



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

**“PREVALENCIA DE COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES
EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA,
ENERO - JULIO 2016”**

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

PRESENTADO POR BACHILLER:

JENNIFFER GERALDINE TORRES MELGAR

ICA - PERÚ

2017

DIOS OMNIPOTENTE

Gracias por derramar sus bendiciones sobre mí y llenarme de su fuerza, para vencer todos los obstáculos desde el principio de mi vida.

MI FAMILIA

Gracias por todo el apoyo incondicional y por haberme brindado una sólida formación para desenvolverme con principios, ética y moral, y además porque contribuyeron grandemente en mi formación profesional y porque forjaron en mí el paradigma de convertirme en una persona de bien y útil en esta sociedad.

AGRADEZCO A:

Mis padres y familiares, de quienes siempre recibí orientación y protección, enseñándome en cada momento que nada es fácil en esta vida, que todo requiere de esfuerzo y perseverancia, y que el éxito, es precisamente el resultado del esfuerzo y la perseverancia.

Mi esposo Felix Medina Cardenas compañero de mi vida, estímulo constante y perenne apoyo en mi superación y logros de mis objetivos.

Mi entrañable hijo, Deryan Medina Torres, mi gratitud imperecedera por constituir la razón de mi existencia y el faro de luz que ilumina mi diario vivir.

La Lic. Deiza Arones Aparcana, asesora de esta tesis, persona de gran trayectoria y alta catadura moral, por la orientación adecuada y oportuna en el desarrollo del presente estudio.

Mis distinguidos profesores de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas por sus invaluable enseñanzas que acrecentaron y estimularon mi afán por la investigación.

Las autoridades, doctores, enfermeras, obstetras y administrativos del Hospital Regional de Ica por brindarme las facilidades del caso para desarrollar en su amplitud el presente trabajo de investigación.

RESUMEN

TÍTULO: PREVALENCIA DE COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, ENERO - JULIO 2016.

AUTORA: JENNIFFER GERALDINE TORRES MELGAR.

Objetivos: Determinar la prevalencia de complicaciones materno perinatales en las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, en el periodo enero - julio del año 2016.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo, en donde se revisaron un total de 308 casos de gestantes que tuvieron complicaciones materno perinatales en el Hospital Regional de Ica, en el periodo enero - julio del año 2016. Se utilizó el programa estadístico SPSS V. 20., para obtener las tablas y gráficos estadísticos.

Resultados: Se evaluaron 308 casos, sobre los cuales se encontró que el 60,1% de las gestantes que presentaron complicaciones materno perinatales son adolescentes entre 15 y 19 años, el 46,4 % tienen un nivel de instrucción primaria, el 78,9% proviene de zona urbana, el 79,2% son convivientes, el 80,8% son multigestas y el 87,0% son primíparas.

Conclusiones: Las gestantes que se atendieron en el Hospital Regional de Ica Enero – Julio 2016, presentan con mayor frecuencia complicación materno como la anemia con un 36,0%; y complicaciones perinatales como la restricción del crecimiento intrauterino, la macrosomía fetal, los oligodramnios, la bradicardia y taquicardia fetal todas estas con un 0,6%.

Palabras claves: Complicaciones materno perinatales, problemas fetales, desprendimiento placentario, trabajo de parto prematuro, parto disfuncional.

ABSTRACT

TITLE: MATERNAL PERINATAL COMPLICATIONS PREVALENCE IN PREGNANT SERVED IN REGIONAL HOSPITAL OF ICA , JANUARY - JULY 2016.

AUTHOR: GERALDINE JENNIFFER TORRES MELGAR.

Objectives: To determine the prevalence of maternal and perinatal complications in pregnant women treated at the Regional Hospital of Ica, January to July 2016.

Material and Methods: An observational, retrospective, cross-sectional descriptive study, where a total of 262 cases of pregnant women who had perinatal maternal complications in the Regional Hospital of Ica, January - July 2016. Was used SPSS V. 20. for the statistical tables and graphs.

Results: A total of 308 cases were evaluated, of which 60.1% of the pregnant women with maternal perinatal complications were adolescents between 15 and 19 years of age, 46.4% had a primary education level, 78.9% came from Of urban area, 79.2% are coexistent, 80.8% are multigesters and 87.0% are primiparous.

Conclusions: The pregnant women who attended the Regional Hospital of Ica January - July, 2016, present with more frequent maternal complication such as anemia with 36.0%; And perinatal complications such as intrauterine growth restriction, fetal macrosomia, oligodrams, bradycardia and fetal tachycardia all with 0.6%.

Keywords: perinatal maternal complications, fetal problems, abruption, preterm labor, dysfunctional labor.

ÍNDICE

CARÁTULA	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
INTRODUCCIÓN	viii

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática	1
1.2. Delimitación de la Investigación.....	3
1.2.1. Delimitación Social.....	3
1.2.2. Delimitación Espacial	4
1.2.3. Delimitación Temporal	4
1.2.4. Delimitación Conceptual	4
1.3. Formulación del Problema.....	4
1.3.1. Problema Principal	4
1.3.2. Problemas Secundarios	4
1.4. Objetivos de la Investigación	5
1.4.1. Objetivo General	5
1.4.2. Objetivos Específicos	5
1.5. Hipótesis de la Investigación	6
1.5.1. Hipótesis	6
1.5.2. Variables	6
1.5.3. Operacionalización de variables	8
1.6. Diseño de la Investigación.....	9
1.6.1. Tipo de Investigación	9
1.6.2. Nivel de Investigación	9
1.6.3. Método	10
1.7. Población y Muestra de la Investigación.....	10
1.7.1. Población	10

1.7.2. Muestra	10
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	36
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	36
1.8. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	11
1.8.1. Técnicas.....	11
1.8.2. Instrumentos	12
1.8.3. Técnicas de Análisis de Datos	12
1.9. Ética de la Investigación	13
1.10. Justificación e Importancia de la Investigación	13

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación	16
2.2. Bases Teóricas.....	27
2.2.1. La Mujer Embarazada.....	27
2.2.2. Modificaciones Locales y Generales en el Organismo de la Mujer Embarazada.....	32
2.2.3. Complicaciones de Salud relacionadas con el Embarazo.....	38
2.2.4. Infecciones durante el Embarazo.....	39
2.2.5. Factores de Riesgo asociados al Embarazo	40
2.2.6. Complicaciones en la Gestante Adolescente	41
2.2.7. Complicaciones en la Gestante Adulta	45
2.2.8. Estudios sobre Complicaciones en la Gestante Adolescente	47
2.2.9. Estudios sobre Complicaciones en la Gestante Adulta.....	48
2.2.10. Cuidados sobre el Embarazo emitidos por el MINSA.....	49
2.3. Definición de Términos Básicos.....	51

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

CONCLUSIONES	75
RECOMENDACIONES	76
FUENTES DE INFORMACIÓN	77
ANEXOS	83
Matriz de Consistencia.....	73
Ficha de recolección de datos	75

INTRODUCCIÓN

El embarazo y el parto son procesos fisiológicos naturales que deberían desarrollarse sin problemas para la madre y el producto. Sin embargo, durante estos procesos se pueden presentar complicaciones graves, denominadas complicaciones materno perinatales, que ocasionan morbilidad, secuelas y en última instancia, la muerte de la madre, el feto o el recién nacido.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la mayor presencia de complicaciones materno perinatales se encuentra en los países en vías de desarrollo. Es así, que dentro de las principales complicaciones materno perinatales encontramos a la hipertensión, la anemia materna, hemorragia postparto, crecimiento fetal discordante, desprendimiento prematuro de la placenta, rotura prematura de membranas, entre otros. Al respecto, entre los factores vinculados con las complicaciones materno perinatales se pueden distinguir dos tipos: uno de origen endógeno, relacionado con las condiciones biológicas de la madre; y el otro de origen exógeno, que depende en gran medida de factores asociados a condiciones del medio ambiente social y de la calidad, acceso, oportunidad y tipo de atención médica recibida. (1)

Precisamente, el Ministerio de Salud ha puesto en marcha el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 - 2015, que se concretiza como un documento que impulsa y orienta intervenciones apropiadas y eficaces, con el fin de asegurar una maternidad sin riesgo de complicaciones y nacimientos seguros, en otras palabras, reducir la mortalidad y morbilidad, y contribuir a mejorar la salud y calidad de vida de la gestante y su producto. (2)

Como paso previo para evaluar la práctica en el manejo de las complicaciones materno perinatales, se ha llevado a cabo el presente trabajo de investigación en el Hospital Regional, ubicado en la ciudad de Ica, cuyo objetivo ha sido determinar la prevalencia de complicaciones materno perinatales que se dan en el citado Hospital, así como identificar los tipos de complicaciones más frecuentes y algunos factores asociados con las mismas, y sobre ello elaborar estrategias institucionales destinadas a reducir tal problemática y mejorar la prestación de los servicios médicos en la atención del embarazo y parto.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática

Las muertes maternas y neonatales, como expresión máxima de las complicaciones materno perinatales, aún constituyen un grave tema de salud pública en América Latina y el Caribe (ALC). A pesar de ser un problema altamente evitable y de haber sido reducido en forma considerable en algunos países, en otros (y en algunas áreas vulnerables al interior de los países) se ha progresado poco, por lo que continúa siendo una agenda inconclusa. Al respecto, existen estrategias y medios que pueden ser altamente efectivos en contrarrestar esta problemática, como el conocimiento y la experiencia lo indican, y que son aplicables incluso en aquellos grupos de población que son más vulnerables y susceptibles de enfermar y morir por causas altamente evitables que se dan en el embarazo y en el parto.

El embarazo y el parto no son enfermedades, pero tienen riesgo de complicación, especialmente durante el proceso de parto. Las urgencias maternas son sumamente difíciles de predecir, por lo cual todas las mujeres necesitan acceso a los cuidados obstétricos esenciales. La adopción de las medidas necesarias para lograr un nacimiento seguro pueden disminuir significativamente el riesgo de complicación y muerte de la madre y el recién nacido. A su vez, el período neonatal (especialmente inmediatamente después del nacimiento) representa el momento más vulnerable y crítico del primer año de vida. ⁽³⁾

Al respecto, una de las complicaciones obstétricas más frecuentes en las gestantes es el desarrollo de síndrome hipertensivo del embarazo. ⁽⁴⁾ Sin embargo, un estudio internacional menciona que la incidencia de preeclampsia es similar en las pacientes adolescentes que en las adultas. ⁽⁵⁾ Otra complicación obstétrica frecuente es la presencia de anemia e infección del tracto urinario, que se reporta en la mayor parte de las publicaciones es alta en las pacientes adolescentes embarazadas, y esta

diferencia es estadísticamente significativa con respecto a las adultas embarazadas. (6) Cuando la anemia es severa, se ha relacionado con otros factores de riesgo de la madre adolescente, demostrándose que su presencia estaría vinculada con parto prematuro y recién nacidos de bajo peso de nacimiento. (7)

Asimismo, una serie de estudios realizados en poblaciones de similares características, demuestran que el riesgo de parto prematuro es mayor en las pacientes adolescentes embarazadas que en pacientes adultas. (8) Es así, que la edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna. En este mismo contexto, algunos estudios destacan que existe una frecuencia mayor de rotura prematura de membranas en la paciente adolescente. (9)

En lo que respecta a las patologías del parto, se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto. Debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajos de partos prolongados y partos operatorios, tanto fórceps como cesáreas. (10) Otros estudios, sin embargo, han encontrado una menor incidencia de partos operatorios en las adolescentes con respecto a las mujeres adultas. (11)

Además de la desproporción cefalopélvica dentro de las principales causas para indicación de cesárea se encuentra la presentación podálica y preeclampsia. Las adolescentes embarazadas tienen mayor riesgo de culminar su parto con laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné. Esta complicación está dada principalmente por la condición de inmadurez de estas jóvenes, manifestándose en una estrechez de canal blando a diferencia de las embarazadas adultas. (12)

Según diferentes estudios se menciona que las complicaciones neonatales son mayores en hijos de madres adolescentes se señala que tienen el doble de posibilidad de presentar alguna patología. (13) En la mayoría de los estudios se encuentra una frecuencia mayor de recién

nacidos de bajo peso de nacimiento, pareciendo ser el principal riesgo del recién nacido de madre adolescente. ⁽¹⁴⁾ El bajo peso de nacimiento está dado tanto por la condición de prematuro, como por el nacimiento de recién nacidos pequeños para la edad gestacional. En este sentido es interesante destacar que numerosas publicaciones sobre embarazo adolescente revelan una frecuencia mayor de recién nacidos pequeños para la edad gestacional con respecto al grupo de las madres adultas. ⁽¹⁵⁾ Esta realidad, que se manifiesta a través de las diversas complicaciones materno perinatales (enfermedad hipertensiva del embarazo, anemia, hemorragia posparto, desprendimiento prematuro de la placenta, rotura prematura de membranas, labor de parto disfuncional, infección del tracto urinario, entre otras) en las gestantes, ya sean adolescentes o adultas, no es ajena en la región Ica, es así, que durante el desarrollo de las respectivas prácticas pre-profesionales se ha podido percibir y observar tal problemática (complicaciones materno perinatales), razón por la cual se ha considerado como prioridad investigarla, ya que de no ser abordada traería como consecuencias el aumento de los índices de riesgos maternos perinatales, mortalidad materna, mortalidad neonatal y perinatal en las gestantes atendidas en el Hospital Regional de la ciudad de Ica de lo que va del año 2016, por ello es necesario el presente estudio, del cual se ha obtenido conocimiento objetivos sobre tal realidad problemática que ha de permitir orientar a las autoridades correspondientes en tomar acciones inmediatas y elaborar estrategias de atención integral orientadas a mejorar las condiciones biopsicosociales de las gestantes y proteger su vida y la del recién nacido.

1.2. Delimitación de la Investigación

1.2.1. Delimitación Social

El estudio se ha llevado a cabo sobre las pacientes gestantes que presentaron complicaciones materno perinatales.

1.2.2. Delimitación Espacial

El estudio se ha realizado en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional de la ciudad de Ica.

1.2.3. Delimitación Temporal

El estudio se ha desarrollado en un periodo de 7 meses: de enero a julio 2016.

1.2.4. Delimitación Conceptual

El estudio corresponde a Ciencias de la Salud.

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema Principal

¿Cuál es la prevalencia de complicaciones materno perinatales en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero - julio 2016?

1.3.2. Problemas Secundarios

P.S.1: ¿Cuál es la prevalencia de complicaciones materno perinatales según la edad de gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero - julio 2016?

P.S.2: ¿Cuál es la prevalencia de complicaciones materno perinatales según el grado de instrucción de gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero - julio 2016?

P.S.3: ¿Cuál es la prevalencia de complicaciones materno perinatales según el lugar de procedencia de gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero - julio 2016?

P.S.4: ¿Cuál es la prevalencia de complicaciones materno perinatales según el estado civil de gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero - julio 2016?

P.S.5: ¿Cuál es la prevalencia de complicaciones materno perinatales según el número de gestaciones en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero - julio 2016?

P.S.6: ¿Cuál es la prevalencia de complicaciones materno perinatales según la paridad en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero - julio 2016?

1.4. Objetivos de la Investigación

1.4.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia de complicaciones materno perinatales en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero - julio 2016.

1.4.2. Objetivos Específicos

O.E.1: Conocer la prevalencia de complicaciones materno perinatales según la edad de gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero - julio 2016.

O.E.2: Conocer la prevalencia de complicaciones materno perinatales según el grado de instrucción de gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero - julio 2016.

O.E.3: Conocer la prevalencia de complicaciones materno perinatales según el lugar de procedencia de gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero - julio 2016.

O.E.4: Conocer la prevalencia de complicaciones materno perinatales según el estado civil de gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero - julio 2016.

O.E.5: Conocer la prevalencia de complicaciones materno perinatales según el número de gestaciones en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero - julio 2016.

O.E.6: Conocer la prevalencia de complicaciones materno perinatales según la paridad en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero - julio 2016.

1.5. Hipótesis de la Investigación

1.5.1. Hipótesis

De acuerdo con la naturaleza y los objetivos del presente estudio, por ser descriptivo, no requiere del planteamiento de hipótesis. Al respecto, los estudios descriptivos por el hecho de que están enfocados en la caracterización de un hecho, fenómeno o grupo con el fin de establecer su estructura o comportamiento no requieren de hipótesis ⁽¹⁶⁾. Sin embargo, tal característica no le resta importancia científica ya que sirven como base cognoscitiva para estudios analíticos y experimentales en donde si es necesario el planteamiento de hipótesis. ⁽¹⁷⁾

En efecto, los estudios descriptivos por su alcance solo requieren de una estadística descriptiva y no inferencial, ya que no tienen hipótesis. ⁽¹⁸⁾

1.5.2. Variables

1.5.2.1. Variable Independiente

Prevalencia:

- Edad de la gestante.
- Grado de instrucción de la gestante.
- Lugar de procedencia de la gestante.

- Estado civil de la gestante.
- Número de gestaciones.
- Paridad de la gestante.

1.5.2.2. Variable Dependiente

Complicaciones materno:

- Anemia.
- Infecciones del tracto urinario.
- Parto prematuro.
- Ruptura prematura de membrana.
- Trastornos hipertensivos del embarazo.

Complicaciones perinatales:

- Recién nacido pretermino.
- Macrosómicos.
- Bajo peso al nacer.
- VIH.
- Sepsis neonatal.
- RCIU

1.5.3. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	ESCALA	INDICADOR	FUENTE
Edad de la gestante	Intervalo de edad a donde pertenece la gestante.	Cuantitativa	De Razón discreta	De 12 a 14 años De 15 a 19 años De 20 a 35 años > de 35 años	SIP. HC.
Grado de instrucción de la gestante	Nivel de formación académica que demuestra la gestante.	Cualitativa	Ordinal politómica	Analfabeta Primaria Secundaria Superior no universitaria Superior universitaria	SIP. HC.
Lugar de procedencia de la gestante	Área geográfica de donde proviene la gestante.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Zona rural Zona urbana	SIP. HC.
Estado civil de la gestante	Condición civil de la gestante.	Cualitativa	Nominal politómica	Soltera Casada Conviviente	SIP. HC.
Número de gestaciones	Es el número de veces que una mujer estuvo embarazada.	Cuantitativa	De Razón discreta	Primigesta Multigesta Gran Multigesta	SIP. HC.
Paridad de la gestante	Es el número de partos con más de 500 gr. de peso o más de 20 semanas de gestación.	Cuantitativa	De Razón discreta	Nulípara Primípara Multípara	SIP. HC.
Complicaciones materno	Complicaciones de la madre durante el embarazo, el parto o el puerperio: anemia, ITU, PP, RPM, THE, entre otras.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si No	SIP. HC.
Complicaciones perinatales	Complicaciones del producto de la madre durante el embarazo, el parto o el puerperio: RNP, RCIU, macrosómicos, BPN, VIH, SN, entre otras.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si No	SIP. HC.

1.6. Diseño de la Investigación

1.6.1. Tipo de Investigación

De acuerdo con la clasificación elaborada por Supo (2015), la presente investigación teniendo en cuenta la intervención del investigador, es una investigación observacional, ya que los datos obtenidos son fiel reflejo del comportamiento de las variables de estudio, ajena a la voluntad del investigador. Teniendo en cuenta su planificación para la toma de datos, es una investigación de tipo retrospectiva, ya que se han considerado los datos que se obtuvieron de registros pasados. Teniendo en cuenta el número de ocasiones en que se mide las variables de estudio, es una investigación de tipo transversal o sincrónica, ya que estas han sido medidas en una sola oportunidad. Por último, teniendo en cuenta el número de muestras a estudiar, es una investigación descriptiva simple, ya que solo se ha limitado a estimar parámetros en la población de estudio. (19)

1.6.2. Nivel de Investigación

El presente estudio es de nivel descriptivo. De acuerdo con la epidemiología descriptiva, estos estudios, son aquellos que estudian situaciones que generalmente ocurren en condiciones naturales, más que aquellos que se basan en situaciones experimentales. Por definición, los estudios descriptivos conciernen y son diseñados para describir la distribución de variables, sin considerar hipótesis causales u otras. (20)

Al respecto, el presente estudio solo se limita a estudiar las características del evento de las complicaciones materno perinatales en torno a ciertos parámetros como son el grupo etario, grado de instrucción de la gestante, lugar de procedencia de la gestante, estado civil de la gestante, número de gestaciones y paridad de la gestante.

1.6.3. Método

El método empleado en el presente estudio ha sido el inductivo, ya que se ha buscado analizar cada variable de manera individual y sobre ello se han tomado las conclusiones finales.

1.7. Población y Muestra de la Investigación

1.7.1. Población

Para efectos del estudio la población está constituida por el conjunto de elementos que se ubican en una determinada área o ámbito de acción. ⁽²¹⁾ En tal sentido, la población del presente estudio está conformada por 1562 gestantes que acudieron al Hospital Regional de Ica en el periodo comprendido entre enero y julio del 2016, al que se aplica la fórmula finita para obtener la muestra.

1.7.2. Muestra

La muestra del presente estudio ha quedado conformada por 308 casos (gestantes con complicaciones materno perinatales), que ha sido obtenido teniendo en cuenta que la población es finita ⁽²²⁾, y utilizando la fórmula siguiente:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

N = Total de población

$Z^2_{\alpha} = (1.96)^2$ (si la seguridad es del 95%)

p = Proporción esperada (en este caso 50% = 0.5)

q = 1-p (en este caso 1- 0.5 = 0.5)

d = Precisión (en este caso deseamos un 5%)

$$n = \frac{1562 * (1,96)^2 * (0,5)(0,5)}{(0,05)^2 * (1562 - 1) + (1,96)^2 * (0,5)(0,5)}$$

$$n = \frac{6000,5792 * 0,25}{3,9025 + 0,9604}$$

$$n = \frac{1500,1448}{4,8629} = 308$$

Criterios de Inclusión

- ✓ Gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica.
- ✓ Gestantes atendidas en el periodo comprendido entre enero y julio del 2016.
- ✓ Gestantes que han tenido complicaciones materno perinatales.
- ✓ Gestantes con historias clínicas legibles.

Criterios de Exclusión

- ✓ Gestantes que no han sido atendidas en el Hospital Regional de Ica.
- ✓ Gestantes atendidas fuera del periodo comprendido entre enero y julio del 2016.
- ✓ Gestantes con historias clínicas ilegibles.
- ✓ Gestantes sin complicaciones materno perinatales.

1.8. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

1.8.1. Técnicas

En el presente estudio se considera a la observación y el análisis cuantitativo de documentos como técnicas para recolectar información. Para el caso en particular, ambas técnicas han permitido registrar de manera objetiva las características de la variable de interés (complicaciones materno perinatales) que han sido recogidas de las historias clínicas y del SIP. Asimismo, también se considera el fichaje como técnica en este estudio, la misma que se ha empleado para recoger información pertinente de los libros, revistas, anuarios, reportes, Internet, etc., sobre la

variable de interés y estructurar el marco teórico de la investigación. (21)

1.8.2. Instrumentos

Teniendo en cuenta la naturaleza de la investigación y las técnicas empleadas, el instrumento de recolección de datos que se ha empleado es una ficha epidemiológica, la misma que permitido transcribir de las historias clínicas y de la base de datos (SIP) que contienen información sobre las complicaciones materno perinatales en las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, en el periodo enero – julio del año 2016. Asimismo, también se ha empleado como instrumentos de recolección de datos a las fichas de investigación: bibliográfica, hemerográficas, textuales, de resumen, de experiencia y mixtas; las cuales han sido de mucha utilidad para desarrollar de manera consistente el marco teórico del presente estudio.

1.8.3. Técnicas de Análisis de Datos

En el procesamiento y análisis de datos se emplearon las técnicas siguientes:

- a) Clasificación de datos:** en donde los datos recogidos de los respectivos instrumentos han sido clasificados.
- b) Codificación de los datos:** que consistió en codificar en números la información recogida con los respectivos instrumentos en la muestra de estudio.
- c) Calificación:** en donde se le dio la puntuación que corresponde según el instrumento aplicado.
- d) Tabulación estadística:** en donde se ha elaborado una data con todos los códigos de los sujetos muestrales y en su calificación se ha aplicado estadígrafos que han permitido conocer las características de la variable de interés.
- e) La interpretación:** en donde los datos se han presentado en tablas y gráficos, y han sido interpretados valiéndose del Software SPSS V. 20.

1.9. Ética de la Investigación

El presente estudio se ha amparado en las leyes de la ética y deontología médica, gracias a que no se pone en riesgo la vida de los pacientes, además es confidencial y anónimo conservando así el derecho a la privacidad. Es así, que la presente investigación por ser observacional, no requiere precisar garantías de daños producidos por los procedimientos empleados. Por lo que la información que ha sido recolectada, ha recibido un tratamiento de forma confidencial, protegiendo en todo momento, el anonimato de las gestantes.

Asimismo, el estudio se ha regido por los principios bioéticos de Elio Sgreccia (23), entre los cuales tenemos:

- ✓ El principio de defensa de la vida física.
- ✓ El principio de totalidad.
- ✓ El principio de libertad y responsabilidad.
- ✓ El principio de sociabilidad y subsidiaridad.

1.10. Justificación e Importancia de la Investigación

1.10.1. Justificación de la Investigación

A. Justificación teórica

Las muertes maternas, neonatales y perinatales, como expresión máxima de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, aún constituyen un grave tema de salud pública en el país. A pesar de ser un problema altamente evitable, todavía aún no es posible reducirlo en forma considerable en algunas regiones del país como en Ayacucho, Huancavelica y Apurímac; es así que en otras regiones del país se ha progresado pero muy lento, y por tanto continúa siendo una agenda inconclusa. Sobre el particular, existen estrategias y medios que pueden ser altamente efectivos, como el conocimiento, la experiencia, entre otros, en reducir este grave problema. Precisamente, el presente estudio se justifica a nivel teórico, ya que en la actualidad, existe un relativo vacío gnoseológico sobre el particular (complicaciones materno

perinatales), debido a las pocas investigaciones o estudios que se han hecho en la región, en especial en la Universidad Alas Peruanas y en el Hospital Regional de Ica.

El presente estudio ha tratado de ampliar aún más la información que se tiene sobre la variable de interés (complicaciones materno perinatales) en el campo del conocimiento con la intención lograr identificar que complicación materno perinatal es la de mayor incidencia en la realidad de estudio atención a ciertos factores (edad, grado de instrucción, lugar de procedencia, paridad, entre otros), con el fin de conocer mejor la problemática y sobre ello, establecer nuevas medidas para reducir los índices de complicaciones materno perinatales y mejorar la salud de la madre y de su producto.

B. Justificación practica

Las complicaciones que se dan durante el embarazo se han convertido en una problemática que afecta a la salud pública de la sociedad, ya que afecta no solo a la gestante, sino también a su producto y a las expectativas familiares que se tienen sobre él. Siendo la raíz de las complicaciones de la madre gestante, básicamente sus condiciones biológicas, sociales y culturales, las mismas, que a lo largo del tiempo han determinado un aumento considerable de tal problemática en las gestantes, provocando embarazos con altos índices de riesgos e incluso la mortalidad materna y la mortalidad neonatal y perinatal.

La justificación práctica del presente estudio está basada en los valiosos conocimientos que se obtendrán a través de las conclusiones del estudio; conocimientos que han de servir como referentes para entender mejor los altos índices de riesgo de las complicaciones materno perinatales a que están expuestas las gestantes en la zona y en especial del Hospital Regional de Ica. Tal información objetiva ha de permitir a que

las autoridades en el campo de la salud y gubernamentales, tomen acciones inmediatas y elaboren estrategias de atención integral orientadas a mejorar las condiciones biopsicosociales de las gestantes y de esta manera reducir los índices de riesgos maternos durante el embarazo y proteger la vida.

1.10.2. Importancia de la Investigación

Las complicaciones del embarazo son los problemas de salud que pueden afectar la vida de la madre, del bebé o de ambos. Algunas mujeres tienen problemas de salud antes del embarazo que podrían dar lugar a complicaciones, mientras que en otras mujeres los problemas surgen durante el embarazo. Al respecto, las mujeres adolescentes en comparación con las mujeres adultas están menos preparadas físicamente para el embarazo, afectando no solo a la madre sino también al producto; sin embargo, ello no significa que también la gestante adulta pueda presentar complicaciones de igual índole. Es así que tanto, las gestantes adolescentes, jóvenes y adultas, por su condición de mujer pueden presentar mayor o menor frecuencia de complicaciones materno perinatales, como son: anemia, preeclampsia, RPM, distocia de presentación, desprendimiento prematuro de placenta, entre otras, la cual es una causa importante de trabajos de partos prolongados y partos que terminan en cesárea.

Ante ello, el estudio se configura como un estudio técnico, objetivo y válido que se realiza para poner en evidencia ciertos rasgos o características que se manifiestan en las gestantes que presentan complicaciones materno perinatales, constituyéndose a la vez en un documento básico de referencia que servirá como herramienta informativa para identificar a las pacientes con tales riesgos de salud en el Hospital Regional de Ica, a fin de establecer posteriormente normas institucionales y estrategias de abordaje que ayuden a disminuir el número de complicaciones materno perinatales y por consiguiente la morbimortalidad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Entre algunas de las investigaciones que se han considerado como antecedentes del presente trabajo de investigación tenemos:

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Guzman Chicas, Claudia María (2012) ⁽²⁴⁾ realizó la investigación titulada “Embarazo adolescente: complicaciones materno perinatales en las adolescentes que verifican parto en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad Dr. “Arguello Escolan” durante el periodo de enero a junio 2012”. Tesis para optar la licenciatura en Ginecología y Obstetricia en la Universidad de EL Salvador, en San Salvador, El Salvador. La metodología empleada en la investigación es tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, y estuvo dirigido a las adolescentes embarazadas que verificaron parto en el Hospital Nacional de Maternidad en el periodo comprendido entre enero y junio de 2012. La investigadora en su estudio arribó a las siguientes conclusiones:

- Se determinó que el embarazo adolescente tiene una frecuencia relativa significativa en la población general que consulta el Hospital Nacional de Maternidad para la atención de partos. Presentando una incidencia del 29.33% en los cuales se deja por fuera todos los embarazos adolescentes que terminaron en abortos.
- Se determinó que los embarazos adolescentes aumentan en frecuencia de manera proporcional a la edad; teniendo como edad de corte los 15 años que es donde se marca un incremento drástico. A los 14 años de edad se contabilizaban únicamente 4 casos, mientras que ya a los 15 la cifra se

incrementaba tres veces su valor original para finalmente duplicar el valor anterior al llegar a los 19 años de edad.

- Se determinó que la mayoría de las adolescentes embarazadas, cursan con su primer embarazo, pero es alarmante el número de pacientes multíparas (22 pacientes), lo cual hace pensar que no hay adecuados programas de atención del adolescente ni de planificación familiar que den seguimiento a estas pacientes en el primer nivel de atención.
- Se evidenció que casi la totalidad de las adolescentes no han alcanzado un nivel de educación superior al bachillerato y aunque según la escala utilizada la mayoría se encuentran cursando la secundaria, este dato deja por fuera el índice de deserción escolar ya que este dato refleja en nivel superior alcanzado pero no hace referencia al nivel que se cursa actualmente, que en la mayoría de los casos de manera cualitativa se puede decir que es ausente. Se debe hacer notar además que el 29.26% de los casos su nivel educativo es nulo o llega hasta la primaria, lo cual es alarmante para el futuro de las mismas.

Herrera Ortiz, Delia Yakoy (2013) ⁽²⁵⁾ realizó la investigación titulada “Complicaciones materno perinatales en primigestas adolescentes: caso control, atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de Loja, periodo junio - noviembre 2013”. Tesis para optar el título en Medicina General en la Universidad Nacional de Loja, en Loja, Ecuador. La metodología empleada en la investigación es tipo comparativo, prospectivo de caso y control, y estuvo dirigido a adolescentes primigestas atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja, durante el periodo junio - noviembre del 2013. La investigadora en su estudio arribó a las siguientes conclusiones:

- Se identificó en un 20% al líquido amniótico meconial como principal complicación fetal en primigestas adolescentes y en un 18% en adultas.
- Se determinó como complicación materna principal general en primigestas adolescentes y adultas a las infecciones de vías urinarias en un 12 % y 28% respectivamente.
- Se encontró que las primigestas adolescentes presentaban 90% instrucción secundaria, 60% estudiantes, 52% solteras, 20% IVU como APP más frecuente, 20% DM e HTA como APF; 74% embarazo a término. Mientras que las primigestas adultas presentaban 44% de instrucción secundaria, 50% quehaceres domésticos, 36% casadas, 30% IVU como APP, 36% HTA como APF y 94% embarazo a término.
- Por último, se identificó que la complicación de parto más frecuente fue desgarros perineales en un 10% en primigestas adolescentes y 6% en las adultas.

Juarez Guerra, Angela Sofia (2013) ⁽²⁶⁾ realizó la investigación titulada “Resultados perinatales adversos en embarazada añosa”. Tesis para optar la licenciatura en Ginecología y Obstetricia en la Universidad Veracruzana, en Veracruz, México. La metodología empleada en la investigación es tipo observacional, retrospectivo, transversal y analítico, y estuvo dirigido a las pacientes embarazadas de 20 a mayor edad atendidas en el HGZ. La investigadora en su estudio arribó a las siguientes conclusiones:

- Se determinó que gestaciones complicadas con diabetes tienen un riesgo elevado de resultados adversos; varios de estos resultados afectan directamente el trabajo de parto y la resolución del mismo y están relacionados con la edad materna, la duración de la enfermedad y el control glucémico durante la gestación.
- Se encontró que 99 (57,9 %) pacientes no presentaron afecciones y el resto (42,1 %) sí las presentó, las más

significativas fueron: 26 casos con rotura prematura de membrana, 117 con hipertensión arterial (a predominio de las crónicas) y 11 embarazos prolongados.

León Gutiérrez, Claudia (2014) ⁽²⁷⁾ realizó la investigación titulada “Complicaciones maternas en embarazos de adolescentes”. Tesis para optar el título en Medicina y Cirugía en la Universidad de San Carlos de Guatemala, en Chiquimula, Guatemala. La metodología empleada en la investigación es tipo descriptivo y trasnversal, y estuvo dirigido a las adolescentes embarazadas que acuden al departamento de ginecología y obstetricia, del Hospital Regional de Zacapa. La investigadora en su estudio arribó a las siguientes conclusiones:

- Se encontró que en las 280 adolescentes embarazadas sometidas a estudio las complicaciones más frecuentes que se encontraron en las jóvenes adolescentes fueron: Desproporción cefalo-pélvica en un 10.36% (29) y amenaza de parto prematuro en un 7.15% (20).
- Se encontró que según la edad la frecuencia de embarazo en adolescentes se presentó con mayor frecuencia a los 19 años (81), a los 18 años (67) y a los 17 años (66).
- Se encontró que los embarazos en las adolescentes se percibe de manera normal y natural debido al patrón de costumbre vivido en el hogar, donde muchas madres de las jóvenes han vivido situaciones similares.
- Se evidenció que el control prenatal y la atención del parto debe en las jóvenes adolescentes no es diferenciado, son tratadas como un embarazo o parto corriente, lo cual no es adecuado.

Cajas Montenegro, Gabriela (2015) ⁽²⁸⁾ realizó la investigación titulada “Obesidad materna y complicaciones materno-fetales”. Tesis para optar el grado de magister en Ciencias de la Salud en la

Universidad de San Carlos de Guatemala, en Guatemala, Guatemala. La metodología empleada en la investigación es tipo observacional, y estuvo dirigido a Mujeres embarazadas que consultan y que tienen IMC arriba de 30kg/m². La investigadora en su estudio arribó a las siguientes conclusiones:

- Se identificó que dentro de las complicaciones que desarrollaron las pacientes embarazadas con obesidad, los trastornos hipertensivos fueron los que obtuvieron mayor prevalencia con un porcentaje de 72.32%, seguido en orden decreciente por diabetes gestacional con un 22.01%, macrosomía fetal con un 10.69%, Restricción de Crecimiento Intrauterino con un 6.9%, asfixia perinatal e infección puerperal con un 3.14%, muerte fetal tardía con un 2.51% y por ultimo distocia de hombros con un 1.8%.
- Se identificó que dentro de los trastornos hipertensivos desarrollados, el mayor porcentaje de pacientes desarrollaron Hipertensión Inducida por el Embarazo (preeclampsia moderada, severa y eclampsia), seguido de pacientes que como base ya cursaban con hipertensión crónica en quienes se desarrolló preeclampsia sobre agregada a la misma.
- Se encontró que la vía de resolución del embarazo que se vio con mayor frecuencia fue el parto distócico por cesárea segmentaria transperitoneal con un 78.61 % en comparación con el parto eutócico simple con un 21.38%.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Mondragón Huertas, Fanny Griselda y Ortiz García, Mónica Liz (2004) ⁽²⁹⁾ realizó la investigación titulada “Complicaciones materno perinatales en primigestas adolescentes: estudio caso control. Hospital Sergio E. Bernales 2004”. Tesis para optar la licenciatura en Obstetricia en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en Lima, Perú. La metodología empleada en la investigación es tipo comparativo, retrospectivo y de caso y control, y estuvo dirigido a

primigestas de 10 a 29 años atendidas en el servicio de Hospitalización de Gineco-obstetricia en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, entre mayo y octubre de 2004. La investigadora en su estudio arribó a las siguientes conclusiones:

- Se determinó que 1 de cada 6 gestantes atendidas en la institución es adolescente y que 9 de cada 10 gestantes adolescentes son primigestas.
- Se determinó que 7 de cada 10 primigestas adolescentes presenta 1 o más complicaciones durante el embarazo.
- Se encontró que las complicaciones del embarazo más frecuentes en el grupo de adolescentes fueron la infección de tracto urinario, distocia ósea, distocia funicular, ruptura prematura de membranas y anemia.
- Se encontró que las complicaciones neonatales fueron más frecuentes en las adolescentes (P=NS) siendo los recién nacidos GEG la complicación más frecuente.

Navarro Rosell, Yovana Rosmery (2011) ⁽³⁰⁾ realizó la investigación titulada “Frecuencia de las complicaciones materno perinatales durante el embarazo en adolescentes y mujeres adultas en el Hospital Belén. Enero 2005 – Diciembre 2011”. Tesis para optar el grado de bachiller en Medicina en la Universidad Nacional de Trujillo, en Trujillo, Perú. La metodología empleada en la investigación es tipo observacional de cohorte retrospectivo, y estuvo dirigido a las pacientes que acudieron para la atención del parto en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo comprendido entre el 01 de Enero del 2006 al 31 de Diciembre del 2011. La investigadora en su estudio arribó a las siguientes conclusiones:

- Se determinó que el embarazo en adolescente si es factor de riesgo de complicaciones maternas y perinatales.
- Se determinó que si existe riesgo de: anemia, hemorragia post parto, desprendimiento prematuro de placenta, rotura

prematura de membranas ovulares, parto disfuncional, restricción de crecimiento intrauterino, ingreso de recién nacido a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y parto pretérmino, en las gestantes adolescentes.

Gamarra Valdivieso, Angie Gretty (2012) ⁽³¹⁾ realizó la investigación titulada “Complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2011-2012”. Tesis para optar el título en Medicina y Cirugía en la Universidad Ricardo Palma, en Lima, Perú. La metodología empleada en la investigación es tipo observacional, descriptivo y retrospectivo, y estuvo dirigido a los neonatos de madres adolescentes nacidos en el Hospital Nacional Hipólito Unánue entre el 1 de Mayo 2011 y el 30 de Abril del 2012. La investigadora en su estudio arribó a las siguientes conclusiones:

- Se encontró que las principales complicaciones perinatales son recién nacidos con bajo peso siendo estos 119 (30%) del total de la muestra, considerándose a estos todos aquellos que pesaron menos de 2500 gramos, sospecha de sepsis neonatal precoz 62 (47,3%), ictericia patológica 41 (31,2%), depresión moderada 24 (6 %), depresión severa 16 (4 %).
- Se evidenció que 7 de cada 392 recién nacidos de madres adolescentes, fallecen dentro de la primera semana de vida. Esto representa el 1,78% de la mortalidad neonatal precoz en gestantes adolescentes durante este periodo de tiempo.
- Se observó que las madres que tuvieron como vía de parto la cesárea tienen 2 veces más riesgo de generar morbilidad perinatal. Esta asociación se explicaría que la condición que origina el procedimiento pudo ser la verdadera causa de la muerte y no el procedimiento en sí.
- Debido a que en la adolescencia se subdivide en temprana (10-14 años) y tardía (15-19 años) en el estudio, solo se contó como muestra, solo a 10 adolescentes tempranas, siendo no

cuantioso este número, por lo que no se puede determinar el periodo de la adolescencia en la que se produce la gestación adolescente, pues es una muestra insuficiente de este sub grupo, predominando más gestantes adolescentes en el grupo de adolescencia tardía.

Paliza López, Oliver Uri (2014) ⁽³²⁾ realizó la investigación titulada “Complicaciones obstétricas y perinatales de la adolescente con parto en el Hospital II-1 de Moyobamba, Julio a Diciembre 2014”. Tesis para optar el grado de bachiller en Medicina Humana en la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, en Iquitos, Perú. La metodología empleada en la investigación es tipo cuantitativo con diseño descriptivo y transversal, y estuvo dirigido gestantes adolescentes que tuvieron parto vaginal o cesárea en el Hospital II-1 de Moyobamba, entre julio a diciembre 2014. El investigador en su estudio arribó a las siguientes conclusiones:

- Se encontró que el 62.8% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones obstétricas, las principales fueron: desproporción cefalopélvica (13.8%), ruptura prematura de membrana (13.8%), infección urinaria (9.0%), desgarró I grado (7.6%), preclampsia leve/severa (6.9%) y aborto incompleto (6.2%). que la incidencia de muerte fetal tardía en gestantes con ausencia de control prenatal fue de 21.8% y en gestantes con control prenatal fue de 7.3%.
- Se encontró que el 30.3% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones perinatales, las principales fueron: sufrimiento fetal agudo (11.7%), hiperbilirrubinemia (4.8%), sepsis neonatal (4.1%), y prematuridad (2.8%). que la ausencia de control prenatal es un factor de riesgo asociado al desarrollo de muerte fetal tardía ($p < 0.05$).
- Se determinó que el adecuado control prenatal se relaciona significativamente con la disminución de la presencia de complicaciones obstétricas.

- Se determinó que la edad, procedencia, nivel de instrucción, número de gestaciones no se relacionan con la frecuencia de complicaciones obstétricas y perinatales.

Aguirre CCaso, Doris, Carreño Meléndez, Yesenia, Huaman Pillaca, Jenifer y Huarcaya Solis, Erika (2015) ⁽³³⁾ realizaron la investigación titulada “Complicaciones maternas y fetales en adolescentes que acuden al Centro de Salud Materno Infantil Perú – Corea del AA.HH. Pachacutec 2015”. Tesis para optar la licenciatura en Obstetricia en el Instituto Superior Tecnológico Privado “Daniel Alcides Carrión”, en Lima, Perú. La metodología empleada en la investigación es tipo descriptivo con diseño no experimental de corte transversal, y estuvo dirigido a las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que acuden al Centro Materno-Infantil Perú - Corea que son aproximadamente 20 pacientes por día. Las investigadoras en su estudio arribaron a las siguientes conclusiones:

- Se encontró que dentro de las complicaciones del embarazo en este grupo poblacional (10-19), el 66.7% de todos estos embarazos terminan por medio de cesárea la cual fue una intervención indicada debido a que en los cuadros observamos las siguientes complicaciones: estrechez pélvica 41.7%, sufrimiento fetal 25.0% y el porcentaje restante de 33.3% por vía vaginal.
- Se encontró que la mayoría de las encuestadas, 83.3% presentó algún tipo de complicación durante su labor de parto. Dentro de las principales complicaciones, un 66.6% presento trabajo de parto prolongado, y un 16.7% presento desgarros perineales y cervicales, esto obedece a que la gran mayoría son como refiere la encuesta primerizas.
- Se encontró que las adolescentes presentaron mayor frecuencia en las siguientes complicaciones durante el embarazo: Infección urinaria (ITU) 55.6%, Anemia 27.8%, Pre

eclampsia 5.5%, estos resultados concuerdan con lo que se ve en la realidad.

- Se encontró que los recién nacidos de madres adolescentes presentaron las siguientes complicaciones con más frecuencia: el 16.6% presentó un Apgar <7, a pesar de las complicaciones presentadas por las adolescentes durante el embarazo los RN tuvieron buen peso al nacer representado por un 61.1%.

2.1.3. Antecedentes Regionales

Ñañez Manchego, Katty Anabel (2013) ⁽³⁴⁾ realizó la investigación titulada “Complicaciones materno perinatales en primigestas adolescentes del Hospital de san Juan de Dios de Pisco – Ica 2013”. Tesis para optar la licenciatura en Obstetricia en la Universidad Alas Peruanas, en Ica, Perú. La metodología empleada en la investigación es tipo observacional y descriptivo, y estuvo dirigido a los casos de sufrimiento fetal que se dieron en el Hospital Regional de Ica. La investigadora en su estudio arribó a las siguientes conclusiones:

- Se encontró que el mayor número de pacientes tienen su edad entre 16 a 19 años, y que el grado de instrucción predominante es el de secundaria.
- Se encontró que las complicaciones más frecuentes en el embarazo fueron: anemia (28,87%), infección del tracto urinario (27,46%), distocia ósea (11,97%), preeclampsia (8,45%) y ruptura prematuras de membranas (7,75%). Y que el parto eutócico fue el más frecuente con 79,01%.
- Se encontró que el 96,91% de las pacientes no presentaron complicaciones durante el parto.
- Se encontró que el 95,68% de las pacientes no presentaron complicaciones en el puerperio.
- Se encontró que el 19,75% presentó alguna complicación, siendo las más frecuentes: recién nacido grande para la edad gestacional (28,13%), hiperbilirrubinemia (25%), recién nacidos

pretérmino (15,63%) y recién nacidos con Apgar < 7 minutos en menor porcentaje.

Oyolo Canchos, Yurleni Celina (2013) ⁽³⁵⁾ realizó la investigación titulada “Complicaciones maternas del trabajo de parto y puerperio inmediato con terminación en centro quirúrgico atendidas en el Hospital Regional de Ica octubre 2011 - agosto 2012”. Tesis para optar la licenciatura en Obstetricia en la Universidad Alas Peruanas, en Ica, Perú. La metodología empleada en la investigación es tipo no experimental de corte transversal y descriptivo, y estuvo dirigido a las pacientes que tuvieron complicaciones en su trabajo de parto y puerperio inmediato con terminación en centro quirúrgico en el Hospital Regional de Ica. La investigadora en su estudio arribó a las siguientes conclusiones:

- Se encontró que la frecuencia de complicaciones durante el trabajo de parto y puerperio inmediato fue de 21%, de las cuales 19% fueron durante el trabajo de parto y 2% durante el puerperio inmediato.
- Se encontró que las edades con mayor frecuencia de complicaciones durante el trabajo de parto fue entre 20 a 25 años. Y las edades con mayores complicaciones durante el puerperio inmediato fue de 20 a 35 años.
- Se encontró que el trimestre de gestación con mayor frecuencia de complicaciones durante el trabajo de parto fue el Tercero.
- Se encontró que las primigestas presentaron mayor frecuencia de complicaciones durante el trabajo de parto (51,4%), siendo menos frecuentes en las Multigestas y Gran Multigestas. Asimismo, la Primíparas presentaron mayor número de complicaicones durante el puerperio inmediato (72,1%), siendo menos frecuente en las Secundíparas y Multíparas.
- Se encontró que intervención quirúrgica que se realizó con mayor frecuencia durante el trabajo de parto fue la cesárea y durante el puerperio inmediato fue el legrado uterino.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. La Mujer Embarazada

A partir del momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide, comienzan a producirse, en el cuerpo de la mujer, una serie de cambios físicos y psíquicos importantes destinados a adaptarse a la nueva situación, y que continuarán durante los nueve meses siguientes. Esto es lo que conocemos como un embarazo.

Es necesario que la mujer acepte y sepa llevar lo mejor posible estas transformaciones, porque de ello depende que este período vital se convierta en una experiencia irrepetible e inmensa, cuyo fruto es la creación de una nueva vida. A continuación se conocerán los nueve meses del embarazo, por trimestres y cada trimestre detalladamente mes a mes: ⁽³⁶⁾

1. Primer trimestre. Durante el primer mes de gestación apenas se producen cambios. Es el período en el que se produce la organogénesis del nuevo ser, que en su primera época se llama embrión y a partir del tercer mes, feto. En este primer mes es recomendable que la mujer deje de fumar, o que al menos reduzca su número de cigarrillos a un máximo de cuatro o cinco al día. Además, no debe abusar de las bebidas alcohólicas, ni tomar medicamentos, sin consultar previamente con su médico. Se evitará, en la medida de lo posible las vacunas y la exposición a cualquier tipo de radiaciones. Durante el segundo mes de gestación comienzan a aparecer los primeros cambios hormonales. Se producen síntomas propios de este período como los trastornos del aparato digestivo. Se pierde la coordinación entre los dos sistemas nerviosos, el vago y el simpático, y se presentan los primeros vómitos y náuseas. Esta situación suele ir acompañada de abundantes salivaciones (ptialismo) y, a veces, de ligeros desvanecimientos. Puede ocurrir que los vómitos sean excesivos llegando a crear un estado de desnutrición. Si los

vómitos y las sensaciones de náuseas son frecuentes, es recomendable que la ingestión de alimentos sea más frecuente y en pequeñas cantidades. Los alimentos sólidos o espesos reducen estos trastornos más que los líquidos. Se aconseja tomarlos fríos o a una temperatura ambiental, nunca calientes. La mucosa bucal y las encías sufren modificaciones desde el inicio de la gestación. Las encías, debido a la acción hormonal se inflaman. Esto puede favorecer la aparición de caries o el empeoramiento de las ya existentes. Para eliminar posibles infecciones es imprescindible una cuidadosa higiene bucodental y visitar, de vez en cuando, al odontólogo. Las palpitaciones, un ligero aumento de la frecuencia respiratoria y hasta mareos, son frecuentes en este período. En este mes, la glándula mamaria sufre precoces modificaciones: los pechos aumentan de tamaño, y al palpar se notan pequeños nódulos, la areola del pezón se hace más oscura y aumenta la sensibilidad mamaria. También, a causa de la acción hormonal, la glándula tiroidea puede aumentar su tamaño y provocar un ligero ensanchamiento de la base del cuello. Durante el tercer mes de gestación las probabilidades de abortar son mayores, con lo que es importante tomar ciertas precauciones. La embarazada debe evitar llevar cargas pesadas, fatigarse o beber alcohol. Además, no emprenderá largos viajes en coche. Los viajes en avión sólo serán peligrosos en los casos en que se viaje a grandes alturas, ya que una disminución del oxígeno (hipoxia), puede provocar malformaciones congénitas. Las relaciones sexuales deben espaciarse durante todo el primer trimestre. En el caso de que aparezcan dolores parecidos a una menstruación o hay hemorragia, por leves que sean, se deben extremar las precauciones. Quedan entonces prohibidas las relaciones sexuales y los viajes durante todo este período y se aconseja acudir al tocólogo ante cualquier síntoma, además de guardar reposo en cama. Con estas precauciones y los

preparados hormonales que ahora existen se consigue, en la mayoría de los casos, salvar el embarazo. (36)

2. Segundo trimestre. Es el más llevadero y el menos peligroso. El riesgo de aborto disminuye considerablemente, los vómitos cesan, aunque existen casos, muy raros, en los que persisten durante toda la gestación. En el cuarto mes se produce un aumento del peso de la madre, el cual hay que controlar. Durante este mes el aumento no debe superar los 300 gramos semanales. El peso se debe controlar por lo menos una vez al mes, procurando hacerlo siempre en la misma báscula. En este mes, debido al ensanchamiento de la cintura, comienza la necesidad de vestirse con ropa pre-mamá, holgada y cómoda. Pueden aparecer trastornos en la digestión a causa de una hormona llamada progesterona; ésta se hace más perezosa y provoca con frecuencia estreñimiento. Para combatirlo, es conveniente consultar al tocólogo, quién indicará el laxante más apropiado. En ocasiones un vaso de agua tibia en ayunas y una dieta adecuada es suficiente. Si el estreñimiento vaya acompañado de hemorroides, dilataciones venosas alrededor del ano, tendrá que evitarse necesariamente. Para ello se aplicará una pomada específica. Durante este período se pueden practicar deportes que no supongan demasiado esfuerzo. Es recomendable practicar una gimnasia que favorezca la circulación periférica. Es muy recomendable la natación, en aguas templadas y sin demasiado oleaje, para que el esfuerzo sea menor. A partir del quinto mes, cuando ya son evidentes los movimientos fetales, el control del peso se hace imprescindible, ya que su aumento comienza a ser considerable. En este segundo trimestre se suele aumentar unos 4 Kg. Para que la variación de peso se mantenga dentro de los límites normales, es fundamental conocer algunos aspectos sobre la dieta y una correcta alimentación. La embarazada debe comer para dos y no por dos. Hay que

cuidar tanto la cantidad como la calidad de los alimentos. Los requerimientos en proteínas aumentan, siendo necesarios alimentos como la carne (mejor de vaca, ternera o pollo), el pescado blanco, los huevos, la leche y sus derivados como el yogur, etc. Las grasas deben reducirse de la dieta, pero no suprimirse. La aportación de minerales debe ser más alta, sobre todo la del hierro. Por eso resulta muy beneficioso tomar un comprimido diario de hierro junto con las comidas, aunque eso lo decidirá el tocólogo. Las necesidades de calcio también aumentan, por lo que deberá llevarse una dieta rica en productos lácteos como la leche y derivados. Los hidratos de carbono se deben tomar con moderación, y no abusar de los alimentos ricos en féculas, como legumbres, pan y dulces.

Resulta conveniente que la dieta sea abundante en frutas y verduras, porque junto con su riqueza en vitaminas favorecen la digestión y regulan el tránsito intestinal que ayuda a evitar el frecuente estreñimiento. En el sexto mes es frecuente encontrar anemia en la embarazada. Los tipos de anemia que pueden aparecer durante la gestación son: la anemia ferropénica y la anemia megaloblástica. La anemia ferropénica es la más frecuente, debida a una deficiencia de hierro. Por eso, como se ha dicho antes, es necesario un aumento de este mineral sobre todo a partir del quinto o sexto mes de gestación. La anemia megaloblástica es menos frecuente, pero sus consecuencias son más peligrosas para la madre y para el feto. Son causadas por la disminución del ácido fólico. Esta deficiencia se puede evitar con una dieta rica en verduras frescas y proteínas animales, que son las principales fuentes del ácido fólico. Se seguirá controlando el peso, teniendo en cuenta que el aumento ha de ser de 400 gr semanales aproximadamente. Las glándulas mamarias continúan aumentando de tamaño, por lo que deben cuidarse y prepararse para la posterior lactancia para evitar cierto tipo de

grietas. En este mes es recomendable asistir a los cursos del denominado parto psico-profiláctico o parto sin dolor. La finalidad de estos cursos es la de preparar a la futura madre tanto física como psíquicamente para el parto, y hacerle ver que el parto es algo natural, y que puede evitarse el dolor durante éste. ⁽³⁶⁾

3. Tercer trimestre. En el séptimo mes, las clases del denominado parto psico-profiláctico no deben suspenderse ni un solo día. El organismo, en esta etapa, se ha transformado considerablemente. Empieza a notarse sobremanera el tamaño del útero, lo que hace, en ocasiones, difícil encontrar una postura cómoda y adecuada para el descanso. En este sentido, es muy útil la práctica de algunos ejercicios de gimnasia que ayudan a corregir eficazmente las modificaciones (ortostáticas). Durante este mes la piel de la embarazada sufre cambios, debidos a cambios hormonales. Empiezan a aparecer manchas de color del café con leche en la frente y en las mejillas. También hay un aumento de la pigmentación de los genitales externos. Ninguno de estos cambios es motivo de preocupación, ya que desaparecen por sí solos después del parto. Únicamente debe evitarse una exposición prolongada al sol. Dada la frecuencia de hiper-pigmentaciones y cloasma, son recomendables las cremas protectoras. A estas alturas del embarazo el sistema urinario se ve especialmente alterado. En este caso, algunos médicos insisten en la necesidad de administrar antibióticos para evitar en la piel la nefritis aguda, aunque otros dicen que estas anomalías desaparecen entre la cuarta y sexta semanas después del parto. Ante la toxemia gravídica es fundamental vigilar la tensión arterial y observar con detalle la aparición de edemas, aunque la única forma de luchar contra ella radica en el esmerado control de las gestantes, es decir, en la profilaxis. También deben tenerse en

cuenta los aumentos rápidos de peso y los análisis que indiquen la presencia de albúmina en la orina. (36)

2.2.2. Modificaciones Locales y Generales en el Organismo de la Mujer Embarazada (37)

La embarazada presenta una serie de síntomas y hallazgos físicos característicos. Parece que muchos cambios del embarazo son el resultado directo de las hormonas de la unidad feto-placentaria.

Las mamas experimentan un marcado aumento en el transcurso de la gestación, este momento, asociado con algunas molestias de tipo doloroso inclusive pueden ser uno de los signos tempranos de embarazo, El crecimiento de las mamas es debido a un aumento de la cantidad de tejido ductal, así como a un aumento del depósito de grasa. Una sustancia clara, el calostro, puede ser excretada por las mamas tempranamente en el embarazo. El tejido mamario no produce leche hasta el segundo o tercer día después del parto. Los cambios en la pigmentación, ocurren precozmente en la areola. También en esta zona hay múltiples pápilas pequeñas.

Los genitales externos se encuentran edematizados y sufren un aumento en su vascularización. La vagina se hace más edematosa y flexible. El epitelio escamoso plano de la vagina aumenta en espesor y cornificación y la vascularización por debajo de las membranas mucosas está muy aumentada.

El color, ordinariamente rosa, se hace más oscuro en el embarazo precoz, y a termino es casipúrpura. Esta congestión puede terminar en vaginitis que raramente puede curarse hasta después de que pase el embarazo.

Las dos partes del útero, el cuerpo y el cérvix, reaccionan de manera diferente ante el embarazo. El cérvix constituido fundamentalmente por tejido conectivo, mientras el cuerpo lo es por tejido muscular. El cuerpo experimenta un crecimiento y está sujeto a una gran distensión, mientras que el cérvix, aunque un poco reblandecido, se mantiene, con una relativa firmeza, con un anillo

fibroso más o menos cerrado hasta el término de gestación. Así pues la función del cuerpo consiste en contener el producto de la concepción y el cérvix mantenerlo en su sitio.

El útero sufre un incremento de volumen, que es debido casi enteramente a la proliferación del miometrio. En la gestación en el primer trimestre se produce una hiperplasia de las células musculares. En las etapas posteriores el crecimiento uterino se produce a expensas de una hipertrófia de las células miometriales.

El crecimiento uterino es el resultado de dos factores principales, los efectos hormonales que sólo son operativos hasta la 12-14 semana de gestación, la distensión y consecuentemente el estiramiento, que comienza alrededor del cuarto mes de gestación.

La proliferación de nuevos fascículos musculares se debe a la influencia de los estrógenos. La proliferación de nuevas fibras se interrumpe con el aumento de los niveles de progesterona. El crecimiento posterior es esencialmente una respuesta hipertrófica a la distensión y es intensificado por la progesterona.

Las trompas se encuentran hiperémicas y edematizadas, cambian su localización por el crecimiento uterino.

Los cambios ováricos comienzan con las alteraciones que sufren el folículo de Graaf para formar el cuerpo lúteo. Tan pronto como el sincitiotrofoblasto penetra en la sangre venosa materna, la secreción de gonadotropina coriónica en el torrente sanguíneo materno se hace posible.

Esta hormona reemplaza inmediatamente a la gonadotropina hipofisaria, y actúa manteniendo el cuerpo que se conoce como cuerpo lúteo del embarazo. Hacia el octavo día comienzan los cambios regresivos, ya que en ese momento no basta que el trofoblasto esté en contacto con el tejido materno para producir suficiente gonadotropina coriónica para los cambios. Sin embargo, hacia el 12 día, la secreción por el trofoblasto en el torrente sanguíneo es suficiente para mantener dicha regresión.

A nivel sistémico el embarazo también produce cambios. En el sistema nervioso central se manifiestan como emocionales, en el carácter. Durante el primer trimestre, la paciente experimenta fácil fatigabilidad y tiene necesidad de permanecer mucho tiempo durmiendo. La causa es desconocida, pero se postula que es el incremento de los niveles de progesterona en el embarazo.

Otro síntoma común en el primer trimestre son las náuseas con vómitos ocasionales. Esto probablemente es también de origen central y se relaciona con el nivel aumentado de estrógenos en el embarazo precoz.

Durante el segundo trimestre, la paciente experimenta frecuentemente un período de euforia y extremo bienestar. La causa de este estado emocional se desconoce.

En el tercer trimestre hay de nuevo algunos elementos de fatiga crónica y depresión. La causa es quizás simplemente que la paciente se está aproximando al final de un período de nueve meses de stress.

La secuencia de somnolencia del primer trimestre, la euforia del segundo y la ligera depresión del tercero no son universales. Una mujer puede pasar el embarazo con pocos o ninguno de estas reacciones aparentemente emocionales.

Los disturbios emocionales y psiquiátricos severos que pueden ocurrir en el embarazo, se pensó, en otros tiempos, que eran debidos al embarazo per se; sin embargo, investigaciones recientes han demostrado que en todas las mujeres así afectas hay un fondo de disturbio emocional y que el embarazo actúa simplemente como un desencadenante.

La coordinación física puede estar deteriorada, aun antes de que el volumen uterino sea suficiente para constituir un impedimento mecánico. Las respuestas neuromuscular y refleja están obviamente implicadas, pero el mecanismo es oscuro.

La elevación gradual del diafragma es el cambio más manifiesto del sistema respiratorio, aunque se acompaña de un ensanchamiento

compensador de las costillas, así no hay déficit significativo del volumen intratorácico.

La frecuencia respiratoria permanece constante a lo largo del embarazo, el volumen de ventilación pulmonar se incrementa gradualmente a lo largo del embarazo, hasta que a término es 30-40 % sobre los niveles basales.

Con el avance de la gestación hay un descenso gradual del volumen respiratorio de reserva que puede alcanzar un 20 % de descenso máximo a término. Hay un descenso similar en el volumen residual.

La capacidad vital media, así como la máxima capacidad inspiratoria permanecen sin cambios a lo largo del embarazo. El volumen de ventilación pulmonar respiratorio asociado con frecuencia respiratoria normal se traduce en un aumento del volumen minuto respiratorio, aproximadamente un 26% más.

El corazón sufre un aumento de su volumen aproximadamente 10-12 %, este puede ser debido a un incremento en el volumen de llenado y a una hipertrófia del músculo cardíaco.

Los soplos sistólicos son frecuentes en el embarazo, probablemente por los cambios dinámicos circulatorios y por la posición del corazón en el embarazo avanzado. La frecuencia cardíaca aumenta durante el embarazo, alcanzando un máximo entre 13-23 semanas de gestación.

Los cambios en la presión sanguínea durante el embarazo son pequeños en mujeres normotensas, pero generalmente se produce un pequeño descenso. Ambos valores tienden a elevarse hacia niveles de preembarazo cuando se aproxima al término, Las mujeres con hipertensión esencial pueden mostrar un descenso significativo en ambas presiones, sistólica y diastólica, durante los dos primeros trimestres, y retornan al estado hipertensivo durante el tercer trimestre.

El volumen sistólico aumenta al máximo alrededor del 30% entre la 13 y 23 semanas de gestación. Desde la 19 semana de gestación

al término, algunos autores refieren que el volumen sistólico permanece relativamente constante; otros, refieren que decrece progresivamente, alcanzando niveles normales a término.

El gasto cardíaco comienza a incrementarse en el primer trimestre alcanzando el punto máximo entre la 28-30 semana de gestación, descendiendo paulatinamente hasta el término del embarazo. La causa de este incremento no se conoce bien.

En la circulación sistémica se produce una dilatación vascular periférica generalizada, que da como resultado un incremento del flujo sanguíneo periférico. Esta subida es especialmente intensa en el último trimestre, y se debe al descenso de la resistencia en las arterias y arteriolas precapilares; dado que parece no estar aumentada la filtración capilar durante el embarazo.

La distensibilidad venosa aumenta progresivamente durante todo el embarazo, alcanzando su máximo a término. Esto es debido en gran parte, a cambios vasculares y es responsable de la gran incidencia de varicosidades en las extremidades inferiores.

Hay un marcado aumento del volumen sanguíneo durante el embarazo, siendo el incremento especialmente intenso al final del segundo trimestre. Este aumento de volumen excede ligeramente el aumento de la masa de glóbulos rojos, así que el valor hematocrito cae durante el embarazo. Si las reservas de hierro son adecuadas, la caída del hematocrito es mínima.

Durante el embarazo, el recuento de leucocitos aumenta de una media, de 4500 células/mm³ en no embarazadas, a 7.500-15.000 células/mm³.

Los cambios del equilibrio ácido-base que ocurren durante el embarazo, son principalmente consecuencia de los cambios respiratorios, se traduce en una alcalosis respiratoria compensadora. No hay cambios característicos en los electrolitos de la sangre durante el embarazo. Sí encontramos cambios en las proteínas plasmáticas y séricas.

Los niveles sanguíneos de lípidos totales suben durante el embarazo.

A nivel gastrointestinal destaca un marcado aumento del apetito, aumento que puede deberse a una estimulación del centro del apetito en el sistema nervioso central.

En la cavidad oral es frecuente la tendencia a la hipertrofia gingival de mecanismo desconocido.

En el resto de órganos se produce un descenso de la actividad, así como una disminución de las secreciones. El descenso general de la motilidad del tracto digestivo produce estreñimiento.

En el transcurso del embarazo, ocurren marcados cambios en la función renal. El flujo plasmático renal aumenta de forma más intensa en el primer trimestre, para retornar paulatinamente hacia la normalidad cuando se aproxima al término. No ocurre de igual forma con el filtrado glomerular que permanece aumentado a lo largo de todo el embarazo.

El hidrouréter es un hallazgo normal en el embarazo, y está casi invariablemente más marcado en el lado derecho. La dextrorrotación uterina puede aplicar el proceso en el lado derecho, la motilidad uretral permanece normal, hay sin embargo, algún reflujo de orina de la vejiga a la porción más baja del uréter durante el embarazo.

Existe un aumento de la micción, probablemente debido al aumento de la vascularización del trigono vesical, así como al descenso de la capacidad vesical, producido por el crecimiento fetal.

Se produce un aumento de la pigmentación en cara, dando lugar al cloasma.

Aparecen las estrías por despegamiento del tejido celular subcutáneo y distensión abdominal. Estas modificaciones que fisiológicamente aparecen en la gestante tienen aún más importancia cuando ocurren en un organismo que, como ya ha quedado reflejo, esté sometido al desarrollo propio de la

adolescencia. Por ello, creemos interesante analizar si los hechos anteriormente mencionados, pueden o no repercutir de forma negativa sobre la evolución del embarazo en la adolescente y sobre su pronóstico, tanto materno como perinatal. (37)

2.2.3. Complicaciones de Salud relacionadas con el Embarazo

A veces surgen problemas durante el embarazo, incluso en mujeres saludables. Algunas pruebas prenatales realizadas durante el embarazo pueden ayudar a prevenir estos problemas o a detectarlos en una etapa temprana. En este contexto el personal de salud, juega un papel importante, ya que la atención y las orientaciones que brinde se convierten en herramientas eficaces para aumentar las probabilidades de tener un parto seguro y un bebé fuerte y saludable. Es así, que la gestante puede presentar los siguientes problemas: (38)

- 1. Anemia.** Cuando los glóbulos rojos sanos más bajo de lo normal. (38)
- 2. Depresión.** Tristeza extrema durante el embarazo o después del parto (posparto). (38)
- 3. Diabetes gestacional.** Se produce cuando un exceso de los niveles de azúcar en la sangre durante el embarazo. (38)
- 4. Placenta previa.** La placenta cubre toda la apertura del cuello uterino dentro del útero o parte de ella. (38)
- 5. Preeclamsia.** Una afección que comienza después de las 20 semanas de embarazo que ocasiona hipertensión y problemas en los riñones y otros órganos. También llamada toxemia. (38)
- 6. Problemas fetales.** El bebé por nacer tiene un problema de salud, como crecimiento escaso o problemas cardíacos. (38)
- 7. Trabajo de parto prematuro.** Inicio del parto antes de las 37 semanas de embarazo. (38)
- 8. VIH.** El VIH puede transmitirse de una mujer a su bebé durante el embarazo o el parto perjudicándolo. (38)

2.2.4. Infecciones durante el Embarazo

Durante el embarazo, el bebé está protegido de muchas enfermedades. Sin embargo, algunas infecciones pueden ser perjudiciales para el embarazo, el bebé o ambos. Entre las infecciones que pueden ser perjudiciales durante el embarazo están: ⁽³⁸⁾

1. **Candidiasis.** Es una infección causada por la proliferación excesiva de las bacterias que se encuentran normalmente en la vagina. La candidiasis es más común durante el embarazo que en otros momentos de la vida de una mujer. No pone en peligro la salud de su bebé. Pero puede ser incómoda y difícil de tratar durante el embarazo. ⁽³⁸⁾
2. **Clamidia.** Las mujeres que tienen clamidia durante el embarazo tienden a tener niveles más altos de infección en el saco y el líquido amniótico, así como un mayor índice de parto prematuro y ruptura prematura de membranas. ⁽³⁸⁾
3. **Estreptococo grupo B.** El estreptococo grupo B es un tipo de bacteria que se encuentra frecuentemente en la vagina y el recto de las mujeres saludables. Una de cada 4 mujeres lo tiene. El GBS generalmente no es perjudicial para usted, pero puede ser mortal para su bebé si se transmite durante el parto. ⁽³⁸⁾
4. **Herpes genital.** La preocupación más grande que causa el herpes genital durante el embarazo es que se transmita al bebé durante el parto y nacimiento. ⁽³⁸⁾
5. **Infección de transmisión sexual.** Una infección que se transmite por contacto sexual. Muchas ITS pueden transmitirse al bebé en el útero o durante el parto. Algunos efectos incluyen feto muerto retenido, bajo peso al nacer e infecciones potencialmente mortales. Las ITS también pueden generar que una mujer rompa bolsa demasiado pronto o que tenga un trabajo de parto prematuro. ⁽³⁸⁾

6. **Infección del tracto urinario.** Infección bacteriana en el tracto urinario. Si no se trata, se puede propagar a los riñones, lo que podría provocar un trabajo de parto prematuro.
7. **Tricomoniasis.** Esta infección durante el embarazo se vincula con un riesgo más elevado de parto prematuro, ruptura prematura de las membranas y nacimiento de un bebé de bajo peso (un bebé que al nacer pesa menos de 5,5 libras o 2,5 kilos). (38)
8. **Vaginosis bacteriana.** Una infección vaginal causada por un crecimiento excesivo de las bacterias que normalmente se encuentran en la vagina. La BV se ha relacionado con el parto prematuro y con bebés de bajo peso al nacer. (38)

2.2.5. Factores de Riesgo asociados al Embarazo

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías: (33)

1. **Factores de riesgo individuales.** Son factores que constituyen un riesgo elevado para el inicio de la actividad coital, entre ellas figuran la menarquia en edades cada vez más precoces, la idea de invulnerabilidad, baja autoestima, baja escolaridad, falta de objetivos claros, impulsividad, mala relación con los padres y carencia de compromiso religioso. (33)
2. **Factores de riesgo familiares.** Violencia familiar, permisividad, padres inflexibles, madre con antecedente de embarazo en adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres. (33)
3. **Factores de riesgo sociales.** Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes. (33)

2.2.6. Complicaciones en la Gestante Adolescente

De forma global se describe mayor morbilidad en la gestación adolescente, en la literatura se describen: ⁽³⁹⁾

- 1. Anemia.** Es una afección muy frecuente durante el embarazo, de hecho es el trastorno hematológico más frecuente en la gestación y le sucede prácticamente a la mitad de las mujeres embarazadas. Se produce como consecuencia de bajos niveles de hemoglobina en la sangre. La hemoglobina es una proteína que contiene hierro, y su función es transportar el oxígeno a través de la corriente sanguínea hacia los tejidos del cuerpo. Los órganos necesitan de este oxígeno para su correcto funcionamiento. ⁽³⁹⁾
- 2. Infecciones urinarias.** Las mujeres son más propensas a sufrir una infección urinaria que los hombres; si además la infección se produce durante el embarazo, puede traer graves consecuencias para la madre y el hijo. La infección urinaria está provocada por la invasión de microorganismos en el sistema urinario (uretra, vejiga y riñón); es una de las patologías más comunes en el embarazo, aunque no está del todo claro que exista una relación directa entre estar embarazada y desarrollar una cistitis. ⁽³⁹⁾
- 3. Bacteriuria asintomática.** Se denomina bacteriuria asintomática (B.A.), a la presencia de bacterias en orina cultivada (más de 100.000 colonias por ml) sin que existan síntomas clínicos de infección del tracto urinario. La mayoría de bacteriurias asintomáticas se dan en el primer trimestre de la gestación. ⁽³⁹⁾
- 4. Hipertensión gestacional.** Es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna y produce además restricción del crecimiento fetal y prematuridad. Se detecta luego de las 20 semanas de embarazo, durante el parto o en el puerperio inmediato y se caracteriza porque puede o no existir

proteinuria, una serie de recientes estudios han demostrado que la incidencia de pre eclampsia (con proteinuria) es similar en las pacientes adolescentes que en las adultas. (39)

5. Preeclampsia. Llamada también “toxemia”, es una condición única y generalmente peligrosa que sólo ocurre durante el embarazo. Es un desorden multisistémico en el que la hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas se acompaña de proteinuria. Desaparecen dentro de las 12 semanas del postparto. Se debe a la reducción de la perfusión a los diferentes órganos secundariamente al vaso espasmo y a la activación endotelial. Los resultados anormales de las pruebas de laboratorio de las funciones hepática y renal confirman el diagnóstico junto con la persistencia de cefaleas, alteraciones visuales y dolor epigástrico; este último es producido por la necrosis, la isquemia y el edema hepatocelular que comprime la cápsula de Glisson. La persistencia de proteinuria de 2 (++) o mayor o la excreción de 2gramos o más de orina de 24 hora indica un cuadro de pre eclampsia severa. (39)

6. Eclampsia. Se denomina así a la presencia de convulsiones en pacientes pre eclámpicas que no pueden ser atribuidas a otra causa. Las convulsiones suelen ser tónico clónicas tipo gran mal. Aproximadamente la mitad de los casos de eclampsia aparecen antes del trabajo de parto, un 25% lo hace durante el trabajo de parto y el resto en el posparto. (39)

7. Escasa ganancia de peso. La extrema delgadez en la gestante es un factor de riesgo en el embarazo, con consecuencias tanto para la futura madre como para el bebé. Las mujeres de bajo peso pueden estar expuestas a un riesgo mayor de sufrir parto prematuro o de tener un bebé de bajo peso al nacer e, incluso, hay estudios que lo asocian a una mayor probabilidad de aborto. Por este motivo, es importante que las mujeres sigan los controles prenatales, destinados a la

prevención, diagnóstico y tratamiento de esta condición para disminuir las enfermedades causantes de la muerte materna y perinatal. (39)

- 8. Malnutrición materna.** La desnutrición es un problema nutricional grave, que se complica cuando una mujer queda embarazada, pues puede sufrir enfermedades e infecciones secundarias y su hijo tiene el riesgo de morir o de nacer con alteraciones. Durante la gestación se produce un incremento del gasto metabólico y aumento de los requerimientos alimentarios. Por ello, la dieta debe aportar proteínas, vitaminas y minerales, elementos esenciales para que el bebé crezca adecuadamente. Esto no quiere decir que la madre coma por dos, sino que aprenda a alimentarse y lo haga adecuadamente, dependiendo de sus necesidades específicas. (39)
- 9. Bajo peso al nacer.** Los neonatos que nacen demasiado pequeños para la edad gestacional, actualmente se clasifican como pequeños para la edad gestacional y neonatos con restricción del crecimiento intrauterino: a) pequeños para la edad gestacional: peso por debajo del percentil 10 para la edad gestacional sin alteraciones en el doppler; y b) restricción de crecimiento peso por debajo del percentil 10 para la edad gestacional con alteraciones en el doppler. La edad materna particularmente la adolescencia es considerada una variable de riesgo obstétrico y neonatal con riesgo aumentado para que sus hijos nazcan con bajo peso. (39)
- 10. Hemorragias asociadas con afecciones placentarias.** Las afecciones placentarias y complicaciones uterinas que producen sangrado y posible hemorragia, en el último trimestre del embarazo, por lo general ponen en peligro la vida fetal y la salud de la madre. Las causas más frecuentes de hemorragias leves y graves (pérdida de sangre de 500 mL o más) en este período gestacional son: la placenta previa, el desprendimiento prematuro de la placenta y la rotura uterina. (39)

- 11. Parto prematuro.** Es aquel que se produce después de las 20 semanas o antes de las 37 semanas de gestación. Las investigaciones han determinado que el riesgo de parto prematuro en las pacientes adolescentes es mayor mientras menor es la edad de la paciente, siendo el grupo de verdadero riesgo las adolescentes que se encuentran entre los 10 y los 15 años, no existiendo diferencias en el grupo entre 16 y 19 años con respecto a las pacientes adultas. Dentro de la etiología se plantea sobre todo el estrés psicosocial, las infecciones ascendentes del tracto genitourinario. En este mismo sentido, la edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna. ⁽³⁹⁾
- 12. Rotura prematura de membrana.** Es la pérdida de la integridad de las membranas ovulares antes del inicio del parto con la consiguiente salida del líquido amniótico, lo que genera una comunicación entre la cavidad amniótica y el canal genital inferior. ⁽³⁹⁾
- 13. Desproporción cefalopélvica.** Se refiere a la desproporción que hay entre la cabeza fetal y la pelvis materna a consecuencia de las variantes anatómicas, que puede dar como consecuencia alteraciones en la dinámica del trabajo de parto lo cual impide que se lleve a cabo de manera fisiológica y que generalmente culmina una cesárea. Se ha considerado que más joven es la adolescente, mayor es la probabilidad de resolver el embarazo mediante una cesárea debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condiciona una mayor incidencia de desproporción cefalopelvica, así como de trabajos de parto prolongados y partos operatorios (uso de fórceps). ⁽³⁹⁾
- 14. Cesárea.** La mayoría de los partos son vaginales y ocurren de una forma natural. Pero, a veces, cuando el bebé tiene dificultades para salir y con la ayuda del instrumental como el

fórceps (parecido a dos cucharas grandes que sirven para que el médico recoja la cabeza del bebé y, con mucho cuidado, lo saque hacia fuera) o el extractor por vacío (un dispositivo que se coloca en la cabeza del bebé y lo tira hacia fuera) no se consigue el alumbramiento del bebé, se requieren otras vías para el parto. La cesárea es siempre el último recurso cuando, por algún problema, es imposible llevar a cabo un parto vaginal. El parto por cesárea consiste en hacer un corte o una incisión en el abdomen y en el útero para facilitar la salida del bebé. (39)

Es así, que adolescentes sin cuidado prenatal presentaron significativo mayor riesgo de muerte fetal, rotura prematura de membranas, parto prematuro, endometritis puerperal, hemorragia puerperal, recién nacido pequeño para la edad gestacional, morbilidad neonatal, síndrome hipóxico-isquémico (asfixia) neonatal, neonato con Apgar bajo en minuto 1, dificultad respiratoria, sepsis neonatal, muerte neonatal y muerte perinatal. (40)

2.2.7. Complicaciones en la Gestante Adulta

Existen complicaciones médico-quirúrgicas del embarazo en la mujer adulta. Aumenta la incidencia de hipertensión predominando la hipertensión crónica, pero en primíparas se acumulan casos de hipertensión inducida por el embarazo. El control cuidadoso prenatal, la instauración de medidas dietéticas y terapéuticas precoces de estos trastornos permite minimizar su impacto feto-materno. Con la edad aumenta la incidencia de intolerancia hidrocarbonada, recomendándose el estudio de la curva de glucemia en el primer y último trimestre del embarazo. Si hay antecedentes familiares positivos u obesidad estará indicada una prueba de tolerancia oral a la glucosa en el primer trimestre y si es normal se repetirá en el tercero. La obesidad se asocia y agrava las otras complicaciones ya mencionadas: hipertensión, intolerancia

hidrocarbonada, así como a macrosomía, distocia de hombros, etc. El control nutricional durante el embarazo con restricción calórica si es preciso, con un aporte proteico y vitamínico-mineral adecuado permitirá evitar aumentos ponderales excesivos durante el embarazo. Con el incremento de la edad aumenta la incidencia de miomas uterinos y sus complicaciones: parto pretérmino, atonía postparto, degeneración; que imponen la vigilancia de esta patología para su diagnóstico y tratamiento lo más precoz posible.

(41)

Las anomalías genéticas son frecuentes en añosas, diversas trisomías son mucho más frecuentes tras los 35 años de edad, especialmente la trisomía 21, pero también la 13, la triple X y el síndrome de Klinefelter. Especial mención requiere la trisomía 21—S. Down—ya que representa ella sola la mitad de las anomalías cromosómicas en estas edades. Además, diferentes anomalías somáticas genéticas no cromosómicas se asocian a edad materna avanzada durante el embarazo: malformaciones cardíacas, sindactilia, polidactilia, labio leporino y malformaciones anorectales. Para el diagnóstico de las anomalías genéticas en la embarazada añosa, son fundamentales las determinaciones plasmáticas de alfaFP y HCG (en el segundo trimestre, alrededor de la semana 16) junto con la edad materna permiten determinar el riesgo malformativo del síndrome de Down. (41)

Las complicaciones propias del embarazo en la mujer adulta como la tasa de aborto se incrementan con la edad. La ecografía en el primer trimestre nos permitirá diagnosticar precozmente las anomalías ovulares y también la incompetencia cervical que se asocia a la multiparidad y legrados repetidos. Los retardos de crecimiento intraútero se asocian a la primiparidad adulta y la placenta previa a la edad avanzada y multiparidad. (41)

En las pacientes adultas aumenta la incidencia de distocias cervicales, distocias dinámicas y atonía uterina. En caso de BISHOP deficientes y en los que haya necesidad de una actuación

obstétrica, la maduración cervical con prostaglandinas puede ser eficiente. El control cuidadoso de la dinámica durante el parto mediante cardiotocografía es obligado en estas pacientes, y si hay que realizar inducción del parto, la vigilancia debe ser especialmente estricta en las multíparas. En el IV período es útil el mantenimiento de la perfusión oxitócica profiláctica durante un mínimo de 6 horas para prevenir la atonía uterina. Son mucho más frecuentes, en pacientes añosas y multíparas, las situaciones transversas, presentación podálica y actitudes de deflexión que necesitarán un tratamiento adecuado. (29) Asimismo, existe un aumento de la mortalidad materna especialmente relevante por encima de los 40 años, que se debe a: hemorragia, embolismo y accidentes hipertensivos. (41)

2.2.8. Estudios sobre Complicaciones en la Gestante Adolescente

Un estudio sobre las principales complicaciones maternas y perinatales en las primigestas adolescentes en comparación con un grupo control, en donde dentro del grupo caso estaban las adolescentes tempranas con una media de edad de 17.7 años y 24.4 en el control. Sobre tal comparación se observó que las parejas con unión estable (casada) y con mayor grado de instrucción fue en mayor porcentaje en el grupo control que en las adolescentes. La ocupación principal de la adolescente fue la de ama de casa en relación al grupo control ($P=NS$). La frecuencia de control prenatal fue ligeramente menor en adolescentes, sin diferencia significativa (82.72% vs. 88.89%). Se comparó la presencia de 15 patologías del embarazo siendo la Infección de tracto urinario la única complicación que se presentó con mayor frecuencia en la adolescente ($P<0.05$), por el contrario el desprendimiento prematuro de placenta y la distocia de presentación fueron más frecuentes en el grupo control ($P=S$). (42)

En otro estudio, sobre las complicaciones perinatales y la vía de terminación de parto en adolescentes tempranas y tardías. Se

observó que el 22.10% de partos en el periodo de estudio correspondieron a adolescentes; el 16.30% fueron distócicos, con más frecuencia entre adolescentes tardías. Los recién nacidos de bajo peso y con complicaciones perinatales fueron también más frecuentes entre adolescentes tardías. Las adolescentes tardías tienen mayor probabilidad de presentar parto distócico, cesárea, parto pretérmino, y sus productos bajo peso al nacer, depresión neonatal. (43)

Asimismo, cabe mencionar que la frecuencia de complicaciones obstétricas presentes en las adolescentes, la cesárea se presenta en 92 casos (41.82%), la infección de vías urinarias en el 30.91%, la amenaza de parto pretérmino representa el 10%; mientras que el parto pretérmino se presenta en el 2.73%; la ruptura prematura de membranas y la desproporción cefalopélvica constituyen el 8.64%, la preclampsia representa el 4.55%, el desgarro perineal grado II se presenta en el 1.82%. El aborto diferido con el 3.64%, seguido del aborto incompleto 2.73%, aborto completo 2.27%, la amenaza de aborto representa el 1.82%, el aborto en curso en el 0.91%. El embarazo en adolescentes es muy frecuente en nuestro medio, sobre todo en la población de las zonas rurales, casadas y con una instrucción de secundaria incompleta. (44)

2.2.9. Estudios sobre Complicaciones en la Gestante Adulta

Un estudio en donde se evaluaron a 171 gestante mayores de 35 años atendidas en el Hospital Ginecoobstétrico de Matanzas – Cuba; se encontraron que de las 171 pacientes, 99 no tenían ninguna afección y las 72 restantes, sí. Las alteraciones más significativas fueron: la rotura prematura de membrana, la hipertensión y el embarazo prolongado. Sólo 7 (4 %) tuvieron recién nacidos con bajo peso. De una forma global, el embarazo en edad madura no influyó negativamente en los principales indicadores del Centro. (45)

Otro estudio dio a conocer el comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 35 años; para ello se evaluó a 267 gestantes de 35 o más años y fueron comparadas con un número similar de gestantes entre 20 y 34 años. Siendo la media de edad del grupo de estudio fue 37,8, la del grupo control 27,7. La duración media de la gestación fue 38,3 semanas, en el grupo control 39,5 semanas. El 29,6% de los partos fue por cesárea, 19,1% en el grupo control. La cesárea anterior fue la primera indicación en ambos grupos, 6,7% y 5,9%. La presentación podálica ocurrió en 2,9%. De las patologías asociadas, la toxemia (6,7%) y la rotura prematura de membranas (RPM) (16,5%) fueron mayores en las gestantes adultas. Los productos macrosómicos y grandes para edad gestacional representaron 8,9% y 11,9%, respectivamente, en el grupo en estudio, así como, los traumatismos obstétricos (4,5%) y las hemorragias posparto (10,1%). Es así, que la gestación en mujeres de 35 años o mayores existe una elevada incidencia de gemelaridad, fetos macrosómicos y grandes para la edad gestacional, recién nacidos de peso bajo, cesárea, toxemia, RPM, hemorragia posparto. ⁽⁴⁶⁾ Los estudios señalan, que siempre van a existir riesgos de complicaciones en el embarazo, sin embargo, de acuerdo a la edad tales riesgos se producen con mayor o menor incidencia. Por lo general, en las gestantes adultas se presentan complicaciones, de las cuales las más frecuentes son RPM (7,9%), HIE (7,7%), HTA-HIE (5%) y SFA (3,2%). Las cesáreas representaron el 28% de los partos siendo la indicación más frecuente cesárea anterior (7,2%). Las complicaciones más importantes fueron la hemorragia (12,2%) y los desgarros (11,40%). ⁽⁴⁷⁾

2.2.10. Cuidados sobre el Embarazo emitidos por el MINSA

El Ministerio de Salud ha asumido el compromiso de reducir la mortalidad materna y neonatal, mejorar la cobertura con calidad en los servicios, procurar la atención oportuna de las emergencias

y complicaciones en todos los niveles de atención y promover la participación de la sociedad civil y la comunidad, en coherencia con el respeto a la vida y a los derechos fundamentales de la madre y el niño por nacer. Al respecto, el Ministerio de Salud considera los siguientes cuidados que debe tener la gestante: ⁽⁴⁸⁾

- 1. Cuidados del embarazo.** El embarazo y el parto son procesos fisiológicos normales y la mayoría de ellos concluyen con resultados positivos. Sin embargo, todos los embarazos representan algún riesgo para la madre y el bebé; por ello es importante prevenir, detectar y tratar las complicaciones a tiempo, antes de que se conviertan en emergencias con amenaza para la vida de la madre y su bebé. Los controles durante el embarazo juegan un papel importante, porque: permiten saber cómo está la salud de la madre y la del feto en crecimiento, permiten determinar la fecha aproximada del parto; y permiten conocer si existe algún peligro y sobre ello prevenir cualquier sufrimiento o dificultad durante el parto. ⁽⁴⁸⁾
- 2. Cuidados por las complicaciones del embarazo.** Cuando existen complicaciones durante el embarazo, el servicio de salud cuenta con personal capacitado para atender tales requerimientos: controlan el peso de la gestante, controlan la presión arterial de la gestante, controlan el crecimiento del futuro bebé, realizan análisis de sangre, colocan las respectivas vacunas, brindan consejos sobre alimentación, ejercicios y otros cuidados. ⁽⁴⁸⁾
- 3. Cuidados después del parto.** Luego del parto, la gestante debe acudir al establecimiento de salud, para controlar la salud de su bebé. En el establecimiento de salud, la gestante recibirá las siguientes atenciones: control del peso y talla del bebé, examen físico al bebé para ver si tiene algún signo o síntoma de alarma, vacunas para protegerlo durante sus

primeros años de vida, la madre recibirá orientación sobre la alimentación del bebé. (48)

2.3. Definición de Términos Básicos

2.3.1. Aborto

Expulsión o extracción del producto de la concepción antes de las 20 semanas de gestación, cuyo peso es menor a 500 grs., mide menos de 25 cms., independientemente de la expulsión de placenta y del cordón umbilical. (49)

2.3.2. Atención Prenatal

Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud. (50)

2.3.3. Complicaciones Materno Perinatales

Son las circunstancias o problemáticas de salud que afecta a la gestante y al producto presentándose durante el embarazo, el parto o el puerperio. (33)

2.3.4. Desprendimiento Prematuro de Placenta

Es la separación parcial o total de la placenta de su inserción decidual en el fondo uterino, previa al nacimiento del feto. (33)

2.3.5. Eclampsia

Se denomina así a la presencia de convulsiones en pacientes pre eclámpicas. (51)

2.3.6. Edad Gestacional

Se refiere al número de semanas de gestación a partir de la última menstruación y se expresa en días, semanas o meses completas.

(49)

2.3.7. Embarazo

Es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero hasta el momento del parto. (51)

2.3.8. Embarazo de Bajo Riesgo

Es aquel en el cual la madre o su hijo (a) tienen probabilidades bajas de enfermar antes, durante o después del parto. (51)

2.3.9. Embarazo de Alto Riesgo

Es aquel en el que la madre o su hijo (a) tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes, durante o después del parto. (51)

2.3.10. Gestación

Es el periodo que transcurre entre la fecundación en las trompas y el momento y termina con el parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de la implantación, crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero y también los procesos morfológicos encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto. (36)

2.3.11. Gestante

Se refiere al estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto. (49)

2.3.12. Mortalidad Materna

Llamada también muerte materna y se refiere a la muerte que padece una mujer durante o poco después de su embarazo. (52)

2.3.13. Mortalidad Perinatal

Se refiere a la muerte del feto o recién nacido desde las 28 semanas de embarazo hasta la primera semana de vida -7 días. (53)

2.3.14. Parto

Expulsión o extracción del producto de la concepción después de 22 o más semanas de edad gestacional, y de 500 gramos o más de peso, mayor de 25 centímetros, independientemente de la sección del cordón y de la expulsión de la placenta. (49)

2.3.15. Parto institucional

Parto ocurrido en un establecimiento de salud (hospital, centro o puesto de salud) que incluye el parto vaginal y abdominal (cesárea). (33)

2.3.16. Riesgo

Es la probabilidad que tiene la madre o su hijo, o ambos de enfermar o morir según su asociación con el daño que producen. (51)

2.3.17. Ruptura Prematura de Membrana

Es un trastorno que se produce en el embarazo cuando el saco amniótico se rompe más de una hora antes del inicio del trabajo de parto. (51)

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Tabla Nº 01

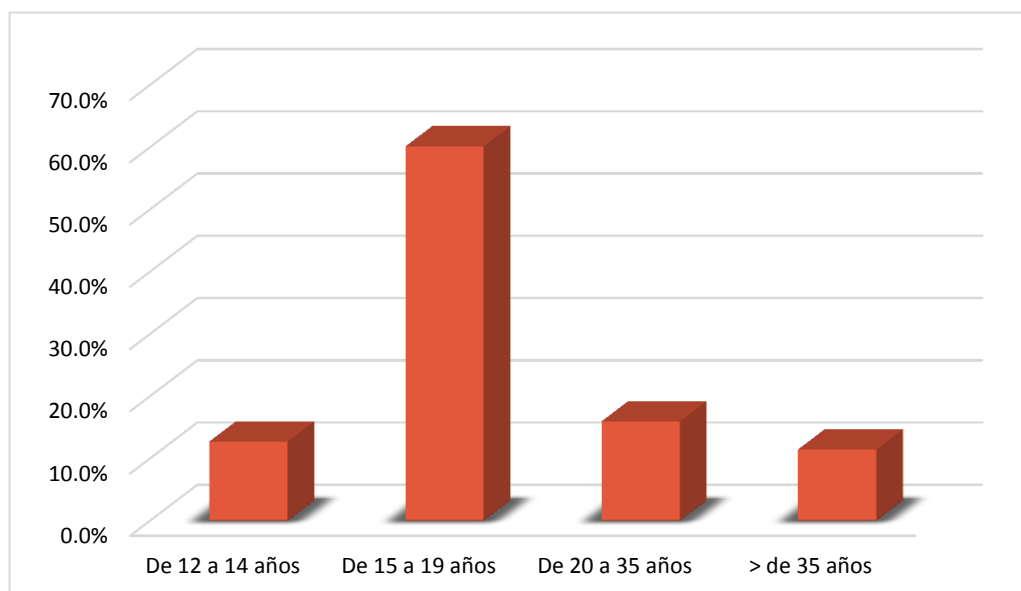
Distribución de frecuencias de las gestantes con complicaciones materno perinatales según la edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
De 12 a 14 años	39	12,7%	12,7%	12,7%
De 15 a 19 años	185	60,1%	60,1%	72,7
De 20 a 35 años	49	15,9%	15,9%	88,6%
> de 35 años	35	11,4%	11,4%	100,0%
Total	308	100,0%	100,0%	

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y el SIP.

Gráfico Nº 01

Distribución de frecuencias de las gestantes con complicaciones materno perinatales según la edad



Interpretación

En el presente gráfico se observa que la mayor tasa de complicaciones materno perinatales en las gestantes según la edad oscila de 15 a 19 años con un 60,1%, mientras que la menor tasa de complicaciones materno perinatales la encontramos en las gestantes mayores de 35 años con un 11,4%.

Tabla Nº 02

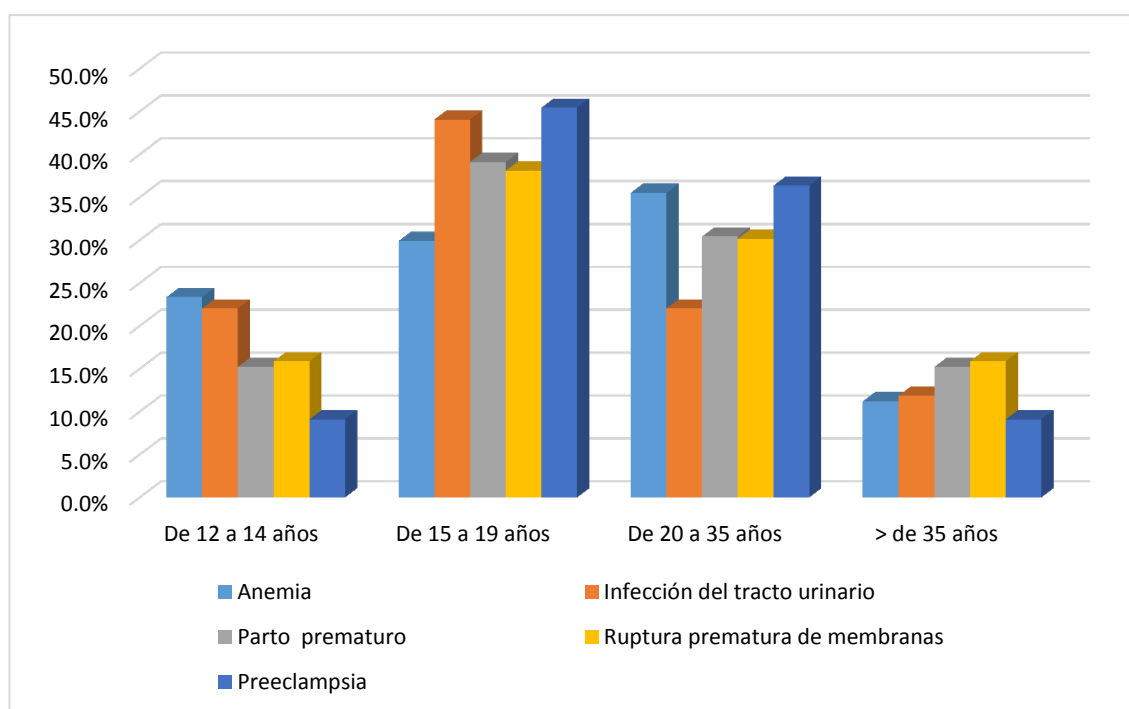
Distribución de frecuencias de la edad de las gestantes según las complicaciones materno perinatales más frecuentes

Edad	Complicaciones materno perinatales										Total
	Anemia		Infección del tracto urinario		Parto prematuro		Ruptura prematura de membranas		Preeclampsia		
	f (i)	h(i)%	f (i)	h(i)%	f (i)	h(i)%	f (i)	h(i)%	f (i)	h(i)%	
De 12 a 14 años	25	23,4%	13	22,0%	7	15,2%	10	15,9%	3	9,1%	58
De 15 a 19 años	32	29,9%	26	44,1%	18	39,1%	24	38,1%	15	45,5%	115
De 20 a 35 años	38	35,5%	13	22,0%	14	30,4%	19	30,2%	12	36,4%	96
> de 35 años	12	11,2%	7	11,9%	7	15,2%	10	15,9%	3	9,1%	39
Total	107	34,7%	59	19,2%	46	14,9%	63	20,5%	33	10,7%	308

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y el SIP.

Gráfico Nº 02

Distribución de frecuencias de la edad de las gestantes según las complicaciones materno perinatales más frecuentes



Interpretación

En el gráfico N° 2 se observa que dentro de las complicaciones materno perinatales más frecuentes en las gestantes de 12 a 14 años, se tiene que el mayor porcentaje se presenta en la anemia con un 23,4%, mientras que el menor porcentaje se presenta en la preeclampsia con un 9,1%.

En cuanto a las gestantes de 15 a 19 años, dentro de las complicaciones materno perinatales más frecuentes, se tiene que el mayor porcentaje se presenta en la preeclampsia con un 45,5%, mientras que el menor porcentaje se presenta en la anemia con un 29,9%.

En cuanto a las gestantes de 20 a 35 años, dentro de las complicaciones materno perinatales más frecuentes, se tiene que el mayor porcentaje se presenta en la preeclampsia con un 36,4%, mientras que el menor porcentaje se presenta en la infección del tracto urinario con un 22,0%.

En cuanto a las gestantes mayores de 35 años, dentro de las complicaciones materno perinatales más frecuentes, se tiene que el mayor porcentaje se presenta en la ruptura prematura de membranas con un 15,9%, mientras que el menor porcentaje se presenta en la preeclampsia con un 9,1%.

Tabla Nº 03

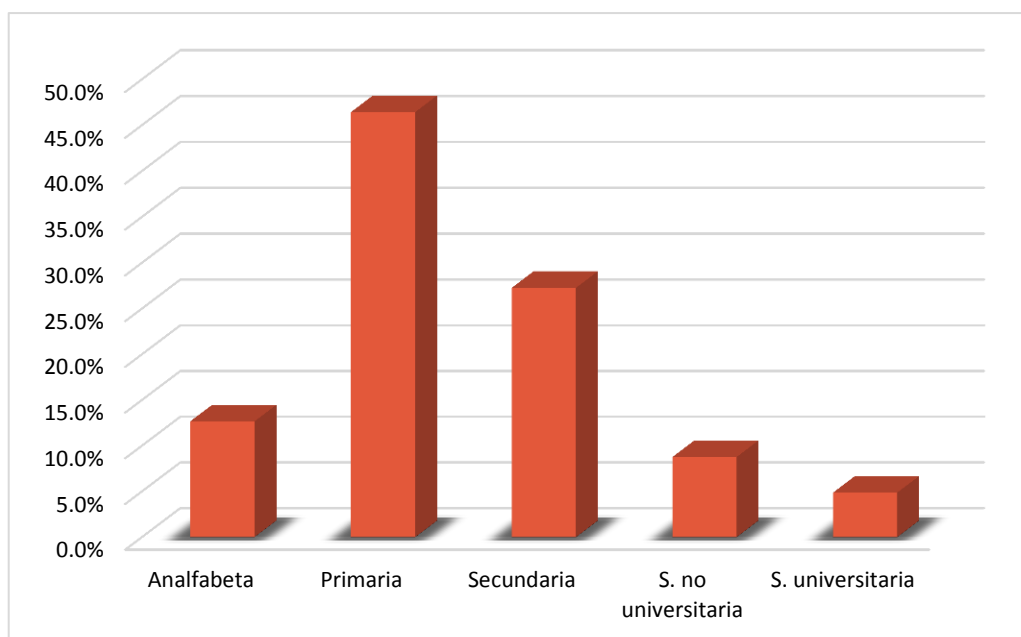
Distribución de frecuencias de las gestantes con complicaciones materno perinatales según el grado de instrucción

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Analfabeta	39	12,7%	12,7%	12,7%
Primaria	143	46,4%	46,4%	59,1%
Secundaria	84	27,3%	27,3%	86,4%
Superior no universitaria	27	8,8%	8,8%	95,2%
Superior universitaria	15	4,9%	4,9%	100,0%
Total	308	100,0%	100,0%	

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y el SIP.

Gráfico Nº 03

Distribución de frecuencias de las gestantes con complicaciones materno perinatales según el grado de instrucción



Interpretación

En el presente gráfico se observa que la mayor tasa de complicaciones materno perinatales según el grado de instrucción se da en gestantes que tienen estudios de primaria con un 46,4%, mientras que la menor tasa de complicaciones materno perinatales la encontramos en las gestantes que tiene educación superior universitaria con un 4,9%.

Tabla Nº 04

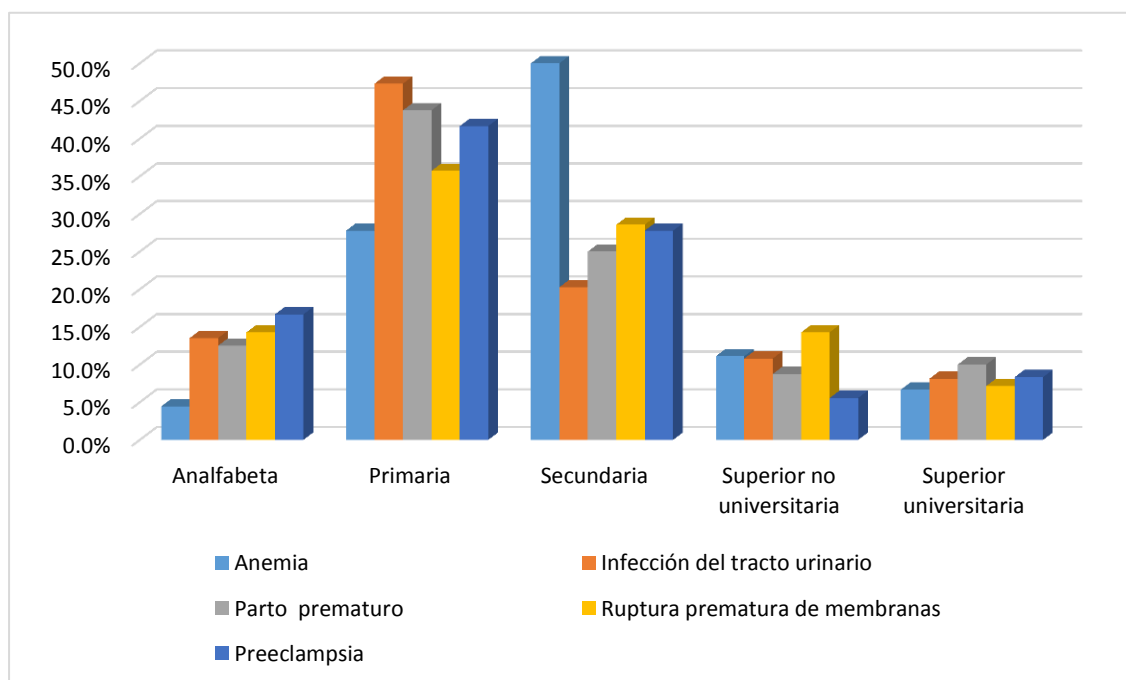
Distribución de frecuencias del grado de instrucción de las gestantes según las complicaciones materno perinatales más frecuentes

Grado de instrucción	Complicaciones materno perinatales										Total
	Anemia		Infección del tracto urinario		Parto prematuro		Ruptura prematura de membranas		Preeclampsia		
	f (i)	h(i)%	f (i)	h(i)%	f (i)	h(i)%	f (i)	h(i)%	f (i)	h(i)%	
Analfabeta	4	4,4%	10	13,5%	10	12,5%	4	14,3%	6	16,7%	34
Primaria	25	27,8%	35	47,3%	35	43,8%	10	35,7%	15	41,7%	120
Secundaria	45	50,0%	15	20,3%	20	25,0%	8	28,6%	10	27,8%	98
Superior no universitaria	10	11,1%	8	10,8%	7	8,8%	4	14,3%	2	5,6%	31
Superior universitaria	6	6,7%	6	8,1%	8	10,0%	2	7,1%	3	8,3%	25
Total	90	29,2%	74	24,0%	80	26,0%	28	9,09%	36	11,7%	308

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y el SIP.

Gráfico Nº 04

Distribución de frecuencias del grado de instrucción de la gestante según las complicaciones materno perinatales más frecuentes



Interpretación

En el gráfico N° 4 se observa que dentro de las complicaciones materno perinatales más frecuentes en las gestantes analfabetas, se tiene que el mayor porcentaje se presenta en la preeclampsia con un 16,7%, mientras que el menor porcentaje se presenta en la anemia con un 4,4%.

En cuanto a las gestantes con estudios de primaria, dentro de las complicaciones materno perinatales más frecuentes, se tiene que el mayor porcentaje se presenta en la infección del tracto urinario con un 47,3%, mientras que el menor porcentaje se presenta en la anemia con un 27,8%.

En cuanto a las gestantes con estudios de secundaria, dentro de las complicaciones materno perinatales más frecuentes, se tiene que el mayor porcentaje se presenta en la anemia con un 50,0%, mientras que el menor porcentaje se presenta en la infección del tracto urinario con un 20,3%.

En cuanto a las gestantes con estudios superiores no universitarios, dentro de las complicaciones materno perinatales más frecuentes, se tiene que el mayor porcentaje se presenta en la ruptura prematura de membranas con un 14,3%, mientras que el menor porcentaje se presenta en la preeclampsia con un 5,6%.

En cuanto a las gestantes con estudios superiores universitarios, dentro de las complicaciones materno perinatales más frecuentes, se tiene que el mayor porcentaje se presenta en el parto prematuro con un 10,0%, mientras que el menor porcentaje se presenta en la anemia con un 6,7%.

Tabla Nº 05

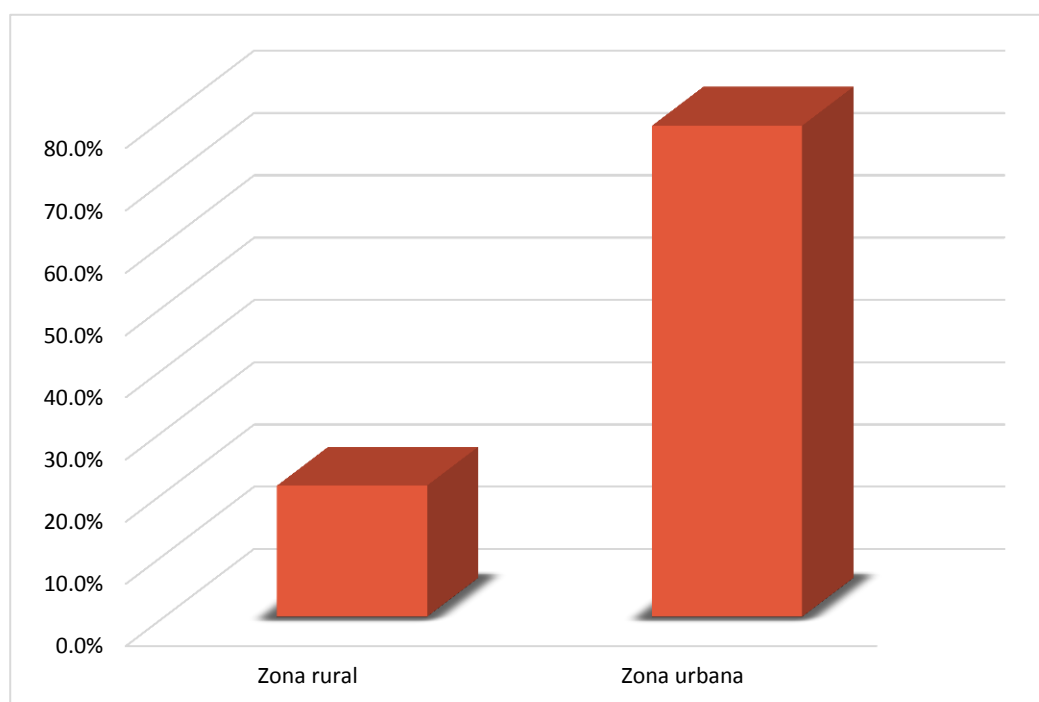
Distribución de frecuencias de las gestantes con complicaciones materno perinatales según el lugar de procedencia

Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Zona rural	65	21,1%	21,1%	21,1%
Zona urbana	243	78,9%	78,9%	100,0%
Total	308	100,0%	100,0%	

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y el SIP.

Gráfico Nº 05

Distribución de frecuencias de las gestantes con complicaciones materno perinatales según el lugar de procedencia



Interpretación

En el presente grafico se observa que la mayor tasa de complicaciones materno perinatales según el lugar de procedencia se da en gestantes que provienen de la zona urbana con un 78,9%, mientras que la menor tasa de

complicaciones materno perinatales la encontramos en las gestantes que provienen de la zona rural con un 21,1%.

Tabla Nº 06

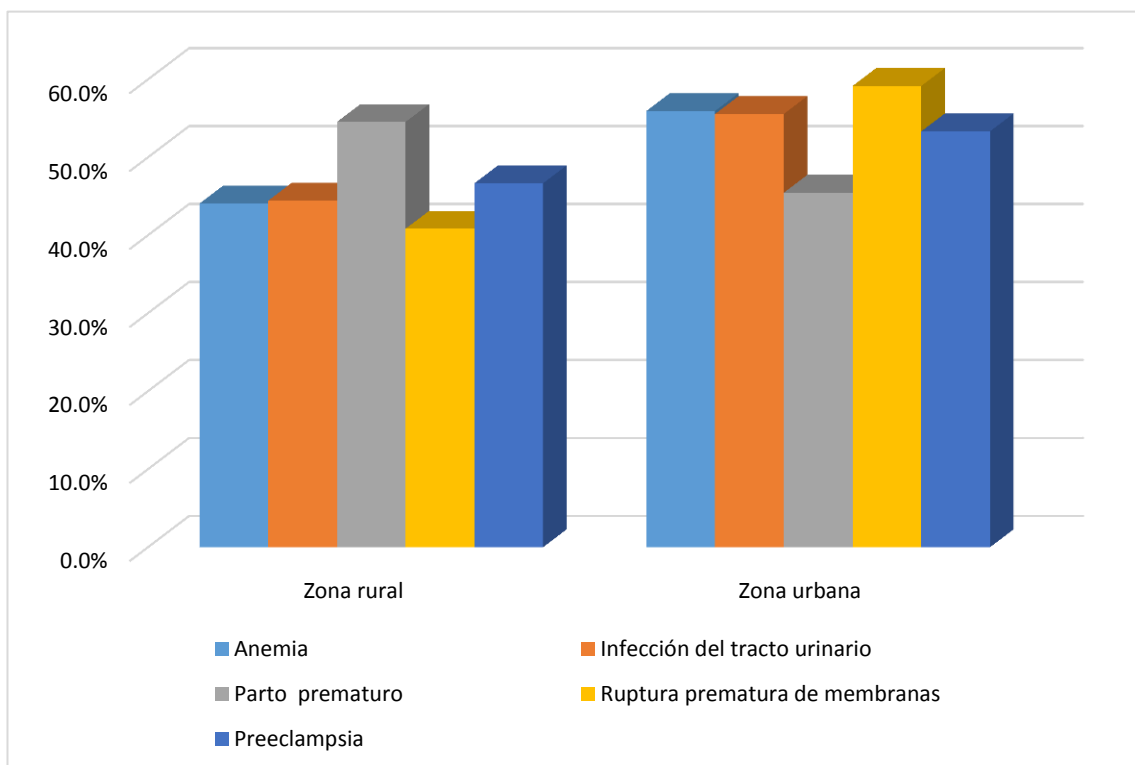
Distribución de frecuencias del lugar de procedencia de las gestantes según las complicaciones materno perinatales más frecuentes

Lugar de procedencia	Complicaciones materno perinatales										Total
	Anemia		Infección del tracto urinario		Parto prematuro		Ruptura prematura de membranas		Preeclampsia		
	f (i)	h(i)%	f (i)	h(i)%	f (i)	h(i)%	f (i)	h(i)%	f (i)	h(i)%	
Zona rural	26	44,1%	28	44,4%	30	54,5%	29	40,8%	28	46,7%	141
Zona urbana	33	55,9%	35	55,6%	25	45,5%	42	59,2%	32	53,3%	167
Total	59	19,2%	63	20,5%	55	17,9%	71	23,1%	60	19,5%	308

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y el SIP.

Gráfico Nº 06

Distribución de frecuencias del lugar de procedencia de las gestantes según las complicaciones materno perinatales más frecuentes



Interpretación

En el gráfico N° 6, se observa que dentro de las complicaciones materno perinatales más frecuentes en las gestantes que provienen de la zona rural, se tiene que el mayor porcentaje se presenta en el parto prematuro con un 54,5%, mientras que el menor porcentaje se presenta en la ruptura prematura de membranas con un 40,8%.

En cuanto a las gestantes que provienen de la zona urbana, dentro de las complicaciones materno perinatales más frecuentes, se tiene que el mayor porcentaje se presenta en la ruptura prematura de membranas con un 59,2%, mientras que el menor porcentaje se presenta en el parto prematuro con un 45,5%.

Tabla Nº 07

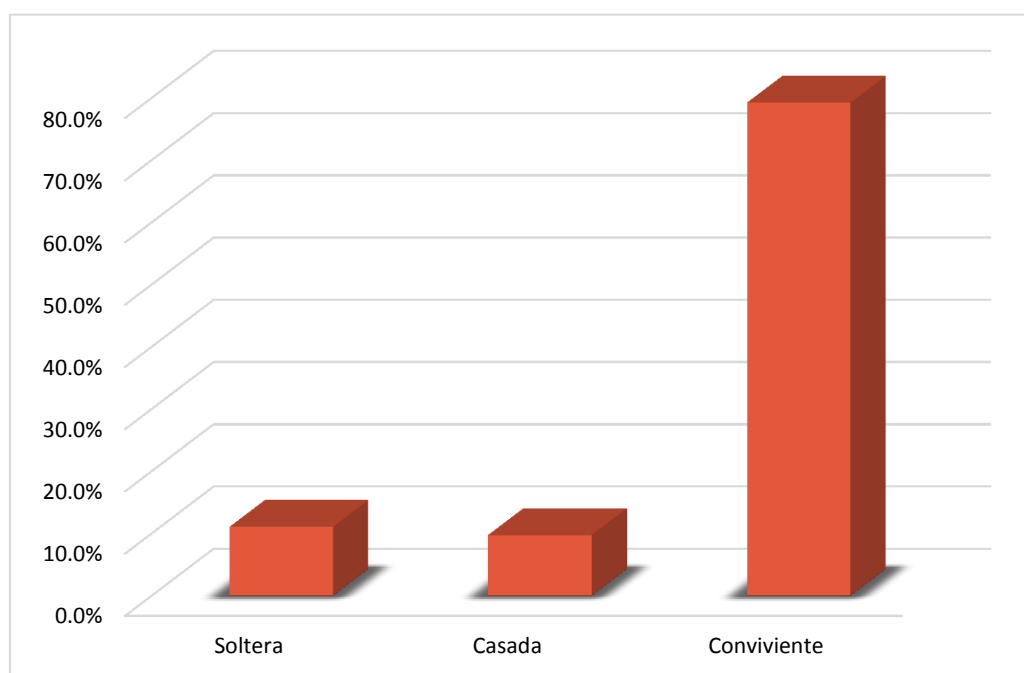
Distribución de frecuencias de las gestantes con complicaciones materno perinatales según el estado civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltera	34	11,0%	11,0%	11,0%
Casada	30	9,7%	9,7%	20,8%
Conviviente	244	79,2%	79,2%	100,0%
Total	308	100,0%	100,0%	

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y el SIP.

Gráfico Nº 07

Distribución de frecuencias de las gestantes con complicaciones materno perinatales según el estado civil



Interpretación

En el presente gráfico se observa que la mayor tasa de complicaciones materno perinatales según el estado civil se da en gestantes convivientes con un 79,2%, mientras que la menor tasa de complicaciones materno perinatales la encontramos en las gestantes casadas con un 9,7%.

Tabla Nº 08

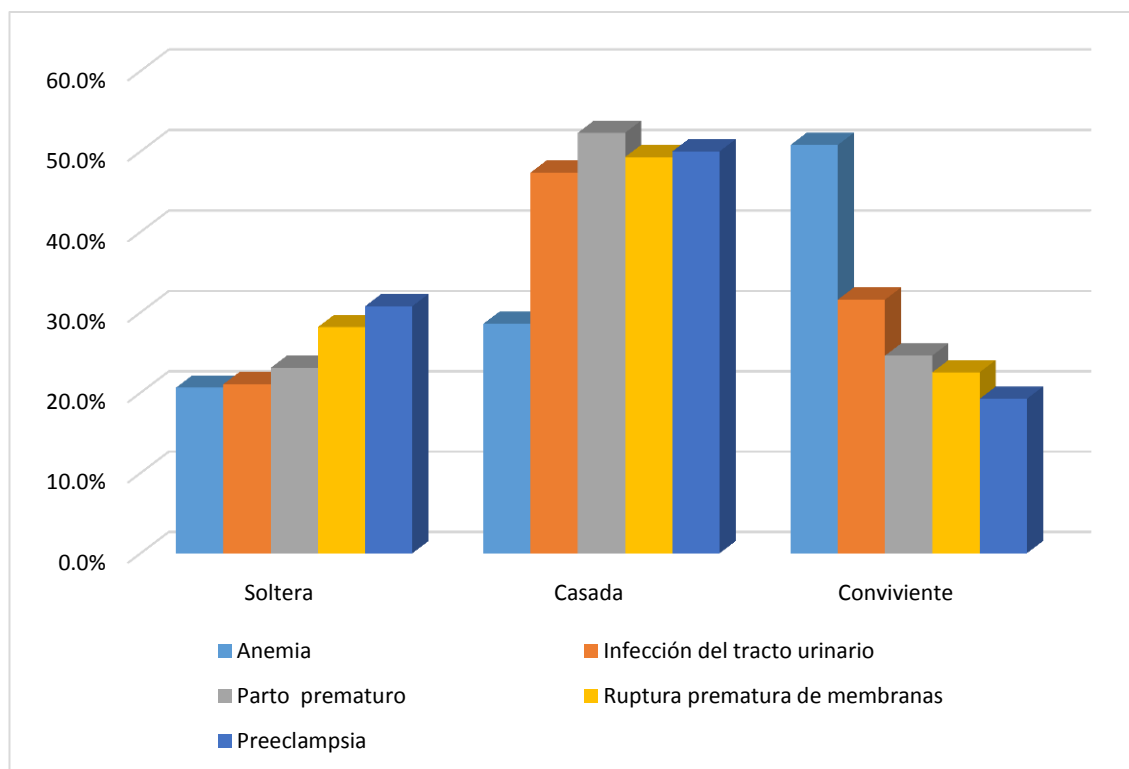
Distribución de frecuencias del estado civil de las gestantes según las complicaciones materno perinatales más frecuentes

Estado civil	Complicaciones materno perinatales										Total
	Anemia		Infección del tracto urinario		Parto prematuro		Ruptura prematura de membranas		Preeclampsia		
	f (i)	h(i)%	f (i)	h(i)%	f (i)	h(i)%	f (i)	h(i)%	f (i)	h(i)%	
Soltera	13	20,6%	12	21,1%	15	23,1%	20	28,2%	16	30,8%	76
Casada	18	28,6%	27	47,4%	34	52,3%	35	49,3%	26	50,0%	140
Conviviente	32	50,8%	18	31,6%	16	24,6%	16	22,5%	10	19,2%	92
Total	63	20,5%	57	18,5%	65	21,1%	71	23,1%	52	16,9%	308

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y el SIP.

Gráfico Nº 08

Distribución de frecuencias del estado civil de las gestantes según las complicaciones materno perinatales más frecuentes



Interpretación

En el gráfico N° 8 se observa que dentro de las complicaciones materno perinatales más frecuentes en las gestantes que son solteras, es la preeclampsia con un 30,8%, mientras que el menor porcentaje se presenta en la anemia con un 20,6%.

En cuanto a las gestantes que son casadas, dentro de las complicaciones materno perinatales más frecuentes, se tiene que el mayor porcentaje es el parto prematuro con un 52,3%, mientras que el menor porcentaje es la anemia con un 28,6%.

En cuanto a las gestantes que son convivientes, dentro de las complicaciones materno perinatales más frecuentes, se tiene que el mayor porcentaje es la anemia con un 50,8%, mientras que el menor porcentaje es la preeclampsia con un 19,2%.

Tabla Nº 09

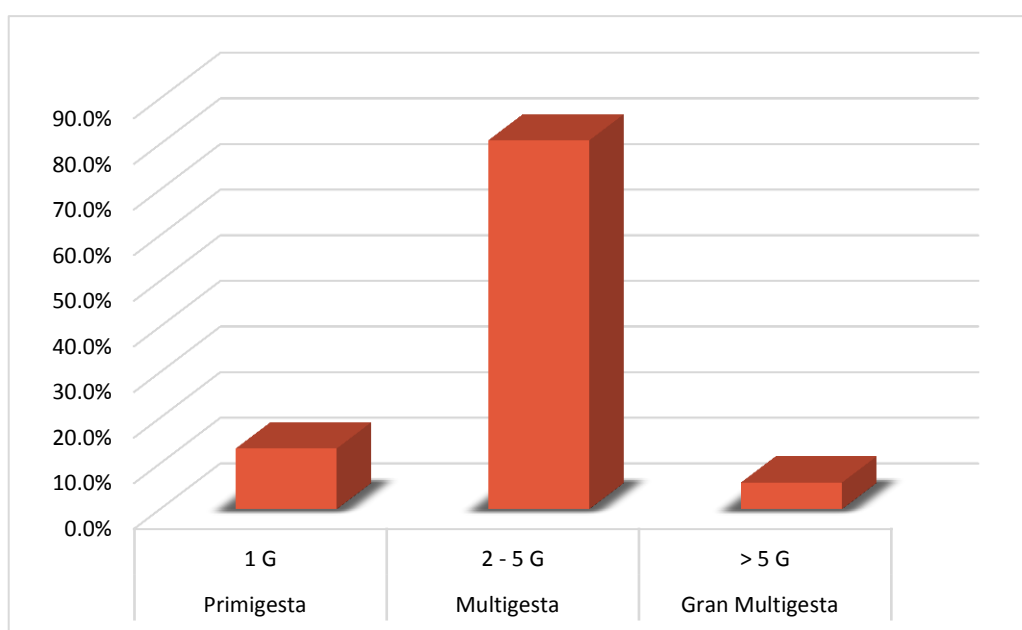
Distribución de frecuencias de las gestantes con complicaciones materno perinatales según el número de gestaciones

Numero de gestaciones	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primigesta	41	13,3%	13,3%	13,3%
Multigesta	249	80,8%	80,8%	94,2%
Gran Multigesta	18	5,8%	5,8%	100,0%
Total	308	100,0%	100,0%	

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas.

Gráfico Nº 05

Distribución de frecuencias de las gestantes con complicaciones materno perinatales según el número de gestaciones



Interpretación

En el presente grafico se observa que la mayor tasa de complicaciones materno perinatales según número de gestaciones se da en las multigestas (han tenido de 2 a 5 gestaciones) con un 80,8%, mientras que la menor tasa de complicaciones materno perinatales la encontramos en las gran multigestas (han tenido más de 5 gestaciones) con un 5,8%.

Tabla Nº 10

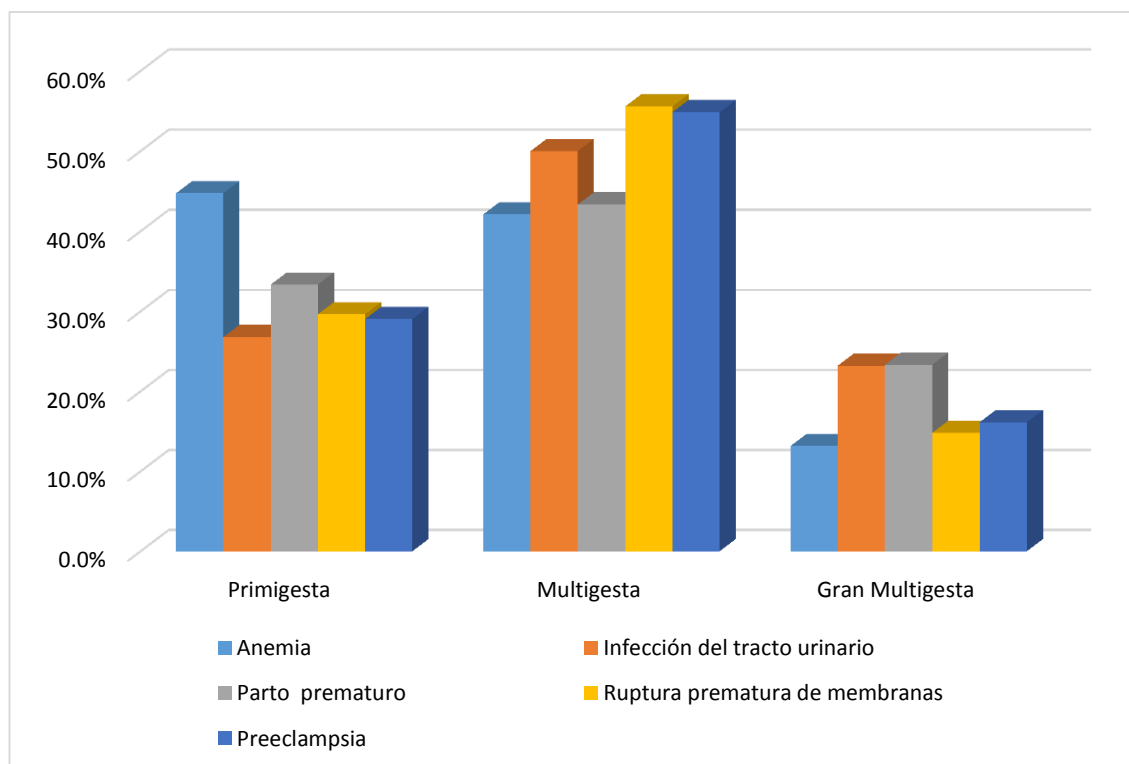
Distribución de frecuencias del número de gestaciones de las gestantes según las complicaciones materno perinatales más frecuentes

Número de gestaciones	Complicaciones materno perinatales										Total
	Anemia		Infección del tracto urinario		Parto prematuro		Ruptura prematura de membranas		Preeclampsia		
	f (i)	h(i)%	f (i)	h(i)%	f (i)	h(i)%	f (i)	h(i)%	f (i)	h(i)%	
Primigesta	34	44,7%	15	26,8%	20	33,3%	16	29,6%	18	29,0%	103
Multigesta	32	42,1%	28	50,0%	26	43,3%	30	55,6%	34	54,8%	150
Gran Multigesta	10	13,2%	13	23,2%	14	23,3%	8	14,8%	10	16,1%	55
Total	76	24,7%	56	18,2%	60	19,5%	54	17,5%	62	20,1%	308

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y el SIP.

Gráfico Nº 10

Distribución de frecuencias del número de gestaciones de las gestantes según las complicaciones materno perinatales más frecuentes



Interpretación

En el gráfico N° 10 se observa que dentro de las complicaciones materno perinatales más frecuentes en las gestantes primigestas (su primera gestación), se tiene que el mayor porcentaje es la anemia con un 44,7%, mientras que el menor porcentaje es la infección del tracto urinario con un 26,8%.

En cuanto a las gestantes multigestas (han tenido de 2 a 5 gestaciones), dentro de las complicaciones materno perinatales más frecuentes, se tiene que el mayor porcentaje es la ruptura prematura de membranas con un 55,6%, mientras que el menor porcentaje es la anemia con un 42,1%.

En cuanto a las gestantes gran multigestas (han tenido más de 5 gestaciones), dentro de las complicaciones materno perinatales más frecuentes, se tiene que el mayor porcentaje es el parto prematuro con un 23,3%, mientras que el menor porcentaje es la anemia con un 13,2%.

Tabla Nº 11

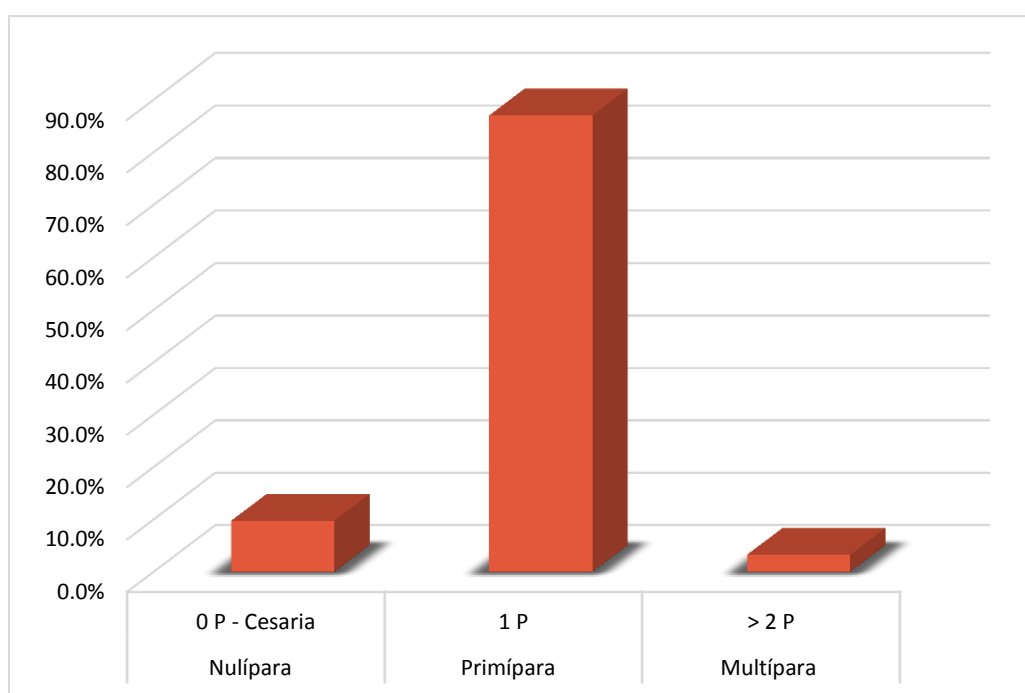
Distribución de frecuencias de las gestantes con complicaciones materno perinatales según la paridad

Paridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nulípara	30	9,7%	9,7%	9,7%
Primípara	268	87,0%	87,0%	96,8%
Múltipara	10	3,2%	3,2%	100,0%
Total	308	100,0%	100,0%	

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas.

Gráfico Nº 11

Distribución de frecuencias de las gestantes con complicaciones materno perinatales según la paridad



Interpretación

En el presente gráfico se observa que la mayor tasa de complicaciones materno perinatales según la paridad se da en las primíparas (han tenido un parto) con un 87,0%, mientras que la menor tasa de complicaciones materno

perinatales la encontramos en las multíparas (han tenido más de 2 partos) con un 3,2%.

Tabla Nº 12

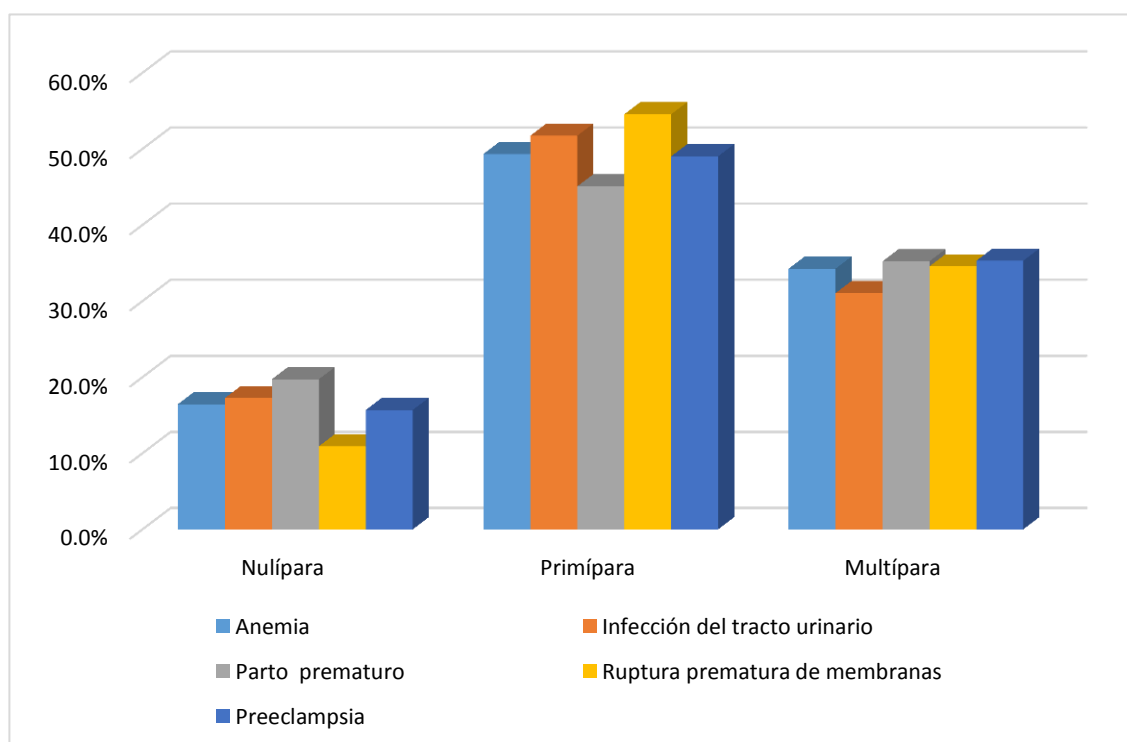
Distribución de frecuencias de la paridad de las gestantes según las complicaciones materno perinatales más frecuentes

Paridad	Complicaciones materno perinatales										Total
	Anemia		Infección del tracto urinario		Parto prematuro		Ruptura prematura de membranas		Preeclampsia		
	f (i)	h(i)%	f (i)	h(i)%	f (i)	h(i)%	f (i)	h(i)%	f (i)	h(i)%	
Nulípara	12	16,4%	10	17,2%	14	19,7%	6	10,9%	8	15,7%	50
Primípara	36	49,3%	30	51,7%	32	45,1%	30	54,5%	25	49,0%	153
Multípara	25	34,2%	18	31,0%	25	35,2%	19	34,5%	18	35,3%	105
Total	73	23,7%	58	18,8%	71	23,1%	55	17,9%	51	16,6%	308

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y el SIP.

Gráfico Nº 12

Distribución de frecuencias del número de gestaciones de las gestantes según las complicaciones materno perinatales más frecuentes



Interpretación

En el gráfico N° 12 se observa que dentro de las complicaciones materno perinatales más frecuentes en las gestantes nulíparas (no han tenido parto alguno o han recurrido a cesárea), se tiene que el mayor porcentaje se presenta en el parto prematuro con un 19,7%, mientras que el menor porcentaje es la ruptura prematura de membranas con un 10,9%.

En cuanto a las gestantes primíparas (han tenido un parto) dentro de las complicaciones materno perinatales más frecuentes, se tiene que el mayor porcentaje se presenta en la ruptura prematura de membranas con un 54,5%, mientras que el menor porcentaje se presenta en el parto prematuro con un 45,1%.

En cuanto a las gestantes múltiparas (han tenido más de 2 partos) dentro de las complicaciones materno perinatales más frecuentes, se tiene que el mayor porcentaje se presenta en la preeclampsia con un 35,3%, mientras que el menor porcentaje se presenta en la infección del tracto urinario con un 31,0%.

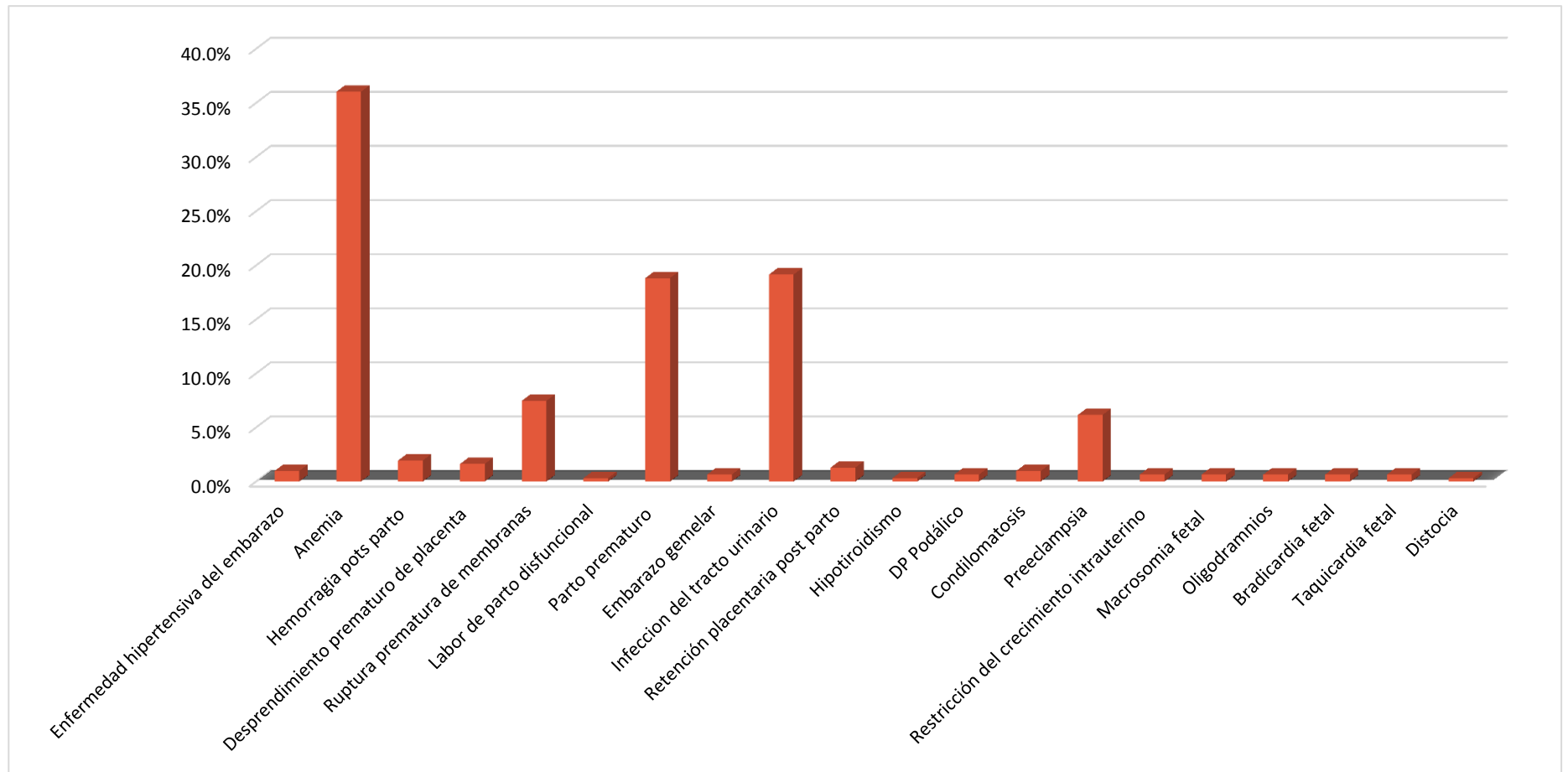
Tabla Nº 13
Distribución de frecuencias de las diversas complicaciones materno perinatales en las gestantes

Complicaciones materno perinatales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Enfermedad hipertensiva del embarazo	3	1,0%	1,0%	1,0%
Anemia	111	36,0%	36,0%	37,0%
Hemorragia post parto	6	1,9%	1,9%	39,0%
Desprendimiento prematuro de placenta	5	1,6%	1,6%	40,6%
Ruptura prematura de membranas	23	7,5%	7,5%	48,1%
Labor de parto disfuncional	1	0,3%	0,3%	48,4%
Parto prematuro	58	18,8%	18,8%	68,5%
Embarazo gemelar	2	0,6%	0,6%	69,2%
Infección del tracto urinario	59	19,2%	19,2%	88,3%
Retención placentaria post parto	4	1,3%	1,3%	89,6%
Hipotiroidismo	1	0,3%	0,3%	89,9%
DP Podálico	2	0,6%	0,6%	91,2%
Condilomatosis	3	1,0%	1,0%	92,2%
Preeclampsia	19	6,2%	6,2%	98,4%
Restricción del crecimiento intrauterino	8	0,6%	0,6%	49,0%
Macrosomía fetal	2	0,6%	0,6%	49,7%
Oligodramnios	2	0,6%	0,6%	90,6%
Bradycardia fetal	2	0,6%	0,6%	99,0%
Taquicardia fetal	2	0,6%	0,6%	99,7%
Distocia	1	0,3%	0,3%	100,0%
Total	308	100,0%	100,0%	

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas y el SIP.

Gráfico Nº 13

Distribución de frecuencias de las diversas complicaciones materno perinatales en las gestantes



Interpretación

En el gráfico N° 13 se observa que dentro de las complicaciones materno más frecuentes en las gestantes, se tiene que el mayor porcentaje se presenta en la anemia con un 36,0%, luego sigue la infección del tracto urinario con un 19,2%, el parto prematuro con un 18,8%, ruptura prematura de membranas con un 7,5%, la preeclampsia con un 6,2%, la hemorragia post parto con un 1,9%, el desprendimiento prematuro de placenta con un 1,6%, la retención placentera post parto con un 1,3%, la enfermedad hipertensiva del embarazo y la condilomatosis con un 1,0%, el DP podálico y el embarazo gemelar con un 0,6%; mientras que el menor porcentaje dentro de las complicaciones materno se encuentra la labor de parto disfuncional y el hipotiroidismo, ambos con un 0,3%.

En cuanto a las complicaciones perinatales más frecuentes en las gestantes, se tiene que el mayor porcentaje se presenta en la restricción del crecimiento intrauterino, en la macrosomía fetal, en los oligodramnios, en la bradicardia fetal y en la taquicardia fetal, todas estas complicaciones con un 0,6%; mientras que el menor porcentaje dentro de las complicaciones perinatales se encuentra la distocia con un 0,3%.

CONCLUSIONES

- Se determinó que la prevalencia de complicación materno más frecuente es la anemia con 36,0%
- Se determinó que la prevalencia de complicación perinatal más frecuente se da en la restricción del crecimiento intrauterino, macrosomía fetal, oligodramnios, bradicardia y taquicardia fetal, todas estas con un 0,6%
- Se determinó que la prevalencia de complicaciones materno perinatales según la edad de la gestante es más frecuente entre los 15 y 19 años de edad con un 60,1%.
- Se determinó que la prevalencia de complicaciones materno perinatales según el grado de instrucción de la gestante es más frecuente en el nivel primaria con un 46,4%.
- Se determinó que la prevalencia de complicaciones materno perinatales según el lugar de procedencia es más frecuente en las gestantes que provienen de zona urbana con un 78,9%.
- Se determinó que la prevalencia de complicaciones materno perinatales según el estado civil es más frecuente en las gestantes que son conviviente con un 79,2%.
- Se determinó que la prevalencia de complicaciones materno perinatales según el número de gestaciones es más frecuente en las gestantes multigestas con un 80,8%.
- Se determinó que la prevalencia de complicaciones materno perinatales según la paridad es más frecuente en la gestante primípara con un 87,0%.

RECOMENDACIONES

- Establecer servicios de atención focalizada a la gestante en los hospitales del MINSA con la finalidad de disminuir las complicaciones materno perinatales de mayor prevalencia determinadas en este estudio.
- Fortalecer el trabajo en equipo en el 1er nivel de atención con la finalidad de detectar precozmente las complicaciones materno perinatales
- Intensificar la promoción de la atención prenatal reenfocada con la finalidad de crear conciencia en la gestante sobre la importancia de asistir a las atenciones para reducir el riesgo de tener complicaciones en el embarazo, parto o puerperio y del recién nacido .
- Crear y fortalecer la salud sexual y reproductiva en la ciudad de Ica promoviendo los programas de planificación familiar.
- Brindar charlas de educación sexual a los padres de familia de jóvenes estudiantes para que ellos desde su hogar, orienten a sus hijos a promover una vida sexual sana y responsable y que sea satisfactoria a su vida futura.
- Realizar un trabajo unificado en conjunto con las instituciones de salud y educación, seleccionando y capacitando al personal en la educación del adolescente orientado hacia la salud reproductiva, con la finalidad de brindar una adecuada información para fomentar el conocimiento sobre planificación familiar, autoestima y toma de decisiones, logrando así disminuir el embarazo no deseado, aborto y deserción escolar.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud. La implementación de maternidad sin riesgo en los países. Artículo científico. Ginebra; 2001.
2. Ministerio de Salud. Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 - 2015. Documento técnico. Lima; 2009.
3. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad materna y neonata. Publicación científica y técnica N° 622. Washintong D.C.; 2007.
4. Ruoti A. Patología obstétrica en la adolescente embarazada. Rev Sogia. 1994; 1(2): p. 70-2.
5. Díaz A, Sanhueza P, Yaksic N. Riesgos Obstétricos en el Embarazo Adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2002; 67(6): p. 481-7.
6. Casas J, Chumbe O, Inguil R, Gonzáles L, Mercado F. El Parto en la Adolescente. Estudio de 3 grupos: Adolescente temprana, tardía y grupo control. Ginecol Obstet Perú. 1998; 44: p. 101-6.
7. Pajuelo J, Díaz J, Inga M, Muñoz C. Perfil alimentario- Nutricional de la gestante adolescente. Ginecol Obstet Perú. 1998; 44(1): p. 40-4.
8. Medía E. Características del embarazo parto , puerperio y recién nacido de la gestante adolescente en la altura. Ginecol Obstet Perú. 2000; 46(2): p. 135-40.
9. Peláez J. Adolescente embarazada: Características y riesgos. Comentarios al trabajo de Ángel Maida y cols. Rev Sogia. 1996; 3(1): p. 13-6.
10. Padilla G. Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. Rev. Sogia. 2000; 7(1): p. 16-25.
11. Salvador J, Maradiegue E. Gestación en adolescentes: Experiencia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 1992-1994. Ginecol Obstet. (Perú). 1995; 41(3): p. 39-7.

12. Varas J, Schmied W. Embarazo y Parto Adolescentes. Rev. Chilena Obstet Ginecol. 2001; 66(3): p. 171-4.
13. Maida A, Muñoz R, Hochtatter E. Embarazo y adolescencia. Rev. Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia. 1996; 3(1).
14. Luchin E, Larraburre G, Córdova D. Características de salud reproductiva en gestantes que acuden a un servicio de atención diferenciada para adolescentes. Rev. Ginecología y Obstetricia Perú. 2000; 46(4): p. 325-32.
15. Fernández L, Carro E, Oses D, Pérez P. Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2004; 30(2).
16. Palella Sracuzzi S, Martins Pestana F. Metodología de la Investigación cuantitativa. 2nd ed. Caracas: FEDUPEL ; 2006.
17. Beatriz Pineda E, de Alvarado EL, de Canales F. Metodología de la investigación: manual para el desarrollo de personal de salud. 2nd ed. Washintong D.C.: Organización Panamericana de la Salud ; 1994.
18. Supo J. Programa TAPIF (taller de tesis, desarrollo del proyecto e informe final) [Video].; 2015 [cited 2016 Marzo 15].
19. Supo J. Como empezar una tesis. 1st ed. Arequipa: Bioestadístico; 2015.
20. UPICENTRO. Epidemiología descriptiva. [Online].; 2007 [cited 2016 Abril 15]. Available from: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/invEpi3.htm>.
21. Carrasco Díaz S. Metodología de la Investigación científica. 1st ed. Lima: San Marcos; 2006.
22. Deza J, Muñoz S. Metodología de la Investigación científica. Texto aplicado al Reglamento de Investigación de la UAP Lima: Fondo Editorial Universidad Alas Peruanas; 2008.
23. García JJ. Bioética personalista y bioética principialista. [Online]. 2014 [cited 2016 Abril 15]. Available from: <http://www.bioeticaweb.com/bioactica-personalista-y-bioactica-principialista-perspectivas/>.

24. Guzman Chicas CM. Embarazo adolescente: complicaciones materno perinatales en las adolescentes que verifican parto en el Hospital Nacional Especializado de Maternidad Dr. "Arguello Escolan" durante el periodo de enero a junio 2012 [Tesis de licenciatura]. San Salvador: Universidad de El Salvador; 2012.
25. Herrera Ortiz DY. Complicaciones materno perinatales en primigestas adolescentes: caso control, atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de Loja, periodo junio - noviembre 2013 [Tesis de titulación]. Loja: Universidad Nacional de Loja; 2013.
26. Juarez Guerra AS. Resultados perinatales adversos en embarazada añosa [Tesis de licenciatura]. Veracruz: Universidad Veracruzana; 2013.
27. León Gutiérrez C. Complicaciones maternas en embarazos de adolescentes [Tesis de licenciatura]. Chiquimula: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2014.
28. Cajas Montenegro G. Obesidad materna y complicaciones materno-fetales [Tesis de maestría]. Guatemala: Universidad Nacional de San Carlos de Guatemala; 2015.
29. Mondragón Hertas FG, Ortiz García ML. Complicaciones materno perinatales en primigestas adolescentes: estudio caso control. Hospital Sergio E. Bernales 2004 [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de san Marcos; 2004.
30. Navarro Rosell YR. Frecuencia de las complicaciones materno perinatales durante el embarazo en adolescentes y mujeres adultas en el Hospital Belén. Enero 2005 – Diciembre 2011 [Tesis de bachiller]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2011.
31. Gamarra Valdivieso AG. Complicaciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2011-2012 [Tesis de bachiller]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2012.
32. Paliza López OU. Complicaciones obstétricas y perinatales de la adolescente con parto en el Hospital II-1 de Moyobamba, Julio a Diciembre 2014 [Tesis de

- bachiller]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2014.
33. Aguirre Ccaso D, Carreño Meléndez , Huamán Pillaca J, Huarcaya Solis E. Complicaciones maternas y fetales en adolescentes que acuden al Centro de Salud Materno Infantil Perú – Corea del AA.HH. Pachacutec 2015 [Tesis de licenciatura]. Lima: Instituto Superior Tecnológico Privado "Daniel Alcides Carrión" ; 2015.
 34. Ñañez Machego KA. Complicaciones materno perinatales en primigestas adolescentes del Hospital de san Juan de Dios de Pisco – Ica 2013 [Tesis de licenciatura]. Ica: Universidad Alas Peruanas ; 2013.
 35. Oyolo Canchos YC. Complicaciones maternas del trabajo de parto y puerperio inmediato con terminación en centro quirúrgico atendidas en el Hospital Regional de Ica octubre 2011 - agosto 2012 [Tesis de licenciatura]. Ica: Universidad Alas Peruanas; 2013.
 36. Santamaria S. El embarazo. [Online]. [cited 2015]. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos13/elembraz/elembraz.shtml>.
 37. Jimenez Lopez J. Analisis de los pronosticos materno y perinatal a corto y mediano plazo de la gestante adolescente [Tesis de doctorado]. Madrid: Universidad de Mayorga; 1993.
 38. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Womenshealth.gov. [Online]. 2009 [cited 2015 Abril 15]. Available from: <http://www.womenshealth.gov/espanol/embarazo/esta-embarazada/complicaciones-embarazo.html#a>.
 39. Orozco Hechavarría N, Vaillant Orozco S, Cumbá Tamayo O. Algunos factores de riesgo del embarazo en la adolescencia. [Online]. 2005 [cited 2016 Abril 20]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san09205.htm.
 40. Pereira L, Plascencia J, Ahued A. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. Ginecol obstet México. 2002; 70(6): p. 270-4.
 41. SEGO. Embarazo en la adolescencia y en la mujer añosa. [Online]. 2005. Available from: http://www.hvil.sld.cu/bvs/archivos/547_104

embarazo%20en%20la%20adolescencia%20y%20en%20la%20%20mujer%200anosa.pdf.

42. Mondragon F, Ortiz. Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes. Rev Per Ginecol obstet. 2005; 2(12): p. 110-6.
43. Mayer L, Barrías A, Barboza , Fochesatto. Complicaciones perinatales y vía de parto en recién nacidos de madres adolescentes tempranas y tardías. Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina. 2006; 160: p. 1-4.
44. López E. Complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital —Homero Castanier Crespoll en el periodo enero diciembre 2008. Cuenca: Facultad de Ciencias Medicas; 2008.
45. Hernández J, García L, Hernández D, Rendón S, Dávila B, Suárez R. Resultados perinatales y maternos de los embarazos en edad madura. Rev Cuba Obstet Ginecol. 2001; 27: p. 108-13.
46. Bendezú G. Gestación en edad avanzada. Ginecol Obstet (Perú). 2001; 47(3): p. 166-70.
47. Bustillos-Villavicencio J, Giacomini-Carmioli L. Morbimortalidad materno fetal en embarazos de mujeres mayores de 35 años. Rev. costarric. cienc. méd. 2004; 25: p. 1-2.
48. MINSA. Salud Materna. [Online]. [cited 2015]. Available from: http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_77.asp.
49. Gutarra Cerrón FV. Conceptos básicos de obstetricia. [Online].; 2011 [cited 2015 Abril 15]. Available from: <http://es.slideshare.net/vigutaunt2011/conceptos-bsicos-de-obstetricia>.
50. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Guía de salud. Lima: MINSA; 2004.
51. Ma Lovo G. Conceptos generales de obstetricia. [Online].; 2013 [cited 2016 Abril 15]. Available from: http://es.slideshare.net/Dra_Lovo/conceptos-basicos-de-obstetricia-31250114.
52. WIKIPEDIA. Mortalidad materna. [Online].; 2016 [cited 2016 Abril 15].

Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/Mortalidad_materna.

53. WIKIPEDIA. mortalidad perinatal. [Online].; 2016 [cited 2016 Abril 15].

Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/Muerte_perinatal.

ANEXOS

- Matriz de Consistencia
- Ficha de Recolección de Datos

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Prevalencia de complicaciones materno perinatales en las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, de enero - julio del año 2016.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>PROBLEMA PRINCIPAL ¿Cuál es la prevalencia de complicaciones materno perinatales en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero - julio 2016?</p> <p>PROBLEMAS SECUNDARIOS P.S.1 ¿Cuál es la prevalencia de complicaciones materno perinatales según el grupo etario de gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero - julio del año 2016??</p> <p>P.S.2 ¿Cuál es la prevalencia de complicaciones materno perinatales según el grado de instrucción de gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero - julio 2016?</p> <p>P.S.3 ¿Cuál es la prevalencia de complicaciones materno perinatales según el lugar de procedencia de gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero - julio 2016?</p> <p>P.S.4 ¿Cuál es la prevalencia de complicaciones materno perinatales según el estado civil de gestantes</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar la prevalencia de complicaciones materno perinatales en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero - julio 2016.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS O.E.1 Conocer la prevalencia de complicaciones materno perinatales según el grupo etario de gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero - julio 2016.</p> <p>O.E.2 Conocer la prevalencia de complicaciones materno perinatales según el grado de instrucción de gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero - julio 2016.</p> <p>O.E.3 Conocer la prevalencia de complicaciones materno perinatales según el lugar de procedencia de gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero - julio 2016.</p> <p>O.E.4 Conocer la prevalencia de complicaciones materno perinatales según el estado civil de gestantes</p>	<p>De acuerdo con la naturaleza y los objetivos del presente estudio, por ser descriptivo, no requiere del planteamiento de hipótesis. Al respecto, los estudios descriptivos por el hecho de que están enfocados en la caracterización de un hecho, fenómeno o grupo con el fin de establecer su estructura o comportamiento no requieren de hipótesis.</p> <p>Sin embargo, tal característica no le resta importancia científica ya que sirven como base cognoscitiva para estudios analíticos y experimentales en donde si es necesario el planteamiento de hipótesis. En efecto, los estudios descriptivos por su alcance solo requieren de una estadística descriptiva y no inferencial, ya que no tienen hipótesis.</p>	<p style="text-align: center;">V.I.:</p> <p style="text-align: center;">Prevalencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad de la gestante. - Grado de instrucción de la gestante. - Lugar de procedencia de la gestante. - Estado civil de la gestante. - Número de gestaciones. - Paridad de la gestante. <p style="text-align: center;">V.D.:</p> <p style="text-align: center;">Complicaciones materno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anemia. - Infecciones del tracto urinario. - Parto prematuro. - Ruptura prematura de membrana. - Trastornos hipertensivos del embarazo. 	<p>Tipo: Investigación de tipo observacional, retrospectiva, transversal y descriptiva.</p> <p>Nivel: Investigación de nivel descriptivo.</p> <p>Método: El método empleado en el presente estudio será el inductivo, ya que busca analizar cada variable individualmente y sobre ello se tomarán conclusiones finales.</p> <p>Población: Está conformada por 1562 gestantes que tuvieron complicaciones materno perinatales en el periodo comprendido entre enero y julio del 2016 en el Hospital Regional de Ica.</p> <p>Muestra: 308 gestantes que tuvieron complicaciones materno perinatales en el periodo comprendido entre enero y julio del 2016 en el Hospital Regional de Ica.</p>

<p>atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero - julio 2016?</p> <p>P.S.5 ¿Cuál es la prevalencia de complicaciones materno perinatales según el número de gestaciones en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, de enero - julio 2016?</p> <p>P.S.6 ¿Cuál es la prevalencia de complicaciones materno perinatales según la paridad en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero - julio 2016?</p>	<p>atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero - julio 2016.</p> <p>O.E.5 Conocer la prevalencia de complicaciones materno perinatales según el número de gestaciones en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero - julio 2016.</p> <p>O.E.6 Conocer la prevalencia de complicaciones materno perinatales según la paridad en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero – julio 2016.</p>		<p>Complicaciones perinatales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recién nacido pretermino. - Macrosómicos. - Bajo peso al nacer. - VIH. - Sepsis neonatal. 	<p>Criterios de Inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica. ✓ Gestantes atendidas en el periodo comprendido entre enero y julio del 2016. ✓ Gestantes que han tenido complicaciones materno perinatales. ✓ Gestantes con historias clínicas legibles. <p>Criterios de Exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestantes que no han sido atendidas en el Hospital Regional de Ica. ✓ Gestantes atendidas fuera del periodo comprendido entre enero y julio del 2016. ✓ Gestantes con historias clínicas ilegibles. ✓ Gestantes sin complicaciones materno perinatales. <p>Técnica: Observación, análisis cuantitativo de documentos y fichaje.</p> <p>Instrumento: Ficha epidemiológica y fichas de investigación.</p>
---	--	--	--	---

ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha de epidemiológica sobre la prevalencia de complicaciones materno perinatales en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica, enero – julio 2016

Nº HC _____ Fecha: ____/____/____ Hora: _____

1. Grupo etario al que pertenece la gestante

De 12 a 14 años () De 15 a 19 años ()
De 20 a 35 años () > de 35 años ()

2. Grado de instrucción que posee la gestante

Analfabeta () Primaria () Secundaria ()
Superior no universitaria () Superior universitaria ()

3. Lugar de procedencia de la gestante

Zona rural () Zona urbana ()

4. Estado civil de la gestante

Soltera () Casada () Conviviente ()

5. Numero de gestiones

Nº _____ Nº _____ Nº _____
Primigesta Multigesta Gran Multigesta
(1 gestación) (de 2 a 5 gestaciones) (> de 5 gestaciones)

6. Paridad de la gestante

Nº _____ Nº _____ Nº _____
Nulípara Primípara Multípara
(0 parto o cesárea) (1 parto) (> de 2 partos)

Complicaciones materno perinatal frecuentes en las gestantes		
Enfermedad hipertensiva del embarazo	Si ()	No ()
Anemia	Si ()	No ()
Hemorragia post parto	Si ()	No ()
Desprendimiento prematuro de placenta	Si ()	No ()
Rotura prematura de membranas	Si ()	No ()
Labor de parto disfuncional	Si ()	No ()
Restricción del crecimiento intrauterino	Si ()	No ()
Infección del tracto urinario	Si ()	No ()
Parto prematuro	Si ()	No ()
Otras:		

Investigadora: Jenniffer Geraldine Torres Melgar