciendo la presencia de éstas o previniendo su aparición.

- c. **Principio de 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.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS, INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Edad de las Gestantes con complicaciones en el Embarazo. Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2011- 2013.

Edad	N°	%
15-20	63	20,2
20- 25	73	23,4
25-30	61	19,6
30-35	58	18,6
35-40	38	12,2
40-45	17	5,4
45+	2	0,6
Total	312	100,0

La presente tabla muestra que el 23, 4% de mujeres sujeto de estudio se encontraba entre 20 a 25 años; 20,2% de 15 a 20 y solo un 5,4% es mayor de 40 años.

Los resultados muestran que la mayoría de mujeres con complicaciones son menores de 35 años, los cuales tienen relación con los encontrados por Ruiz B.Y Coronel E. (2013), que el 30,8% del total de gestantes con complicaciones está dentro de la edad de 27 a 32 años ocupando el primer lugar, en segundo lugar el 23,3% de 21 a 26 años, en tercer lugar el 19,2% fueron gestantes de 15 a 20 años solo el 0,8% tenían de 45 años a más. Asimismo Perreño C. (2010)

quien encontró que la edad de las gestantes con complicaciones el 27% tenía entre 25 a 29 años.

Según la OMS (2007) la edad debe ser considerada como un dato muy importante, debido a que existen algunas características sociodemográficas y biológicas que influyen en la presencia de complicaciones durante el embarazo y dentro de ellos se menciona a la edad mayor a 35 años y adolescentes de 14 - 20 años porque su sistema no está completamente maduro. Situación que tiene cierta relación con el presente trabajo puesto que el 20.2% esta entre las edades de 15 a 20 años; sin embargo son muy pocas las mujeres mayores de 40 años que han presentado complicaciones durante la gestación (4). Asimismo Caiza Mosquera, (2010) menciona que en el caso de las pacientes muy jóvenes se forman con mayor frecuencia placentas anormales, lo cual le da valor a la teoría de la placentación inadecuada como causa de la Preeclampsia.

Para el caso del Hospital José Soto cadenillas se observa que la mayoría de mujeres con complicaciones son mujeres jóvenes menores de 35 años.

**Tabla 2. Estado Civil de las Gestantes con Complicaciones
en el Embarazo. Hospital José Soto Cadenillas.
Chota.2011-2013**

Estado Civil	N°	%
Soltera	27	8,7
Casada	107	34,3
Conviviente	178	57,1
Total	312	100,0

La presente tabla muestra que el 34,3 % de mujeres sujeto de estudio se encuentra casada, el 57,1 % es conviviente y solo un 8,7% son solteras.

Los resultados guardan cierta similitud con los resultados en la investigación realizado por Ruiz B.Y Coronel E. (2013), que el 20% de gestantes con complicaciones son casadas, el 70% son convivientes y solo un 10% son solteras. Asimismo se relacionan con los resultados encontrados por Perreño C. (2010), quien encontró que el 41% de las gestantes con complicaciones eran convivientes.

El estado civil es un factor que influye en la salud de las gestantes, ya que por el hecho de ser solteras presentan mayores problemas en su salud, puesto que muchas de ellas no acuden por vergüenza 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 bebe.

De igual manera las mujeres gestantes con estado civil conviviente muestra el grado de fragilidad y vulnerabilidad de las familias, hoy en día ellas trabajan más y son independientes económicamente, El problema es que si la

convivencia está asociada a la pobreza puede provocar condiciones de fragilidad durante el parto.

Así mismo debe promover que las políticas sociales consideren el criterio de vulnerabilidad asociado a la realidad de la convivencia, pues en caso de separación, la situación de la gestante se vuelve más precaria si su pareja no asume su responsabilidad, porque no existe ningún compromiso legal, es por eso que la mayoría de gestantes están en situación de mayor riesgo porque ellas son las que asumen la doble carga de criar al niño y orientarlo, pues los hombres no participan. Ellas tienen más trabajo y menos dinero.

Tabla 3. Grado de Instrucción de las Gestantes con Complicaciones en el Embarazo. Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2011-2013.

Grado de instrucción	N°	%
Analfabeta	34	10,9
Primaria Incompleta	40	12,8
Primaria Completa	69	22,1
Secundaria Incompleta	49	15,7
Secundaria Completa	85	27,2
Superior Incompleta	15	4,8
Superior Completa	20	6,4
Total	312	100,0

La presente tabla muestra que el 27,2 % de mujeres sujeto de estudio logró terminar la secundaria, el 22,2 % tiene primaria completa y solo un 4,8% tiene una educación superior incompleta. Los resultados muestran cierta similitud a los encontrados por Ruiz B.Y Coronel E. (2013), quienes muestran que el 18,3% de gestantes logro terminar la secundaria, un 24,2% tienen primaria completa, y el 8,3% superior incompleta.

Los datos revelados por estos estudios son importantes ya que según el grado de instrucción de las gestantes éstas tendrá un mejor conocimiento sobre los controles prenatales y así podrán evitar las diferentes complicaciones de su embarazo, ya que esto pondría en riesgo su vida y la del bebé que esperan.

Según ENDES 2011, el grado de instrucción de las mujeres influye de manera importante en sus actitudes prácticas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo, sus actitudes hacia el tamaño ideal de la familia, la práctica de la planificación familiar y la violencia intrafamiliar. Por otro lado, el

nivel de educación está positivamente asociado con la situación socioeconómica porque determina la demanda de los servicios de salud y planificación familiar, siendo la educación un componente principal en la gestante para sentirse continuamente motivada al momento de acudir 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 la gestante expone la vida del bebe como de ella misma.

Es muy importante explicar el estar embarazada, se convierte en un obstáculo para la continuación del desarrollo educativo de la mujer, así también la baja escolaridad puede conducir al menor conocimiento respecto a educación sexual, volviéndolas más vulnerables al embarazo.

Se debe tener presente que la orientación, comunicación e información sobre los signos y síntomas de alarma del embarazo es un proceso eficaz para adquirir el conocimiento de múltiples procesos así como para que la gestante modifique su modo de ser y pensar e identifique tempranamente los signos y síntomas de alarma del embarazo y tenga mayor interés en tomar medidas al respecto, por lo que, se recomienda tomar mayor importancia y reflexionar sobre el problema educativo existente con respecto a la deserción escolar en las embarazadas dado que una adolescente sin educación ni conocimiento alguno, se vuelve más vulnerable a embarazarse; así como también, conlleva a una situación en la cual perjudica tanto a su propia persona, al niño que lleva en su vientre, así mismo se debe considerar que la educación viene a ser un factor determinante en la conducta de la mujer embarazada.

Tabla 4. Ocupación de las Gestantes con Complicaciones en el Embarazo. Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2011-2013.

Ocupación	N°	%
Ama de casa	220	70,5
Comerciante	25	8,0
Empleada	13	4,2
Estudiante	16	5,1
Agricultora	21	6,7
Profesional	16	5,1
Otros	1	0,3
Total	312	100,0

La presente tabla muestra la ocupación de mujeres sujeto de estudio donde se encuentra que el 70,5% es ama de casa, 8.0% es comerciante y solo un 5.1% es profesional. Estos datos guardan cierta similitud a los encontrados por Ruiz B.Y Coronel E. (2013), quienes encontraron que un 75% de las gestantes con complicaciones fueron amas de casa y el 10,8% fue comerciante.

Los resultados de este estudio también son semejantes a los hallazgos de Pérez A (2010), quien encontró que el 75% fueron amas de casa, el 18,75% era estudiantes y un 6,25% eran agricultoras, lo cual indica que las ocupaciones con actividades más fuertes son las que más predisponen a sufrir una complicación durante el embarazo.

De esto se puede deducir que a menos recursos, mayor es la necesidad de realizar alguna actividad económica por lo que se ven obligadas a dedicarse al comercio para obtener ingresos económicos con los cuales

puedan afrontar las complicaciones durante su embarazo el cual pone en riesgo no solo su salud, sino que en muchos casos el sustento de su familia e hijos.

La tarea o función que puede estar desempeñando la gestante está relacionada directa e indirectamente con cualquier complicación. Una ocupación de riesgo podría interrumpir el periodo gestacional induciendo a complicaciones como ruptura prematura de membrana, desprendimiento prematuro de placenta, infección del tracto urinario, etc.

Las complicaciones en el embarazo pueden estar ligadas a la situación laboral y la ocupación de la madre durante el embarazo, empíricamente se ha puesto de manifiesto que determinadas ocupaciones implican exposiciones químicas, físicas o psicosociales que incrementarían el riesgo de alteraciones en el embarazo, de allí que las gestantes que se dedican a trabajos manuales, amas de casa y de servicios tendrían más riesgo de parto pre término y niños con bajo peso al nacer que las mujeres que tienen un trabajo remunerado.

Por otra parte, la exposición de la gestante a posibles riesgos se debe al incremento de la participación femenina en el mercado laboral, lo que implica que muchas mujeres realizan trabajos físicos pesados lo que contribuye a alterar su salud durante la gestación.

Tabla 5. Procedencia de las Gestantes con Complicaciones en el Embarazo. Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2011-2013.

Procedencia	N°	%
Zona Urbana	201	64,4
Zona Rural	111	35,6
Total	312	100,0

La presente tabla muestra que el 64,4% de las mujeres sujeto de estudio proceden de la zona urbana y 35,6% de la zona rural.

Estos resultados muestran que existe una mayor proporción de mujeres con complicaciones en la zona urbana tal vez porque son estas quienes más acuden a atenderse en el Hospital. Estos resultados son diferentes a los encontrados por Ruiz B.Y Coronel E. (2013), los que encontraron que las complicaciones se presentaban en el 35.0% de mujeres de la zona urbana y el 65.0 % eran de la zona rural. Entonces sería necesario realizar estudios frente a estas discrepancias para ver cual es el grado de influencia de la zona de procedencia en la predisposición a sufrir una complicación durante el embarazo.

**Tabla 6. Talla de las Gestantes con Complicaciones en el Embarazo.
Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2011-2013.**

Talla	N°	%
Igual a 150cms	51	16,3
Menor a 1.50 centímetros	68	21,8
Mayor a 150 centímetros	193	61,9
Total	312	100,0

La presente tabla muestra la talla de mujeres sujeto de estudio donde se encuentra de que el 61,9% es mayor a 150 cm, el 21,8% tiene una talla menor a 150 cm. y el 16,3% tiene una talla igual a 150 cm.

Estos resultados tienen relación con lo obtenido por Ruiz B.Y Coronel E. (2013), quienes encontraron que el 40,8 % tienen una talla mayor de 150 cm. el 33,3 % tiene una talla igual a 150 cm. y el 25,8 % tiene una talla menor de 150 cm.

Frente a esto cabe mencionar que la talla es muy importante en la gestante ya que a menor talla aumenta más el riesgo de sufrir complicaciones durante el parto, como Parson lo ha señalado quienes tienen baja estatura tienen mayor posibilidad de estenosis pélvica por lo que corren un mayor riesgo tener complicaciones; esto implica problemas en la finalización del embarazo en muchas ocasiones por desproporción feto pélvica. (34)

Para la prevención de talla baja es necesario que desde la niñez mantengan una talla adecuada lo cual es posible realizar a través de las recomendaciones en el control de crecimiento y desarrollo del niño así como recomendar una alimentación adecuada.

Tabla 7. IMC inicial de las Gestantes con Complicaciones en el Embarazo. Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2011-2013.

IMC	IMC INICIAL		IMC FINAL	
	N°	%	N°	%
Bajo peso (<18.5)	4	1,3	1	0,3
Peso normal (18.5 - 24.9)	221	70,8	81	26,0
Sobrepeso (25-29.9)	74	23,7	169	54,2
Obesidad (≥30)	13	4,2	61	19,5
TOTAL	312	100,0	312	100,0

La presente tabla muestra el IMC inicial de mujeres sujeto de estudio donde el 70,8% tenía IMC normal, un 23,7% tenía sobrepeso y un 1,3% bajo peso y el IMC final se encuentra que un 54,2% terminó su embarazo con sobre peso, el 26,0% IMC normal, un 19,6% con obesidad y el 0,3% bajo peso.

Estos resultados son diferentes a los encontrados por Ruiz B. y Coronel E. (2013), quienes encontraron que el 85% de gestantes con complicaciones tenían peso normal, el 13,3% tenían bajo peso y solo el 1,7% tenía sobre peso.

Los resultados muestran que las embarazadas con complicaciones iniciaron su embarazo con un estado nutricional normal sin embargo existe un gran cantidad de ellas que termina con sobrepeso y obesidad; que debe ser tomado en cuenta por los riesgos que puede acarrear en la madre y el niño. No obstante, la mayoría de los esfuerzos dentro de la salud materno-infantil, se han centrado a resultados infantiles, existen muy pocos trabajos que midan el impacto del estado nutricional de la madre, las complicaciones del embarazo (incluyendo la mortalidad materna). (14)

Una mujer que inicia la gestación con un IMC que indica sobrepeso u obesidad, debe ganar menor cantidad de peso durante la gestación que una mujer que inició dentro de los rangos de normalidad, ya que por medio del IMC la valoración de la adecuación del peso corporal pre gestacional y materno, puede realizarse de una manera mas personalizada y específica para cada mujer.

Estos resultados deberían ser tomados en cuenta por el personal de salud con la finalidad de evitar las complicaciones en el embarazo y brindar una orientación nutricional adecuada a la madre así como algunas recomendaciones en lo referente a ejercicios físicos contribuyendo de esta manera a disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.

Tabla 8. Periodo Intergenésico de las Gestantes con Complicaciones en el Embarazo. Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2011-2013.

Periodo Intergenésico	N°	%
Sin periodo intergenésico (Primer hijo)	129	41,3
Periodo Intergenésico < 1 año	7	2,2
Periodo Intergenésico 2-3 años	63	20,2
Periodo Intergenésico >3 años	113	36,2
Total	312	100,0

La presente tabla muestra el periodo intergenésico de mujeres sujeto de estudio, donde se encontró que el 41,3% de gestantes con complicaciones eran primíparas o sin periodo intergenésico, el 36,2 mayor a 3 años y el 2,2% menor de 1 año.

Estos resultados son similares a los encontrados por Ruiz B. y Coronel E.(2013), quienes encontraron que el 60,8% de gestantes no presentan periodo intergenésico, el 20,8% presentan periodo intergenésico mayor de 60 meses y el 18,3% de gestantes presentan periodo intergenésico menor de 24 meses.

El período intergenésico prolongado mayor de 48 meses y el menor de 12 meses es un factor de riesgo en la gestante debido a que puede producir complicaciones. Se atribuye que el período intergenésico prolongado tiene que ver con la alteración de la tolerancia inmunológica, el cual disminuye la formación del tejido placentario y en la producción adecuada de factores que regulan los cambios fisiológicos maternos.

El proceso de tolerancia inmunológica es de vital importancia para la evolución normal del embarazo. Los cambios inmunológicos placentarios locales son determinantes para mantener el embarazo. (36)

Es importante identificar el período intergenésico exacto de las pacientes desde la primera atención prenatal, con el fin de saber si este período es de riesgo para el embarazo y realizar promoción y prevención oportuna, como orientación en cuanto el espacio entre un embarazo y otro. Un periodo intergenésico prolongado mayor de 48 meses es un factor de riesgo para Preeclampsia por lo que debe ser atendido a tiempo para evitar se produzcan complicaciones de este tipo.

Asimismo es importante identificar un periodo intergenésico corto ya que tener nacimientos demasiado próximos no permite que el cuerpo de la madre recupere las reservas nutricionales y el nivel energético, provocando así embarazos riesgosos, complicados en la mayoría de los casos por situaciones como: enfermedad hipertensiva del embarazo, parto obstruido o hemorragia posparto. (38).

Tabla 9. Edad Gestacional de las Gestantes con Complicaciones en el Embarazo. Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2011- 2013.

Edad Gestacional	N°	%
Primer trimestre 0-12 semanas	32	10,3
Segundo Trimestre 13-27 semanas	62	19,9
Tercer Trimestre 28 a 40 semanas	218	69,9
Total	312	100,0

La presente tabla muestra la edad gestacional de las mujeres sujeto de estudio donde se encuentra que el 69,9 % presenta edad gestacional de 28 a 40 semanas (tercer trimestre), el 19,9 % de 13 a 27 semanas (segundo trimestre) y el 10,3 % de 0- 12 semanas (primer trimestre).

Los resultados tienen cierta relación con el estudio realizado por Perreño C. (2010), quien encontró que el 67% de las gestantes con complicaciones presentaron embarazo a término con edad gestacional mayor a 37 semanas. (14).

La gestación es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento. Durante este tiempo, el bebé crece y se desarrolla dentro del útero de la madre, si bien es cierto las complicaciones se producen en cualquier etapa de la gestación, ya sea desde una simple infección hasta una ruptura prematura de membrana; es necesario contar con personal capacitado para la evaluación correcta de la edad gestacional con la finalidad de evitar la morbilidad y mortalidad en la gestante.

En el presente estudio se encontró que la mayoría de las gestantes con complicaciones tuvieron una edad gestacional de 28 a más semanas.

Situación que debería ser tomada en cuenta por el personal de salud para tenerlo en cuenta en su trabajo con esta población.

Tabla 10. Número de Gestaciones de las Embarazadas con Complicaciones en el Embarazo. Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2011-2013.

Gestas	N°	%
Primigestas	122	39,1
Multigestas	190	60,9
Total	312	100,0

Del total de las gestantes se observa que el 60.9% son multigestas, mientras que el 39.1 % son primigestas.

Estos resultados son diferentes a los encontrados por Ruiz B.Y, Coronel E. (2013), quienes encontraron que un 60,8% de gestantes con complicaciones eran primíparas y 39,2% eran multíparas. Asimismo Perreño C. (2010) en su estudio encontró que el 54% de las gestantes eran primíparas.

Según el resultado de este estudio se evidencia que el mayor porcentaje de mujeres multíparas presentan complicaciones durante la gestación debido a que la ocurrencia de tres partos o más eleva el riesgo de tener complicaciones durante la gestación. Es muy importante tener en cuenta el número de gestaciones que presenta la mujer ya que mientras mas hijos tenga el riesgo de sufrir complicaciones es mayor, además esto ayudara al personal de salud a orientar a las gestantes sobre las complicaciones que acarrea para su salud y también orientarlas sobre planificación familiar, ya que además de las complicaciones que pueda tener, esto tendrá mayor necesidad económica para sustentar a su familia.

Según Clavero N. La multiparidad constituye un factor de riesgo muy importante en el embarazo, parto o puerperio relacionándose estrechamente con la morbi-

mortalidad materna según estudios realizados por diferentes autores los que refieren que el útero va perdiendo su normalidad fisiológica, las fibras musculares disminuyen su elasticidad y contractilidad, por lo que en el parto y alumbramiento el útero se contrae con escasa energía produciéndose complicaciones de resistencia a nivel del cuello uterino, lo cual puede ser causa de partos prolongados, uso de oxitócicos, retención de la placenta, desgarro de las partes blandas, sangrados por atonía uterina. (40)

**Tabla 11. Complicaciones de las Gestantes. Hospital José Soto
Cadenillas. Chota 2011-2013.**

COMPLICACIÓN	N°	%
Ruptura Prematura de Membranas	113	36,2
Infección de tracto Urinario	76	24,4
Preeclampsia Leve	53	17,0
Preeclampsia Severa	50	16,0
Anemia	21	6,7
Hiperémesis Gravídica	18	5,8
Hemorragia	15	4,8
Placenta previa	14	4,5
Desprendimiento Prematuro de Placenta	4	1,3

En la presente tabla se muestran todas las complicaciones que presentaron las gestantes, teniendo en cuenta que algunas presentaron más de una complicación al mismo tiempo. Según la tabla se observa que las complicaciones que presentaron las gestantes con mayor frecuencia fue ruptura prematura de membranas 36,2%; infección del tracto urinario 24,4%; Preeclampsia leve 17%; Preeclampsia severa 16%; anemia 6,7%; hiperémesis gravídica 5,8%; hemorragia 4,8%; placenta previa 4,5% y 1,3% desprendimiento prematuro de placenta.

Referente a la ruptura de membranas se encontró que el 36,2% de las mujeres sujeto de estudio presentan ruptura prematura de membranas resultado que guarda cierta similitud con los resultados encontrados por Ruiz B.Y Coronel E. (2013), quienes encontraron que el 18,3% de las gestantes presentaron ruptura prematura de membranas. Además en un estudio realizado por Torres C. (2010), quien encontró que el 14% de las gestantes tuvieron ruptura prematura de membranas.

La Ruptura Prematura de Membranas (RPM) es la pérdida de continuidad del saco amniótico antes del inicio del trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional en que se encuentre el embarazo. Las membranas pueden romperse en cualquier momento del embarazo. Su incidencia varía entre el 1,6 y el 21 % de todos los nacimientos, y constituye una de las afecciones obstétricas más relacionadas con la morbilidad y mortalidad materno-perinatal. Es un cuadro grave para el pronóstico perinatal, y su importancia está en relación inversa con la edad gestacional en que se produce, o sea, que mientras más temprano aparece, peores serán los resultados. Podemos entonces asegurar que en el embarazo de más de 35 semanas (feto viable) el pronóstico es bueno, aunque no exento de complicaciones; por el contrario, cuando ocurre antes de las 34 semanas es desfavorable, y peor aún antes de las 32 semanas, pues la evolución está sujeta a una alta morbilidad y mortalidad fetal y neonatal. (39)

Según este estudio el porcentaje de gestantes con esta complicación es muy elevada, ya que se encontró 113 pacientes, cuyo porcentaje es el 36,2% cifra que debería alarmar al personal de salud y sobre todo al personal que dirige la DISA, para tomar medidas sobre esta complicación, capacitando al personal de salud sobre todas las complicaciones y riesgos obstétricos que presentan las gestantes, quienes tienen el deber y la obligación de concientizar a las gestantes para que realicen adecuadamente sus controles prenatales y evitar muchas complicaciones en su embarazo , realizando seguimientos, o campañas que promuevan la salud de la gestante.

Referente a la infección del tracto urinario se encontró que el 24,4% de las gestantes sujeto de estudio presento infección del tracto urinario, los resultados de este estudio son semejantes a los resultado encontrados por Pérez A. (2010), quien encontró que el 25% de las gestantes tuvieron infección del tracto urinario. Mientras que en el estudio realizado por Ruiz B. y Coronel E. (2013), quienes encontraron que el 69,2% de las gestantes presentaron infección del tracto urinario.

Resultados que muestran un alto porcentaje de embarazadas con ITU y coinciden con Ransom E, yinger N.(2001), quienes indican que la prevalencia de esta complicación es similar a la de las pacientes no embarazadas, pero representa un significativo factor de riesgo para el desarrollo de infección urinaria alta en las que si lo están. Asimismo menciona que el 20 al 40% de las pacientes con bacteriuria asintomática en el embarazo temprano no tratadas desarrollan pielonefritis en el segundo trimestre y comienzos del tercero. La razón para el alto riesgo de infección urinaria no es clara, pero podría estar relacionada con los cambios anatómicos y fisiológicos asociados al embarazo.

Respecto a la Preeclampsia leve se encontró que el 17% de las gestantes presentan esta complicación resultado que tiene cierta relación con los

encontrados por Ruiz B.Y Coronel E. (2013), quienes encontraron que el 35% presentaron Pre-eclampsia leve.

La Preeclampsia leve es la forma temprana de la afección, puede aparecer después de las 20 semanas de la gestación, aunque habitualmente comienza al principio del tercer trimestre. Para hacer el diagnóstico de este estadio deben estar presentes la hipertensión arterial y la albuminuria. (41)

Es importante que la gestante asista a todos sus controles para que el personal evaluara los posibles riesgos que pueda tener la madre, quien deberá incrementar sus controles para poder tener un parto normal, de lo contrario tomar la decisión de inducir el parto o una cesárea.

En cuanto a la Preeclampsia severa se encontró que el 16% de las mujeres sujeto de estudio presentan esta complicación. Estos resultados guardan cierta similitud con los resultados encontrados por Perreño C (2010), quien indica que el 9% de las gestantes presentaron pre-eclampsia severa. (14)

La Preeclampsia severa es un estadio que a sido precedido por un periodo de Preeclampsia leve, aunque haya sido fugaz, esta complicación se caracteriza por hipertensión y proteinuria, y puede estar presente o no el edema. (41).

Siendo la mejor manera de prevenir esta complicación realizando los controles prenatales ya que permiten detectar y tratar la Preeclampsia antes de que se desarrolle en el organismo de la gestante.

Es necesario que el personal de salud indique a la gestante que cuando realizan sus controles indicados, la pre-eclampsia se puede detectar precozmente y la mayoría de los problemas pueden prevenirse, pero si la enfermedad se encuentra en un estadio avanzado se debe recomendar reposo en cama y un control exhaustivo de la presión arterial.

La primera pista para poder determinar Preeclampsia durante la gestación es la hipertensión, en casos graves de Preeclampsia el parto se puede inducir, pero la probabilidad de supervivencia del feto es muy riesgosa por lo que las alteraciones hipertensivas que acompañan al embarazo determinan una complicación obstétrica que puede conducir a una morbilidad materna y perinatal.

En cuanto a la anemia se encontró que el 6,7% de las mujeres sujeto de estudio presentan anemia, resultado que guarda cierta similitud con los datos encontrados por Ruiz B.Y Coronel E. (2013), quienes encontraron que el 11,7% de las gestantes presentaron esta complicación.

Se conoce que la incidencia de anemia se manifiesta más al final del embarazo en grandes multíparas, en gestantes jóvenes, en las que no reciben atención prenatal y en las que no toman suplemento de hierro; asimismo se conoce que existe mayor prevalencia de anemia en las poblaciones rurales, donde las infecciones, las pobres condiciones sanitarias, el parasitismo y la desnutrición son más comunes. (41)

La detección de la anemia a través de los Controles prenatales es de suma importancia ya que permite la identificación a tiempo para tomar las correcciones que el caso amerita y evitar problemas aún mayores.

Respecto a la hiperémesis gravídica se encontró que el 5,8% de las mujeres sujeto de estudio presentan esta complicación. Mientras que en el estudio realizado por Ruiz B.Y Coronel E. (2013), encontraron que el 19,2% de las gestantes presentan hiperémesis gravídica.

La hiperémesis gravídica (HG) es un síndrome que ocurre en la primera mitad del embarazo, afectando a las gestantes en un 0,3-2,0%, se caracteriza por náuseas y vómitos severos provocando pérdida de peso de al menos un 5% del peso previo al embarazo, deshidratación, cetonuria y

trastornos hidroelectrolíticos. En la mujer gravídica las náuseas y vómitos son muy comunes padeciéndolos en un 70-85%, siendo la principal causa de ausentismo laboral, en aproximadamente un 35% de los casos inician generalmente en las primeras 12 semanas de embarazo. (42).

Se debe tener en cuenta esta complicación, ya que demasiados vómitos son dañinos para su salud debido a que lleva a la deshidratación y al aumento deficiente de peso durante el embarazo. Por lo que es muy importante que la gestante realice sus controles prenatales y si presenta esta complicación acuda a tiempo al establecimiento de salud para que le brinden su tratamiento y así pueda ganar un peso adecuado tanto ella como su bebé, además es importante que el personal de salud preste mucha atención a las gestantes con es tipo de complicación ya que los problemas psicológicos o sociales de la gestante, pueden estar asociados con este trastorno del embarazo.

En cuanto a la hemorragia se encontró que el 4,8% de las gestantes sujeto de estudio presentan esta complicación, resultado que tienes cierta similitud con los encontrados por Ruiz B.Y Coronel E. (2013), quienes encontraron que el 9,2% de las gestantes presentan hemorragia.

La hemorragia de la segunda mitad de la gestación, o hemorragia ante parto, se define como el sangrado del tracto genital en la segunda mitad de la gestación, pero antes del nacimiento fetal. Es una causa importante de mortalidad perinatal y morbilidad materna y se presenta en el 3,5% de todos los embarazos. (43).

Esta complicación es siempre motivo de consulta urgente con el personal de salud, aun cuando la hemorragia sea pequeña, las gestantes deben consultar para saber el porqué de su aparición y eventualmente realizar, si es posible, algún tratamiento, según el momento de aparición que puede ser en el primer trimestre del embarazo, en el segundo o en el tercero. Es

importante que el personal de salud cite y oriente a las gestantes los beneficios de asistir puntualmente a sus controles prenatales, y mas aun si presenta hemorragia en cualquier trimestre del embarazo para ser evaluada por personal capacitado y puedan darle un tratamiento adecuado para evitar que siga perdiendo sangre y ponga en riesgo su vida y la del bebe.

En relación a la placenta previa se encontró que el 4,5% de las mujeres sujeto de estudio presentan esta complicación. Estos resultados guardan cierta similitud con el estudio realizado por Ruiz B.Y Coronel E. (2013), quienes encontraron que el 3,3% de las gestantes presentaron placenta previa.

Esta complicación es cuando la placenta se implanta en el segmento uterino inferior, y en ocasiones cubre parcial o totalmente al orificio cervical uterino. La implantación normal protege a la placenta de fuerzas mecánicas que acompañan a la retracción de las fibras miométriales del segmento uterino inferior al final del embarazo y en el trabajo de parto, situación totalmente contraria en la placenta previa, lo cual puede provocar desprendimiento parcial de la placenta que se manifestara por sangrado transvaginal de magnitud variable. (34).

La placenta previa continúa siendo complicación que provoca morbilidad y mortalidad tanto en la madre como en el feto, siendo fundamental que cada centro hospitalario analice los factores epidemiológicos relacionados con esta patología, ya que de esta forma se elevaría la calidad asistencial y se establecerían las pautas correspondientes a fin de mejorar la calidad de vida en estas pacientes y sus productos, con el objetivo de identificar los factores epidemiológicos que con su incidencia afectan el transcurso normal del embarazo y la salud del recién nacido por lo que surge la necesidad de poder contar con personal de salud que brinde la orientación necesaria, realizando

capacitaciones para poder prevenir esta enfermedad que podría traer fuertes complicaciones tanto para la madre como para el bebe.

Referente al desprendimiento prematuro de placenta se encontró que el 1,3 % de las mujeres sujeto de estudio presentaron esta complicación. Estos resultados presentan cierta similitud con los resultados encontrados por Ruiz B. (2013), quienes encontraron que un 4,2% de las gestantes tuvieron desprendimiento prematuro de placenta.

El Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP) como su nombre lo indica, es la separación placentaria desde un sitio de implantación normal antes del nacimiento del feto, constituye una de las principales causas de Hemorragia sobre todo en el tercer trimestre, constituyendo esta patología un accidente agudo de la gestación en el cual la placenta se desprende total o parcialmente de su lugar de implantación antes del alumbramiento provocando un síndrome hemorrágico cuyas consecuencias para la madre varía desde la formación de un simple coagulo retroplacentario hasta la aparición de cuadros de gran severidad que ponen en peligro la vida de la gestante.(34)

Por lo que es de vital importancia que el equipo de salud este capacitado para reconocer los grados de severidad de un Desprendimiento Prematuro de Placenta, con la finalidad de iniciar un tratamiento adecuado y de esa forma lograr disminuir la morbimortalidad materna y perinatal, que hasta el momento en nuestro medio aun se presentan estos casos .

Tabla 12. Edad Gestacional Relacionado con la Ruptura Prematura de Membranas.

Edad Gestacional	Ruptura Prematura de Membranas			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Primer trimestre 0 -12 semanas	1	0,9%	31	15,6%
Segundo Trimestre 13-27 semanas	7	6,2%	55	27,6%
Tercer 28 a 40 semanas	105	92,9%	113	56,8%
TOTAL	113	100,0%	199	100,0%

$\text{Chi}^2 = 45,318$ $p = 0,00$

En la presente tabla de ruptura prematura de membranas en relación con la edad gestacional se encontró que el 92,9% de las gestantes tienen de 28 a 40 semanas (tercer trimestre) de gestación, el 6,2% tienen de 13 a 27 semanas (segundo trimestre) y solo un 0,9% tienen estos resultados presentan cierta similitud con los resultados por Burgos W. (2013), quien encontró que el 72% de las gestantes que tenían de 20 a 30 semanas de gestación presentaron Ruptura Prematura de membranas. Asimismo en un estudio realizado por Cedeño M. y García P. (2012); quienes encontraron que el 67% de gestantes que tenían entre 34 y 37 semanas de edad gestacional presentaron Ruptura Prematura de Membranas.

Al someterse las variables a la prueba de CHI – cuadrada se encontró que la relación entre edad gestacional y la Ruptura Prematura de Membranas es altamente significativa, siendo el valor de ($p = 0,00$). Este resultado significa

que la Ruptura Prematura de Membranas está muy estrecha a la edad gestacional y la actividad de la gestante.

El resultado demuestra la relación directa entre la edad gestacional y la ruptura prematura de membranas, según los resultados encontrados se evidencia que el mayor porcentaje de gestantes con ruptura prematura de membranas son aquellas que tenían edad gestacional de 28 a 40 semanas que corresponden al tercer trimestre, Las consecuencias de la ruptura prematura de membranas en el embarazo dependen directamente de la edad gestacional lo que es muy importante, ya que a mayor edad gestacional presente, mayor probabilidades de sobrevivencia tendrá el bebe.

La Ruptura Prematura de Membranas, RPM, es una patología obstétrica frecuente. En circunstancias normales, las membranas ovulares se rompen durante la fase activa del trabajo de parto; al ocurrir de manera prematura es la responsable de cerca del 30% de todos los partos pretérmino y origina una morbilidad materno-perinatal.

Tabla 13. Número de Gestaciones de las Embarazadas Relacionado con la Ruptura Prematura de Membranas.

Gestas	Ruptura Prematura de Membranas			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Primigestas	53	46,9	69	34,7
Multigestas	60	53,1	130	65,3
TOTAL	113	100,0%	199	100,0%

Chi²= 4,527 p ≤ 0, 033

En la presente tabla de Ruptura Prematura de membranas en relación con las gestas se encontró que el 53,1% de las gestantes sujeto de estudio con ruptura prematura de membranas son multíparas y el 46,9% de las gestantes son primigestas. Estos resultados tienen cierta relación con los encontrados por Cedeño M. y Garcia P. (2012), quienes encontraron que el 72% de las gestantes con ruptura prematura de membranas fueron multíparas.

Al someterse las variables a la prueba de CHI – cuadrada se encontró que la relación entre la Ruptura Prematura de Membranas y el número de gestaciones es significativa, siendo el valor de (P ≤ 0,033). Este resultado es significativo porque existe una relación directa entre ambas variables, por lo tanto la Ruptura Prematura de Membranas se presenta con mayor frecuencia, significando riesgo el mayor número de hijos.

Resultados que nos indica que mientras menor cantidad de gestaciones tenga una mujer menor será el riesgo de sufrir ruptura prematura de membranas, ya que la multiparidad constituye un factor de riesgo muy importante en el embarazo, parto o puerperio relacionándose estrechamente con la morbimortalidad materna según estudios realizados por diferentes autores. Los que refieren que el útero va perdiendo su normalidad fisiológica, las fibras musculares disminuyen su elasticidad y contractilidad, por lo que en el parto y alumbramiento el útero se contrae con escasa energía produciéndose complicaciones de resistencia a nivel del cuello uterino, lo cual puede ser causa de partos prolongados, uso de oxitócicos, retención de la placenta, desgarros de las partes blandas, sangrados postparto por atonía uterina. (40).

Tabla 14. Procedencia de las Gestantes Relacionado con Placenta Previa.

Procedencia	Placenta Previa			
	Si		No	
	N°	%	N°	%
Zona Urbana	13	92,9	188	63,1
Zona Rural	1	7,1	110	36,9
TOTAL	14	100,0%	298	100,0%

Chi²= 5, 171 p ≤ 0, 023

En la presente tabla se observa que el 92,9% de las gestantes sujeto de estudio que presentan Placenta previa proceden de la zona urbana, y el 7,1% de dichas gestantes proceden de la zona rural, resultados que muestran cierta relación con los resultados encontrados por Yepes R. (2013), quien en su estudio encontró que 78,4% son procedentes del área urbana y el 21,6% eran del área rural.

Al someterse las variables a la prueba de CHI – cuadrada se encontró que la relación entre la Placenta Previa y la procedencia de las gestantes es significativa, siendo el valor de (p ≤ 0,023). Significa que la placenta previa esta relacionada a la zona de procedencia, que la placenta previa como complicación esta asociada en la procedencia, porque dependiendo de esta va a depender que la mujer reciba una atención inmediata y mas no que la complicación dependa del lugar de procedencia.

Los resultados evidencian que las gestantes que residen en la zona urbana son las que tienen mayor acceso a los servicios de salud y pueden realizar sus controles prenatales indicados, ya que las gestantes residentes en la zona rural no pueden acceder a los servicios de salud, ya sea por la lejanía a los mencionados centros, por falta de economía, por desconocimiento o porque en esta zona mayormente son atendidas por parteras.

Este resultado evidencia la vital importancia que tiene el personal de salud, quienes deben captar gestantes, orientarlas sobre los controles prenatales que deben realizar y hacer los respectivos seguimientos a las gestantes que asistan al centro o puesto de salud, realizando siempre promoción de la salud.

CONCLUSIONES

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

1. Las características sociodemográficas de las gestantes fueron: El 23,4% tuvo entre 20 a 25 años; 20,2% de 15 a 20 años; 57,1% fueron convivientes; 34,3% casadas; 27,2% tuvieron secundaria completa; 22,1% primaria completa; 70,5% fueron amas de casa; el 8% comerciantes; 64,4% fueron de la zona urbana y 35,6% de la zona rural.
2. En cuanto a las características biológicas: 61,9% tenían talla mayor a 150 cm. El IMC inicial fue 70,8% peso normal; 23,7% sobrepeso y el IMC final 54,2% tenían sobrepeso; 26% peso normal un 19,6% obesidad. El 41,3% sin periodo intergenésico; 36,2% tuvieron periodo intergenésico mayor a 3 años; 69,9 %tuvieron entre 28 a 40 semanas de gestación; 60,9% eran multigestas.
3. Las complicaciones más frecuentes de las gestantes fueron: 36,2% Ruptura Prematura de Membranas; 24,4% Infección del Tracto Urinario, 17% Preeclampsia leve; 16 % Preeclampsia severa, anemia 6,7%; hiperémesis gravídica 5,8%; hemorragia 4,8%; placenta previa 4,5%; y desprendimiento prematuro de placenta 1,3%.
4. En cuanto a la relación de algunas características de las gestantes con las complicaciones se obtuvo que la relación entre la edad gestacional con la ruptura prematura de membranas fue altamente significativa ($p = 0,00$), Este resultado significa que la Ruptura Prematura de Membranas está muy estrecha a la edad gestacional y la actividad de la gestante. Así mismo la relación entre las gestas con la Ruptura Prematura de membranas ($p \leq$

0,033);este resultado es significativo porque existe una relación directa entre ambas variables, por lo tanto la Ruptura Prematura de Membranas se presenta con mayor frecuencia, significando riesgo el mayor número de hijos y también fue significativa la relación entre procedencia de las gestantes y la placenta previa valor de ($p \leq 0,023$), Significa que la placenta previa esta relacionada a la zona de procedencia, que la placenta previa como complicación esta asociada en la procedencia, porque dependiendo de esta va a depender que la mujer reciba una atención inmediata y mas no que la complicación dependa del lugar de procedencia.

RECOMENDACIONES

❖ **PARA EL MINSA:**

- ✓ Fortalecer los programas de salud, estrategias y responsabilidades a nivel individual y grupal, en especial en lo relacionado al área de materno infantil; ya que hoy en día es una de las prioridades en la salud pública para la prevención de las complicaciones en el embarazo, y así evitar la mortalidad materna infantil.
- ✓ Reorientar las políticas en el manejo de recursos humanos en salud y que le permita mejorar la productividad, manteniendo equipados los centros de atención lo suficientemente para brindar una atención de calidad a la gestante tanto en recursos humanos y materiales lo que permitirá la disminución de complicaciones.

❖ **AL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS:**

- ✓ Se debe realizar capacitaciones a los Profesionales de Enfermería sobre los programas de materno infantil para brindar una atención de calidad a las gestantes.
- ✓ Se debería fomentar la realización de guías sobre prevención de las distintas complicaciones del embarazo, para promocionar la salud de la gestante e incluso concientizarlas a las mismas el riesgo que conlleva su estado.
- ✓ Se recomienda al personal de salud que labora en el Hospital José Soto Cadenillas facilitar las historias clínicas de las gestantes para realizar investigaciones con las que se podrá conocer mejor la realidad y obtener resultados en beneficio de los usuarios.

❖ **PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA:**

- ✓ Estar en constante capacitación sobre estrategias de salud de la gestante, conocer las distintas normas técnicas, protocolos y guías de salud materna para brindar una atención de calidad, tratar a las gestantes pero también reportar a las autoridades de la DISA sobre las complicaciones que atentan constantemente la vida de las gestante y la del bebé que esperan para tomar las medidas de salud correspondientes.
- ✓ Fomentar la comunicación entre los Profesionales de Salud y los Agentes Comunales, De Salud, para así disminuir la morbimortalidad y lograr que las familias principalmente las mujeres tengan conocimiento de autocuidado en la etapa prenatal y reconocer las principales complicaciones para comunicar al profesional o promotor de Salud.
- ✓ Se debe realizar mayores trabajos sobre este tema ya que es de gran relevancia porque las complicaciones son muy frecuentes en nuestro contexto social pero no se le brinda la importancia necesaria.

❖ **A LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA:**

- ✓ Se recomienda seguir realizando estudios sobre el tema así como incidir en el manejo de estrategias, normas técnicas, protocolos actualizados del área meterno perinatal para tener mejor conocimiento sobre la salud de la mujer.
- ✓ A los docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca quienes se dedican a la investigación científica tener este tema como prioridad ya que es un tema de mucha importancia para la salud publica que afecta especialmente a lugares en extrema pobreza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Quinta ed. México: Mc Graw-Hill; 2010.
2. Organización Mundial de la Salud. Características Obstétricas de las Embarazadas. 2011. En línea. (fecha de acceso 25 de mayo 2014). Disponible en <http://www.bvs.hn/rmp/pdf/2001/pdf/vol6-1-2001-9.pdf>.
3. 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 30 de mayo del 2014). Disponible en [www.megraw-hill – educación.com](http://www.megraw-hill-educación.com).
4. Organización Mundial de la Salud. OMS. Maternidad Saludable y Segura Complicaciones del Embarazo. 2008. En línea (Fecha de acceso 28 de mayo del 2014). Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/enf_frecuentes/maternidad.htm
5. Guimarães, L. y Fisberg, M. Complicaciones en Embarazo. Boletín Informativo nº 20. 2010. En línea (fecha de acceso 25 de mayo del 2014). Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/revistas/sitúa/2002_n20/compli_embarazo.htm. com.
6. Ministerio de Salud. Salud Materna. Maternidad responsable 2014. En línea. (fecha de acceso 29 de noviembre del 2014). Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevención/prevención_7.asp?.sub5a7.

7. Ramírez, C. Complicaciones del Embarazo, Revista. Hospital Materno Infantil. Ramón Sarda. 28(3):110-113. 2009". En línea (fecha de acceso 16 de junio del 2014). Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?isisscript=iah/iah.xis&base=lilacs&lang=e&form=f>.
8. Ferreira, Marqués, Méndez M; Silva. Toxemia Gravídica en Adolescencia" / pregnancy toxemia in adolescence. Revista Cubana saúde pública; 33 (4), out.-dez. 2009. En línea (fecha de acceso 26 de mayo del 2014). Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?isisscript=iah/iah.xis&base=lilacs&lang=e&form=f>.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: Nacional y Departamental Lima; 2013.
10. Hospital Regional Cajamarca. Plan Concertado Regional De Salud 2012-2014. Cajamarca: Hospital Regional Cajamarca, Oficina de Planificación; 2012. En línea (fecha de acceso 26 de mayo del 2014). Disponible en: <http://siar.regioncajamarca.gob.pe/admDocumento.php?accion=bajar&docadjunto=131>
11. DISA CHOTA. Analisis de las situacion de Salud 2012. Chota: Direccion Subregional De Salud, Oficina Estadística E Informática; Chota Perú 2012.
12. Hospital Daniel Alcides Carrión. Oficina de Estadística e Informática.

Complicaciones más predominantes durante el embarazo. 2011. En línea (fecha de acceso 10 junio 2014). Disponible en: www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1726

13. Pérez, A. Factores de Riesgo Sociales y Personales que Predisponen a las Complicaciones más Frecuentes Durante el Embarazo. Revista Cubana Medicina Intensiva Emergencias 2010. En línea (fecha de acceso 02 junio 2014). Disponible en línea: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v70n5/art02.pdf>.
14. Perreño, Ch. Principales Complicaciones de Preeclampsia en pacientes que acuden al Hospital Provincial General Docente de Riobamba- Ecuador. 2010 en línea. (fecha de acceso 02 junio 2014). Disponible en <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/1905>.
15. Torres, C. (2010). Complicaciones en madres primigestas con Infección de Vías Urinarias". Estudio realizado en Hospital José María Velasco Ibarra- Ecuador. (fecha de acceso 02 junio 2014). Disponible en línea <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1912/1/94T00091.pdf>
16. (UNICEF, OMS, UNESCO, UNFPA, PNUD, ONUSIDA, PMA y Banco Mundial. Para la Vida. Cuarta edición. Nueva York, Estados Unidos 2010).
17. Barboza M. Complicaciones Del Embarazo. Segunda ed. Lima-Perú : UNMSM; 2008. (Fecha de acceso 28 de junio del 2014). Disponible en línea http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/rabines_j_a/cap%20c3%8dtulo1-introduccion.pdf.

- 18.** Oficina del Subsecretario de Salud; Oficina para la Salud de la Mujer del EE.UU. Complicaciones del embarazo. [en línea].; 2009 (Fecha de acceso 28 de junio del 2014). Disponible en: <http://womenshealth.gov/espanol/embarazo/esta-embarazada/complicaciones-embarazo.html>
- 19.** Schwarcz R, Duverges C, Díaz A, Fescina R. Obstetricia. 5ta. Edición. Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 1995; cap. 12:477-487.
- 20.** Vázquez, A. Trastornos hipertensivos del embarazo. Hospital Ginecoobstétrico "Ramón González Coro". Revista Cubana med. 1999; 38 (3):1-9". En línea: (fecha de acceso 10 junio 2014). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol44_3-4_05/med103-405.pdf
- 21.** 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 2014). Disponible en línea: <http://www.ampweb.info/manual>.
- 22.** Organización Mundial De La Salud. Características Obstétricas De Las Embarazadas. [en línea].; 2006 (fecha de acceso 10 junio 2014). Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2001/pdf/Vol6-1-2001-9.pdf>.
- 23.** Menéndez G., Navas I., Hidalgo Y, Espert J., El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en Internet]. 2012 Sep [citado 2014 Jul 13]; 38(3): 333,342. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006&lng=es.
- 24.** Levin, J. Trastornos Hematológicos del Embarazo, Complicaciones Médicas durante el Embarazo. Panamericana. Buenos Aires. (fecha de

acceso 17 junio 2014). En línea. 2004. disponible en:
http://orbita.stamedia.com/~forobioq/art_anemias.html.

25. Vergara, G. Protocolo Desprendimiento Prematuro de Placenta. En línea. 2005. (fecha de acceso 17 junio 2014). Disponible en:
www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/protocolo_dppni.pdf.
26. Beers MH, Porter RS, Joimes TV, Kaplan JL, Berkwits M. El Manual Merck. Undécima ed. Madrid: Elsevier; 2007.
27. Universidad Mayor de San Marcos. UNMSM. Definiciones de Características Sociodemográficas. (fecha de acceso 28 de junio del 2014). Disponible en línea
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/rabines_j_a/cap%20c3%84tulo1-introduccion.pdf.
28. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Senso de población y vivienda. Lima: Inei; 2007.
29. Álvarez, Q. Características Socioeconómica. Boletín Informativo Peruano 2003. Segunda edición, editorial UNMSM, Lima-Perú 2008. (Fecha de acceso 17 junio 2014). Disponible en: <http://caracteristicassocioeconomicas.hn.blogspot.com/2009/04/caracteristicassocioeconomicas.html>.
30. Mosquera S. Complicaciones materno-fetales asociadas a la pre eclampsia. Med. Per. Ginec. Y Obst. En línea. (fecha de acceso 25 de junio 2014). Disponible en:
<http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/1901>.
31. Landeau R. Elaboración de trabajos de investigación. Primera ed.

Venezuela: Alfa; 2007.

- 32.** Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES Continua (Primeros resultados), Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos, 2010. Lima; 2011. (fecha de acceso 28 de mayo del 2014). Disponible en línea Diresa. www.inei.gob.pe/endes/.
- 33.** Ruiz B, Coronel E. Características Sociodemográficas- Biológicas y su Relación con las Complicaciones durante la Gestación; Para obtener el título de licenciada en Enfermería; universidad nacional de cajamarca. Facultad ciencias de salud; Chota: 2013.
- 34.** Ahued R. Bailón R., Fernández C. Ginecología y obstetricia aplicadas. 2a ed. México: El Manual Moderno; 2003.
- 35.** Bacigalupo E, Rosso P, Mardones F. Gráfica de Incremento de Peso para Embarazadas. Validación Del Índice De Masa Corporal en Embarazadas. Chile 1987. p.4-5. (Fecha de acceso 26 agosto 2014). Disponible en: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/chc/v51n2/v51n2a03.pdf>.
- 36.** Duarte, Díaz, Rubio. Preeclampsia y disfunción endotelial. Bases fisiopatológicas. Med Int Mex 2006; 22:220-30 (fecha de acceso 04 setiembre). Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3010/1/centeno_hg.pdf.
- 37.** Duckitt K, Harrington D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. Bmj 2005; 1-7.

(Fecha de acceso 06 setiembre). Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3010/1/centeno_hg.pdf

38. Domínguez L, Vigil P. El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. Clin Invest Gin Obst. Panamá 2005; 32(3):122-6. (fecha de acceso 06 setiembre). disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3010/1/centeno_hg.pdf

39. Vázquez JC, Vázquez J, Rodríguez JC. Epidemiología de la Rotura Prematura de Membranas en un hospital Gineco obstétrico. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2003; 29 (2).avero N. Tratado de ginecología: Fisiología, obstetricia, ginecología, reproducción.13a ed. Barcelona .Días de Santos, 1993.Pp 340-66. (Fecha de acceso 15 setiembre 2014). Disponible en:
<http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1906/1/94T00085.pdf>.

40. Rigol O. y col. Obstetricia y Ginecología: Editorial Ciencias Médicas; La Habana 2004.

41. Kaplan Balkanli Petek, et al., Maternal serum cytokine levels in women with Hyperemesis Gravidarum in the first trimester of pregnancy, Fertility and Sterility. Revista Médica de Costa Rica y centroamerica (2003) 79:3. (Fecha de acceso 15 setiembre 2014). Disponible en:
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art10.pdf>.

- 42.** Mukherjee S, Bhide A. Antepartum Haemorrhage. *Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine* 2008; 18(12): 335-339. (Fecha de acceso 20 setiembre 2014). Disponible en:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/6/9789584476180.04.pdf>
- 43.** Burgos W. Complicaciones-Embarazo (fecha de acceso 22 setiembre 2013). (Fecha de acceso 23 setiembre 2014). Disponible en línea:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1773/1/TESIS%20RPM.pdf>.
- 44.** MINSA. Dirección General de epidemiología. Red Nacional de Epidemiología. boletín epidemiológico semana 44. Lima 2013. (Fecha de acceso 28 noviembre 2014). Disponible en línea:
<http://www.dge.gob.pe/vigilancia/sala/2013/SE44/mmaternapdf>

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DELAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES DURANTE LA GESTACIÓN- HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS - CHOTA.

TÍTULO: “Complicaciones más frecuentes durante la gestación- Hospital José Soto Cadenillas - Chota 2014”

- **OBJETIVO:** Determinar las complicaciones más frecuentes que se presentan en las gestantes atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas durante el periodo enero 2011 - diciembre 2013.

DATOS GENERALES Y FACTORES DEMOGRÁFICOS

Edad

1. 15 - 20 años
2. 20 – 25 años
3. 25 - 30 años
4. 30 – 35 años
5. 35 - 40 años
6. 40 – 45 años
7. 45 años a más.

Estado civil

1. Soltera.
2. Casada.
3. Conviviente.
4. Divorciada
5. Viuda

Grado de instrucción

- 1. Analfabeta..... ()
- 2. Primaria incompleta... .. ()
- 3. Primaria completa..... ()
- 4. Secundaria incompleta..... ()
- 5. Secundaria completa..... ()
- 6. Superior incompleta..... ()
- 7. Superior completa..... ()

Ocupación

- 1.- Ama De Casa
- 2.- Comerciante
- 3.- Empleada
- 4.- Estudiante
- 5.- Agricultora
- 6.- Profesional
- 7.- Otros.

Procedencia.

- 1. Zona urbana. ()
- 2. Zona rural..... ()

CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS

a) Talla:

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

b) Peso Inicial.....

Peso Final.....

IMC de la Madre	Ganancia de Peso (Kg)
1. Bajo peso (< 18.5)	12.5 – 18 Kg.
2. Peso Normal (18.5 – 24.9)	11.5 – 16 Kg.
3. Sobrepeso (25 – 29.9)	7 – 11.5 Kg.
4. Obesidad (30)	5 – 9 Kg.

c) Periodo Intergenésico

- Sin periodo intergenésico.... ()
- PI < de 1 año..... ()
- PI de 2 – 3 años..... ()
- PI > de 3 años..... ()

d) Edad Gestacional

- Primer trimestre 0 - 12 semanas..... ()
- Segundo trimestre 13 – 27 semanas..... ()
- Tercer trimestre 28 – 40 semanas..... ()

e) Gestas

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

DATOS RELACIONADOS AL TEMA:

1) ¿complicación que Ha tenido durante el embarazo?

➤ ITU (infección del tracto urinario)	Si	No
➤ Anemia:	Si	No
➤ Pre eclampsia leve	Si	No
➤ Pre eclampsia severa	Si	No
➤ Placenta previa:	Si	No
➤ Desprendimiento prematuro de placenta (DPP):	Si	No
➤ Hiperémesis Gravídica:	Si	No
➤ Hemorragia.	Si	No
➤ Ruptura prematura de membranas	Si	No