

**UNIVERSIDAD DE HUANUCO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

PROGRAMA ACADÉMICO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN  
MONITOREO FETAL Y ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA



**UDH**  
UNIVERSIDAD DE HUANUCO  
<http://www.udh.edu.pe>

**TESIS**

---

**“GANANCIA DE PESO MATERNO COMO FACTOR DE RIESGO  
PARA DESARROLLAR COMPLICACIONES EN LA GESTANTE –  
CENTRO DE SALUD PERÚ COREA – HUÁNUCO 2019”**

---

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD EN MONITOREO FETAL Y ECOGRAFÍA  
OBSTÉTRICA

AUTORA: Briceño Quijano, Larissa Soledad

ASESORA: Sinche Alejandro, Marisol

HUÁNUCO – PERÚ

2021

# U

### TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis ( X )
- Trabajo de Suficiencia Profesional ( )
- Trabajo de Investigación ( )
- Trabajo Académico ( )

**LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:** Salud pública  
**AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN** (2018-2019)

### CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

**Área:** Ciencias médicas, Ciencias de la salud

**Sub área:** Medicina clínica

**Disciplina:** Obstetricia, Ginecología

# D

### DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: segunda especialidad en monitoreo fetal y ecografía obstétrica

Código del Programa: P40

Tipo de Financiamiento:

- Propio ( X )
- UDH ( )
- Fondos Concursables ( )

### DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 40771175

### DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22489669

Grado/Título: Magister en gestión pública

Código ORCID: 0000-0001-5710-8424

### DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Toscano Poma, Edilberto	Doctor en ciencias de la salud	22404044	0000-0002-3883-9480
2	Marcelo Armas, Maricela Luz	Doctora en ciencias de la salud	04049506	0000-0001-8585-1426
3	Quiroz Tucto, Mariella Mariyu	Maestra en ciencias de la salud con mención en salud pública y docencia universitaria	41168800	0000-0002-4216-1553

# H



## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco siendo las 11:30 horas del día 14 del mes de septiembre del año 2021, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Títulos de la Segunda Especialidad, de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, se reunió el jurado calificador integrado por los siguientes docentes:

- Dr. Edilberto Toscano Poma, **Presidente**.
- Mg. Maricela Marcelo Armas, **Secretaria**.
- Mg. Mariella Quiroz Tucto, **Vocal**.

Nombrados mediante RESOLUCIONES N° 1334-2019-D-FCS-UDH de fecha 13 de setiembre del 2021, para evaluar la Tesis intitulada: **“GANANCIA DE PESO MATERNO COMO FACTOR DE RIESGO PARA DESARROLLAR COMPLICACIONES EN LA GESTANTE – CENTRO DE SALUD PERÚ COREA – HUÁNUCO 2019”**, presentado por doña: **Larissa Soledad BRICEÑO QUIJANO**, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional mención en Monitoreo Fetal y Ecografía Obstétrica.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: Exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las interrogantes formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) **Aprobada** Por **Unanimidad** con el calificativo cuantitativo de **16** y cualitativo de **Bueno**

Siendo las 12:00 pm horas del día 14 de setiembre del año 2021, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

\_\_\_\_\_  
**PRESIDENTE**

Dr. Edilberto Toscano Poma

\_\_\_\_\_  
**SECRETARIA**

Dra. Maricela Marcelo Armas

\_\_\_\_\_  
**VOCAL**

Mg. Mariella Quiroz Tucto

## **DEDICATORIA**

Dios por todas las bendiciones que me brinda, mis padres a quienes les debo todo lo que soy, a mis hijos Emir y Nathalie quienes son mi motor y motivo para superarme cada vez más.

## **AGRADECIMIENTO**

A nuestra alma Mater Universidad de Huánuco, por haber impartido esta especialidad y a su Maestros por sus savias enseñanzas a lo largo de la preparación de nuestra especialidad.

La Investigadora

# ÍNDICE

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
ÍNDICE.....	iv
ÍNDICE DE CUADROS.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS .....	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	viii
RESUMEN.....	ix
SUMMARY.....	x
INTRODUCCIÓN .....	xi
CAPITULO I.....	12
1 PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN .....	12
1.1 Descripción del problema.....	12
1.1.1 Formulación del Problema .....	12
1.1.2 Problemas Específicos.....	13
1.2 Objetivo General .....	13
1.3 Objetivos Específicos .....	13
1.4 Trascendencia de la Investigación .....	13
CAPITULO II.....	15
2 MARCO TEÓRICO.....	15
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	15
2.1.1 Internacionales.....	15
2.1.2 Nacionales .....	17
2.1.3 Locales.....	19
2.2 Bases Teóricas.....	21
2.2.1 Ganancia de Peso Materno .....	21
2.2.2 Riesgos Obstétricos .....	23
2.2.3 Complicaciones en la Gestante .....	23
2.3 Definiciones Conceptuales.....	30
2.4 Sistema de Hipótesis Hipótesis de Investigación .....	30
2.4.1 Hipótesis Nula .....	31
2.4.2 Hipótesis estadística de correlación:.....	31
2.5 Operacionalización de Variables .....	31

2.5.1 Variable Independiente: .....	31
2.5.2 Variable Dependiente:.....	31
2.6 Operacionalización:.....	32
CAPITULO I.....	33
3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
3.1 Tipo de Investigación.....	33
3.1.1 Enfoque:.....	33
3.1.2 Nivel: .....	33
3.1.3 Tipo .....	33
3.1.4 Diseño:.....	33
3.2 Población y Muestra.....	34
3.2.1 Población .....	34
3.2.2 Población Muestral.....	34
3.2.3 Criterios de selección:.....	34
3.2.4 Delimitación geográfica, temporal y temática.....	34
3.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	35
3.3.1 Interpretación de Datos y Resultados .....	35
3.4 Técnicas para el Procesamiento y Análisis de la Información.....	35
3.4.1 Análisis y datos, prueba de hipótesis .....	35
CAPITULO.....	37
4 RESULTADOS .....	37
4.1 Descripción de la realidad observada .....	37
4.2 Estadígrafos de la investigación:.....	48
DISCUSIÓN .....	50
CONCLUSIONES .....	51
RECOMENDACIONES.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
ANEXOS.....	57

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1 GANANCIA DE PESO MATERNO POR TRIMESTRES Y PESO INICIO DE LA GESTACIÓN.....	48
Cuadro N° 2 GANANCIA DE PESO MATERNO POR TRIMESTRES Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN LA GESTANTE.....	49



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 EDAD Y NIVEL EDUCATIVO .....	37
Tabla N° 2 EDAD Y PROCEDENCIA .....	37
Tabla N° 3 EDAD Y ESTADO CIVIL .....	38
Tabla N° 4 EDAD Y GESTA .....	40
Tabla N° 5 EDAD Y PERIODO INTERGENÉSICO.....	41
Tabla N° 6 EDAD Y ANTECEDENTE DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO....	42
Tabla N° 7 EDAD Y PESO ANTES DEL EMBARAZO .....	43
Tabla N° 8 PESO INICIO DE GESTACIÓN Y GANANCIA PESO TRIMESTRES.....	44
Tabla N° 9 GANANCIA DE PESO POR TRIMESTRES Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EL EMBARAZO .....	45
Tabla N° 10 GANANCIA DE PESO POR TRIMESTRES Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EL PARTO.....	46
Tabla N° 11 GANANCIA DE PESO POR TRIMESTRES Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EL PUERPERIO.....	47

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1 Edad y nivel educativo .....	37
Figura N° 2 Edad y procedencia .....	38
Figura N° 3 Edad y estado civil .....	39
Figura N° 4 Edad y gesta .....	40
Figura N° 5 Edad y periodo intergenésico .....	41
Figura N° 6 Edad y antecedente de alto riesgo obstétrico .....	42
Figura N° 7 Edad y peso antes del embarazo .....	43
Figura N° 8 Peso inicio de gestación y ganancia peso trimestres .....	44
Figura N° 9 Ganancia de peso por trimestres y complicaciones obstétricas en el embarazo .....	45
Figura N° 10 Ganancia de peso por trimestres y complicaciones obstétricas en el parto .....	46
Figura N° 11 Ganancia de peso por trimestres y complicaciones obstétricas en el puerperio .....	47

## RESUMEN

Investigación denominada titulada: Ganancia de peso materno como factor de riesgo para desarrollar complicaciones en la gestante. Centro de Salud Perú Corea – Huánuco, 2019; el objetivo fue relacionar la variable ganancia de peso y complicaciones en la gestante, específicamente conocer los datos basales, conocer la ganancia de peso por trimestres gestacionales e identificar las complicaciones obstétricas en la gestante durante el embarazo, parto y puerperio; diseño fue epidemiológico, no experimental descriptivo, nivel correlacional, tipo transversal y retrospectivo, muestra 100 expedientes clínicos. Resultados: 1. Datos basales de la gestante, edad adolescente con secundaria completa (49%), adulta con nivel secundaria (21%), añosa con nivel técnico (15%); gesta: primigesta (49%), multigesta (51%), periodo intergenésico corto (36%), largo (15%), antecedentes de alto riesgo obstétrico (51%), peso antes del embarazo: bajo peso (49%), sobre peso (51%). 2. Ganancia de peso materno por trimestres: Bajo peso (49%), peso alto (51%). 3. Complicaciones obstétricas: Embarazo, amenaza de parto pre término (28%), diabetes mellitus (30%), EHE (21%), RPM (21%); parto: DPPNI

(14%), atonía uterina (14%); puerperio: Desgarros perineales (85%). La hipótesis fue probada mediante Rho Spearman = ,412 [OR= 8,51], indicándonos que las alteraciones en la ganancia de peso materno llevan al riesgo de presentar complicaciones obstétricas durante el puerperio, existiendo ocho veces la posibilidad de presentar un daño en su salud. Concluyendo que la ganancia de peso materno es un factor de riesgo para desarrollar complicaciones en la gestante.

**Palabras Clave:** Peso Materno, Factor de Riesgo, Complicaciones Obstétricas.

## SUMMARY

Research entitled: Maternal weight gain as a risk factor for developing complications in the pregnant woman. Peru Korea Health Center - Huánuco, 2019; The objective was to relate the variable weight gain and complications in the pregnant woman, specifically to know the baseline data, to know the weight gain by gestational trimesters and to identify obstetric complications in the pregnant woman during pregnancy, childbirth and the puerperium; The design was epidemiological, non- experimental, descriptive, correlational level, cross-sectional and retrospective, it shows 100 clinical records. Results: 1. Baseline data of the pregnant woman, adolescent age with complete secondary school (49%), adult with secondary level (21%), elderly with technical level (15%); pregnancy: first pregnancy (49%), multi-pregnancy (51%), short intergenetic period (36%), long (15%), history of high obstetric risk (51%), weight before pregnancy: low weight (49%), over weight (51%). 2. Maternal weight gain by trimester: Low weight (49%), high weight (51%).

3. Obstetric complications: Pregnancy, threatened pre-term delivery (28%), diabetes mellitus (30%), EHE (21%), PROM (21%); delivery: DPPNI (14%), uterine atony (14%); puerperium: perineal tears (85%). The hypothesis was tested using Rho Spearman = .412 [OR = 8.51], indicating that alterations in maternal weight gain lead to the risk of presenting obstetric complications during the puerperium, with eight times the possibility of presenting damage to her Health. Concluding that maternal weight gain was a risk factor for developing complications in the pregnant woman.

**Keywords:** Maternal Weight, Risk Factor, Obstetric Complications.

## INTRODUCCIÓN

La ganancia o la falta de peso de la mujer cuando está embarazada, lleva consigo a morbilidad durante el embarazo, parto y puerperio, siendo factores de riesgo a tenerlos en consideración con mayor énfasis; está demostrado que los hábitos alimenticios inadecuados conllevan al incremento o la falta de peso en la embarazada, investigando a la mujer en esta etapa con el objetivo de determinarlo si actúa como factor de riesgo para desarrollar complicaciones; conociendo los datos basales de la gestante, la ganancia de peso por trimestres e identificar las complicaciones obstétricas generadas por el incremento de peso; la investigación cuantitativa, descriptiva y retrospectiva; resultados arribados fueron: gestantes adolescentes con problemas de bajo peso presentaron complicaciones obstétricas durante el embarazo como amenaza de parto pre término, atonía uterina y desgarros perineales, también se observaron gestantes adolescentes con sobrepeso quienes desarrollaron patologías hipertensivas del embarazo; las gestantes adultas y añosas mayormente presentaron sobrepeso las que desarrollaron enfermedades hipertensivas, diabetes mellitus y atonía uterina; concluyendo que el peso de la gestante es un factor de riesgo a presentar complicaciones obstétricas tanto en el embarazo, parto y puerperio.

La investigación presenta las siguientes unidades: I. Planteamiento de la Investigación. II Marco teórico. III. Metodología de la Investigación. IV. Resultados. Discusión. Conclusiones. Recomendaciones. Referencias Bibliográficas. Apéndice y Anexos. Matriz de Consistencia.

# CAPITULO I

## 1 PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.1 Descripción del problema

El estado nutricional materno es un factor determinante en el crecimiento fetal y en el peso del recién nacido. Existe una relación directa entre la ganancia neta de peso materno y el peso del recién nacido. El adecuado peso al nacer es sinónimo de bienestar y salud del neonato, es decir, es un predictor del futuro del recién nacido.<sup>1</sup>

El estado nutricional materno al inicio del embarazo, y el incremento de este a lo largo de la gestación, son factores determinantes del peso del producto al nacer, el cual es probablemente el parámetro que se relaciona más estrechamente con la morbilidad perinatal, crecimiento antropométrico y el desarrollo psicomotor ulterior del recién nacido.<sup>2</sup>

Los pesos extremos como el bajo peso de la madre, puede llevar a patologías importantes en la salud de la mujer como anemia entre otros, y en el feto como la restricción de crecimiento intrauterino, el recién nacido pre término. La obesidad en la madre predispone al desarrollo de varias enfermedades crónicas tales como la hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II y las patologías que se asocian al momento del expulsivo, en el feto puede desarrollarse la macrosomía fetal<sup>3</sup>; la propuesta en la

presente investigación, lleva al planteamiento de la siguiente interrogante:

#### 1.1.1 Formulación del Problema

¿Cómo la ganancia de peso materno se convierte en factor de riesgo para desarrollar complicaciones en la gestante, Centro de Salud Perú

Corea – Huánuco, ¿2019?

### **1.1.2 Problemas Específicos**

1. ¿Cuáles son los datos basales de la gestante en estudio?
2. ¿Cuánto es la ganancia de peso materno por trimestres durante el embarazo?
3. ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas en la gestantedurante el embarazo, parto y puerperio?

### **1.2 Objetivo General**

Determinar la ganancia de peso materno como factor de riesgo para desarrollar complicaciones en la gestante. Centro de Salud Perú Corea – Huánuco, 2019.

### **1.3 Objetivos Específicos**

4. Conocer los datos basales de la gestante en estudio para relacionarlos con las complicaciones obstétricas.
5. Conocer la ganancia de peso materno por trimestres duranteel embarazo.
6. Identificar las complicaciones obstétricas en la gestantedurante el embarazo, parto y puerperio.

### **1.4 Trascendencia de la Investigación**

Teóricamente, la ganancia de peso materno anormal, ambos extremos de poca y excesiva cantidad conlleva a afrontarmorbilidad durante esta etapa. En el embarazo colinda con lasenfermedades hipertensiva y la anemia, durante el parto existeriesgo de anemia con consiguiente sangrado y desgarros, así comoel exceso de peso lleva a desgarros y detención del expulsivo, durante el puerperio a sangrado y atonía uterina. Así mismo son loscondicionantes a la morbimortalidad materno neonatal; la beneficiaria directa de esta investigación es la gestante, ya que unaprevención adecuada, llevará un embarazo, parto y

puerperio en óptimas condiciones, salvaguardando la vida de la madre y el niño por nacer.

Técnicamente, con este estudio conocemos los datos reales de la ganancia de peso materno por trimestres y esta información es relevante para la obstetricia. Con el contenido estadístico los Profesionales de la Obstetricia pueden mejorar la toma de decisiones con el fin de prevenir la morbilidad cuando el feto es de bajo peso y de peso incrementado.

Práctica, sirve conocer los indicadores epidemiológicos de los riesgos obstétricos e intervenir de manera adecuada en la atención

Prenatal ya que el éxito de la misma reside en la identificación temprana de las gestantes con factores de riesgo.



## CAPITULO II

### 2 MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes de la Investigación

##### 2.1.1 Internacionales

Kennedy, Hurtado Ibarra; Deivis, Rodríguez Cuadro; Evaristo, Navarro Manotas; et al. Colombia, 2018. Investigaron sobre “Análisis de los factores de riesgo de bajo peso al nacer a partir de un modelo logístico”, con el objetivo de estimar riesgos de nacer con bajo peso; utilizaron el diseño descriptivo, la muestra aleatoria fue de 200 registros de nacidos vivos, utilizaron como variables a medir riesgo: tiempo de gestación, consultas prenatales, tipo de parto, edad, número de hijos y número de embarazos. Resultados: se estimó que hay poco riesgo de nacer con bajo peso, cuando el nacimiento es el de un niño con menos de 36 semanas de gestación con 46 cm de talla. Por otra parte, el riesgo de nacer con peso deficiente es mayor, por lo general, en niñas con aproximadamente 48 cm de talla y de 39 semanas de gestación.<sup>4</sup>

Enrique, Ramón Arbués; Blanca, Martínez Abadía; Susana, Martín Gómez; España – 2017. Investigaron sobre “Ganancia de peso gestacional y retención de peso posparto en una cohorte de mujeres en Aragón” con el objetivo de describir la variable en mujeres pertenecientes a diferentes categorías de índice de masa corporal; para ello utilizaron el diseño descriptivo longitudinal en 301 mujeres. Resultados: 36,5% ganaron más peso del recomendado durante su embarazo y 90% retuvo peso hasta los seis meses del parto. Las mujeres con bajo peso presentaron mayor ganancia de peso durante el embarazo y retuvieron más peso en el posparto. La edad, la paridad, la historia de aborto, el IMC pre gestacional, origen geográfico y el lugar de residencia se asociaron de forma independiente con la ganancia de peso gestacional. La retención de peso posparto se relacionó de forma directa con la ganancia de peso gestacional. Conclusiones: IMC pregestacional es un factor

predicador de la ganancia de peso gestacional y la ganancia de peso gestacional, de la retención de peso posparto.<sup>5</sup>

Vivian Asunción, Álvarez Ponce; Frank Daniel, Martos Benítez. Cuba, 2015. Investigaron sobre “El sobrepeso y la obesidad como factores de riesgo para la pre eclampsia” con el objetivo de determinar la relación entre ambas variables como desencadenantes de complicaciones maternas y perinatales, utilizaron un estudio analítico de corte transversal de casos y controles. La muestra fue de 96 para ambos grupos. Resultados: 86,1 % presentó pre eclampsia con elementos de agravamiento. El índice de masa corporal fue significativamente mayor entre las pacientes con pre eclampsia que en el grupo control ( $p= 0,002$ ). Hubo proporción de obesidad entre las pacientes con pre eclampsia (48,5 % de ellas con ganancia exagerada de peso). La pre eclampsia se relacionó significativamente con las complicaciones maternas o perinatales combinadas (64,8 % vs. 46,2 %;  $p= 0,029$ ). Concluyendo que: el incremento del índice de masa corporal influye en el riesgo de pre eclampsia y esta a su vez en los adversos resultados maternos y perinatales.<sup>6</sup>

José Ramón, Urdaneta Machado; Marielis, Lozada Reyes; Maritza, Cepeda de Villalobos; et al. Venezuela, 2015. Realizaron la investigación titulada “Anemia materna y peso al nacer en productos de embarazos a término”, con el objetivo de relacionar la anemia materna con el peso al nacer; el método utilizado fue cuantitativo, diseño descriptivo no experimental, nivel relacional c y transversal, con una muestra de 200 embarazadas. Resultados: Los valores de hemoglobina oscilaban entre 8,4 g/dl y 11,6 g/dl. El peso del RN estuvo disminuido en 12,39% al compararse con los pesos de los neonatos de madre sin anemia. Concluyendo que existe una relación directa, proporcional y significativa entre ambas variables.<sup>7</sup>

Mariana, Minjarez Corral; Imelda, Rincón Gómez; Yulia Angélica, Morales Chomina; et al. México, 2014. Realizaron la investigación denominada: “Ganancia de peso gestacional como factor de riesgo para

desarrollar complicaciones obstétricas”, el objetivo fue identificar el riesgo obstétrico de acuerdo al peso en el embarazo de la gestante; utilizando el diseño descriptivo, transversal y retrospectivo; los resultados fueron al incremento de peso: hipertensión, diabetes mellitus, varices, embarazos prolongados. Los resultados a la baja de peso: restricción en el crecimiento intrauterino, mayor porcentaje de complicaciones al nacimiento, anemia, infecciones urinarias y desórdenes en la lactancia. Concluyendo que existen factores que dificultan que la ganancia de peso sea la adecuada, entre los que se encuentra una edad mayor o igual a 40 años. La ganancia excesiva de peso que se puede mantener, e incluso aumentar después del embarazo, dificulta que la mujer regrese a su peso ideal.<sup>8</sup>

### **2.1.2 Nacionales**

José, Pacheco Romero; Lima – 2017; investiga sobre la “Gestación en la mujer obesa: consideraciones especiales”, donde determina que la obesidad sería el problema de salud más común en las mujeres en edad reproductiva. Los embarazos complicados con obesidad se relacionan con diabetes gestacional, pre eclampsia, parto pretérmino, partos instrumentados y cesáreas, así como infecciones y hemorragia en el posparto; así mismo el recién nacido tiene mayor riesgo de malformaciones congénitas, ser grande/macrosómico, complicarse con distocia de hombros y muerte fetal. Concluyendo que los problemas de salud relacionados en la madre y el hijo requieren trabajar antes de la concepción, para minimizar los riesgos.<sup>9</sup>

Miguel Alexander, Quintanilla Balbín; Lima – 2016, investigó sobre “Prevalencia de las principales complicaciones maternas en gestantes con sobrepeso u obesidad, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. El objetivo fue determinar la prevalencia de la patología en estudio; para lo cual utilizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, con una muestra de 177. Resultados: edad promedio 26 años, 71,2% con secundaria, 92,1% viven en callao, 69,5% son convivientes, y 58,8% son multíparas. Con sobrepeso 63,3% y obesidad

36,7%. La prevalencia de complicaciones fue hipertensión arterial 16,4%, parto prematuro 16,4%, ITU 13%, macrosomía fetal 10,7%, diabetes gestacional y embarazo múltiple 2,8%, infección posparto y hemorragia posparto 1,7%. Parto por cesárea 41,8% y la diabetes gestacional y macrosomía fetal fue significativamente mayor en mujeres con obesidad frente a sobrepeso. Conclusiones: observaron que aquellas gestantes con sobrepeso y obesidad presentan una prevalencia elevada de complicaciones maternas comparado con la población en general.<sup>10</sup>

Erika Allakelly, Martínez Manco; Ica – 2016, investiga sobre “Anemia en gestantes y riesgos obstétricos en el trabajo de parto en adolescentes de 13 a 18 años en el Hospital Rezolade Cañete, con el objetivo de hallar la incidencia de ambas variables, para ello fue el diseño descriptivo no experimental, con una muestra 120 historia clínicas. Los resultados fueron: 120 gestantes adolescentes con anemia (40%): Anemia severa (8,3 %), (15,8%) anemia moderada, (71,7%) anemia leve. (17,5%) amenaza de aborto, (12,5%) anemia en el primer trimestre de gestación, (70%) hiperémesis gravídica, (85,8%) infección del tracto urinario, (2,5%) hemorragia intraparto, (6,7%) trabajo de parto prolongado, (17,5%) retención placentaria, (73,3%) sin complicación. La investigadora concluye que a más baja sea la hemoglobina en una gestante adolescente mayor será las múltiples complicaciones que puedan presentar en la gestación o durante trabajo de parto.<sup>11</sup>

Lía Vany, Manrique Camasca; Ica – 2015. “Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes con sobrepeso y obesidad pre gestacional atendidas en el Hospital Rezola Cañete. La investigadora tuvo el objetivo: determinar ambas variables, utilizando un diseño descriptivo correlacional, retrospectivo de corte transversal, con una muestra de 420 gestantes. Resultados: 17,4% tuvieron diagnóstico de sobrepeso pre gestacional. 14,5 % gestantes tuvieron diagnóstico de obesidad. La complicación obstétrica más frecuente fue la infección del tracto urinario 24,8 %, seguido anemia 7,1% y en tercer lugar pre eclampsia en 4,8 %. La complicación perinatal más frecuente fue la macrosomía fetal 10,0 %, seguido de la hipoglicemia neonatal 3,6%.

Concluyendo que la complicación obstétrica más frecuente fue infección urinaria, mientras que la complicación perinatal más frecuente fue macrosomía fetal.<sup>12</sup>

Amadeo Ivanovich, Espinoza Venero; Gina Senndy, Romero Miranda. Lima – 2014, investigaron el Tema: “Correlación entre el estado nutricional materno y la ganancia de peso gestacional con macrosomía fetal en el Hospital Uldarico Rocca de Villa El Salvador”; con el objetivo de establecer la correlación entre ambas variables; utilizaron un estudio de diseño descriptivo, retrospectivo, y transversal con una muestra de 190 puérperas y sus recién nacidos. Resultados: 50% de los recién nacidos (n=95) tuvieron peso al nacer igual o > 4kg (macrosómicos). El 54% las madres (n= 102) presentaron sobrepeso u obesidad al inicio del embarazo mientras que el 57% (n= 108) ganó peso gestacional por encima de lo recomendado según su estado nutricional pre gestacional. Se halló correlación positiva y significativa entre la ganancia de peso gestacional y peso al nacer ( $p < 0.05$ ). Conclusiones: Existe correlación positiva y significativa entre la ganancia de peso gestacional y peso al nacer.<sup>13</sup>

### **2.1.3 Locales**

Magaly Cynthia, Berrospi Zevallos; Vilma, Llanto Cuenca. Huánuco – 2014, las investigadoras realizaron el estudio denominado: “Influencia del nivel de hemoglobina en gestantes con el peso al nacer- Hospital Carlos Showing Ferrari”, con el objetivo de relacionar los niveles de hemoglobina registrada durante el embarazo con el peso del recién nacido, para la cual utilizaron un enfoque cuantitativo, diseño descriptivo de tipo descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo; la población muestral fue 109 historias clínicas. Resultados: De las 109 madres gestantes, el 7,3% (8) han tenido anemia en el primer trimestre del embarazo, el 25,7% (28) han tenido anemia en el segundo trimestre del embarazo, el 44,0% (48) han tenido anemia en el tercer trimestre del embarazo y el 66,1% (72) han tenido anemia al final del embarazo. El peso promedio de los recién nacidos es 3285g. El [95,4% (104)]

tienen peso adecuado (entre 2500 a 4000 g.), el [2,8% (3)] tienen peso superior 4000 g.; y en menor proporción [1,8 (2)] con bajo peso al nacer (menor de 2500g.) Al relacionar las dos variables (nivel de hemoglobina y bajo peso), mediante el análisis de correlación (r Pearson) no encontramos relación en ninguno de los trimestres de embarazo ni al final de la misma. Conclusiones: No existe relación entre los niveles de hemoglobina durante la gestación y el peso del recién nacido.<sup>14</sup>

Guerilyn Yisenia, Rodríguez Riquez; Jennifer Katherine, Cervantes Cabrera; Pucallpa -2017; “Obesidad materna y su relación con complicaciones obstétricas en gestantes del tercer trimestre. Puesto de Salud Dos de Mayo”, con el objetivo de conocer la relación de existencia entre ambas variables, con un tipo de estudio de diseño descriptivo, retrospectivo, transversal, nivel relacional, la muestra por 40 gestantes. Los principales resultados fueron: infección del tracto urinario 70%, seguido por pre eclampsia 20%; diabetes 2,5%, dislipidemia 2,5%; Sufrimiento fetal 2,5% y varices vulvar 2,5%. El grado de obesidad donde se encontró mayor cantidad de complicaciones obstétricas es el Grado I. Concluyendo que existe correlación en el tema investigado.<sup>15</sup>

Zoila Elvira, Miraval Tarazona; Huánuco – 2015; investigó el tema: “Anemia en las gestantes y su influencia en el peso de los recién nacidos de las usuarias del Centro De Salud Aparicio Pomares”, con el objetivo de determinar el grado de anemia y su influencia en el peso de los recién, cuyo método y nivel de investigación fue descriptivo, correlacional retrospectivo y transversal, con una muestra de 120 gestantes. Resultados: 92% presentaron el grado de anemia leve y 37% de recién nacidos presentaron un peso menos de 2 500 gramos.<sup>16</sup>

Ángela Vanessa, Pinedo Araujo. Tingo María – 2019, investiga sobre “Factores de riesgo asociados al sobrepeso y obesidad en las gestantes atendidas en los consultorios de materno Hospital Tingo María – Huánuco, con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a ambas variables, en un estudio con enfoque cuantitativo, tipo observacional descriptivo, corte transversal, la muestra estuvo

conformada por 50 gestantes. Resultados: 18 a 29 años (50%), procedencia del área urbana (56%), ocupación ama de casa (58%), ingreso económico 52% entre s/.500-s/.1000; estilos de vida en relación a los hábitos alimenticios; en relación a la actividad física no realiza ningún deporte (44%), asiste a psicoprofilaxis (30%) y practica algún deporte (26%); el IMC pre gestacional fue normal (50%), sobrepeso (30%), obeso (12%), obesa clase II (4%) y obesa clase III (4%). Concluyendo que los factores asociados al embarazo actual son los que mostraron estar más presentes como factores de riesgo para la prevalencia de sobrepeso y obesidad en gestantes.<sup>17</sup>

Liseth Roxana, Quispe Huamani; Huánuco - 2018, investiga sobre: "Relación entre el estado nutricional de las gestantes y el peso del recién nacido en pacientes atendidos en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari", con el objetivo de determinar su relación entre ambas variables; el estudio fue observacional, retrospectivo, transversal, con un diseño correlacional. Resultados: edad promedio 26,42 años. 34,2% estado nutricional gestacional normal, 32,5% sobrepeso, 30% obesidad y 3,3% bajo peso. El peso promedio de los recién nacidos 3 273 gramos, 50% tuvieron pesos mayores a 3 305

gramos, peso mínimo 1 440 gramos y peso máximo 4 270 gramos. Concluyendo que existe relación entre el estado nutricional de las gestantes y el peso del recién nacido.<sup>18</sup>

## **2.2 Bases Teóricas**

### **2.2.1 Ganancia de Peso Materno**

Las primeras recomendaciones para la ganancia de peso durante el embarazo fueron en los años noventa, ya que en el embarazo ocurren cambios importantes muy relacionados con el peso, sobre todo porque alberga a un nuevo ser con sus anexos; en la actualidad se aprecia que cada vez hay más mujeres con sobrepeso u obesidad que se embarazan, e igualmente se ha incrementado el número de mujeres con enfermedades crónicas, que resulta en una salud deteriorada en los años

posteriores al embarazo.<sup>19</sup>

La tendencia actual es determinar la ganancia de peso ideal de acuerdo con el índice de masa corporal previo a la gestación. Las embarazadas con bajo peso deben aumentar más kilogramos para recuperar su estado nutricional, mientras que las embarazadas que comienzan la gestación con exceso de peso deben limitar el aumento, aunque no se aconseja un incremento menor a 6 kg en casos de obesidad. Para las embarazadas de baja talla (menos de

157 cm) se sugieren como ideales los límites inferiores de los intervalos de ganancia de peso, mientras que para las gestantes adolescentes y las de raza negra los límites superiores serían los aconsejados.<sup>20</sup>

Es de notar que el problema de la obesidad se presenta principalmente en las poblaciones de bajo nivel socioeconómico y que también guarda una estrecha relación con las razas. Así, el grupo con tendencia a ganar más peso en el embarazo son negras, no hispanas, con el 48,8%, seguido de un 38,9% que representan las hispanas y finalmente las mujeres blancas con el 31,3%. Sin embargo, las mujeres hispanas tienen en general más éxito que las mujeres blancas o negras para perder peso después del parto.<sup>21</sup>

Un control prenatal correcto, una adecuada clasificación nutricional, la elaboración de una dieta y las indicaciones adecuadas del personal de las instituciones de salud son puntos clave para lograr un régimen alimenticio adecuado en la gestante que permitiría evitar un incremento excesivo de peso en la embarazada, reduciendo el riesgo de obesidad que en los últimos años se ha duplicado.

El efecto del estado nutricional materno antes del embarazo sobre el producto de la concepción es de gran importancia para la salud pública. El incremento de la prevalencia de obesidad entre niños y adultos en varios países constituye una seria amenaza potencial para la salud de esas poblaciones.<sup>22</sup>



Los resultados de los estudios existentes hasta el momento de mujeres inscritas a mitad de su embarazo o después del parto sugieren que un aumento excesivo de peso durante la gestación

puede estar asociado con niveles elevados del índice de masa corporal antes del embarazo.

### **2.2.2 Riesgos Obstétricos**

Es toda la característica asociada a una probabilidad mayor de sufrir un daño en la salud durante el embarazo, parto o puerperio.<sup>23</sup> Entonces el factor de riesgo es la circunstancia, atributo o característica que aumenta la probabilidad de enfermar.<sup>24</sup>

Los factores de riesgo son innumerables y su importancia puede ser mayor o menor, más cuando en una gestante pueden concurrir varios factores, con mayor efecto sobre el producto.

La valoración del riesgo es un proceso dinámico, ya que se puede incrementar, disminuir o mantener sin variaciones, de ahí la necesidad de la evaluación continua de toda gestante.

La importancia y el valor del factor de riesgo para la medicina preventiva dependen del grado de asociación con el daño a la salud, de la frecuencia del factor de riesgo en la persona y de la posibilidad de prevenirlo.<sup>25</sup>

Desde el punto de vista materno existen patologías asociadas durante el embarazo, parto y puerperio; desde el punto de vista perinatal también existe patologías asociadas; ambas pueden llevar a la morbimortalidad y mortalidad.

### **2.2.3 Complicaciones en la Gestante**

Las complicaciones en la gestante debido a la falta de peso y al exceso de peso, pueden presentarse durante la primera mitad,segunda mitad del embarazo, durante el parto y durante el puerperio.

La obesidad se asocia con menor fertilidad y mayor tiempo para concebir, y los embarazos complicados con obesidad se relacionan con la diabetes gestacional, pre eclampsia, parto pre término, partos instrumentados o cesáreas, infecciones y hemorragias postparto; además, existe mayor riesgo de malformaciones congénitas en sus hijos, fetos grandes, distocia de hombros y muerte fetal. También las placentas son más gruesas y hay menor eficiencia en el flujo vascular, en comparación con la placenta de la gestante sin obesidad. Además, las mujeres obesas tienen mayor riesgo de retención del peso en el posparto y complicaciones en el siguiente embarazo.<sup>26</sup>

La obesidad se relaciona con la enfermedad cardiovascular, infarto cerebral, diabetes tipo II y ciertos tipos de cáncer; muchas de estas entidades clínicas son prevenibles. También, la obesidad materna se asocia con mayor riesgo de muerte prematura y enfermedad cardiovascular. Por ello, la gestación es un buen momento en el que la acuciosidad del ginecoobstetra determinará si la gestante espone a alguna de estas enfermedades por línea hereditaria o si

ya presenta marcadores pronósticos de estos problemas clínicos. Las parturientas obesas se pueden beneficiar de un tamizaje de riesgo cardiovascular para detectarlo tempranamente y hacer prevención secundaria de morbilidad cardiovascular. La resistencia a la insulina está implicada en la patogénesis de la enfermedad cardíaca isquémica, diabetes mellitus tipo II e hipertensión esencial, las que, si concurren con obesidad, se les denomina síndrome metabólico. El embarazo normalmente se relaciona con resistencia a la insulina progresiva desde el segundo trimestre, padeciendo en el tercer trimestre a la resistencia a la insulina de la diabetes mellitus tipo II.<sup>27</sup>

**1. Amenaza de parto pre término<sup>28</sup>.**- Es aquel que se produce entre las 22 y las 36 semanas 6 días después de la fecha de última menstruación. Su incidencia oscila entre el 5% (algunos países de Europa) y 18% (algunos países de África). Sin embargo, y a pesar de los recientes avances en obstetricia, de

65 países que disponen de datos fiables sobre tendencias, todos menos tres han registrado un aumento en las tasas de nacimientos prematuros en los últimos 20 años. En el Instituto Nacional Materno Perinatal, centro de referencia de la patología obstétrica en Perú, la tasa se mantiene entre 8 y 10 % en los últimos 8 años (2010-2018).

### **Causas:**

**Infección intrauterina:** es el único proceso en el que se ha podido demostrar una relación causal con el parto pre término. Se estima que al menos 40% de todos los partos pre términos ocurre en madres con infección intrauterina, la mayoría subclínica. Los microorganismos más comúnmente aislados son *Ureoplasma*, *Fusobacterium* y *Mycoplasma*. La frecuencia de cultivos positivos de líquido amniótico en pacientes con trabajo de parto pretérmino y membranas intactas es 12,8%, y con membranas rotas (RPM) se eleva hasta 32,4%.

**Isquemia uteroplacentaria:** la isquemia uterina aumenta la producción de renina en el útero y las membranas fetales tienen un sistema renina-angiotensina funcional. Cuando la isquemia uteroplacentaria es severa conduce a la necrosis decidual y hemorragia, la misma que genera trombina que puede activar la vía común del parto.

**Distensión uterina excesiva:** el polihidramnios y el embarazo múltiple se asocian a parto pretérmino espontáneo. El estiramiento uterino puede aumentar la contractilidad miometrial, la secreción de prostaglandinas, la expresión de conexina y la concentración de receptores de oxitocina en el miometrio.

**Enfermedad cervical:** puede ser consecuencia de un problema congénito (cuello uterino hipoplásico), traumatismo quirúrgico (conización cervical) o lesión traumática de la integridad estructural del cérvix (dilatación cervical) que produce incompetencia cervical durante el segundo trimestre del embarazo.

**Reacción anormal del aloinjerto:** algunas pacientes en trabajo de

parto pretérmino, en ausencia de infección tienen concentraciones elevadas del receptor soluble de IL-2, que son consideradas signo temprano de rechazo, en pacientes contrasplantes renales.

Fenómenos alérgicos: el útero es una fuente rica de mastocitos, cuya degranulación farmacológica induce contractilidad miometrial. Se ha detectado eosinófilos en líquido amniótico de pacientes en trabajo de parto pretérmino, lo que sugiere una respuesta inmunológica anormal producto de una reacción alérgica.

Trastorno endocrino: alteraciones en las concentraciones séricas maternas de estrógenos, progesterona, cortisol y sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAs) están involucradas en la génesis del parto pretérmino, ya sea en forma primaria o como consecuencia de procesos infecciosos.

Estrés materno, que es un elemento que activa prematuramente el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal dando inicio al parto pretérmino, ya sea aumentando los niveles séricos de estrógenos (que estimulan contracción miometrial) o disminuyendo la progesterona (que mantiene la quiescencia uterina). Los estresores maternos pueden ser tanto físicos como psicológicos, incluyendo ansiedad y depresión.

**2. La diabetes mellitus gestacional<sup>29</sup>.**- se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que es reconocida o identificada por primera vez en el embarazo. Esta DMG se asocia a consecuencias adversas en las mujeres y sus bebés, en el corto y largo alcance. La DMG está aumentando su prevalencia en el mundo, y se debe considerar estrategias como la dieta y el ejercicio para prevenirla. Así mismo la gestante que llega al embarazo con bajo peso y anemia como consecuencia el producto puede desarrollarse indebidamente, ocurriendo prematuridad y otras patologías.

**3. Enfermedad Hipertensiva del Embarazo<sup>30</sup>.**- Son complicaciones muy frecuentes consideradas causa importante de morbilidad y mortalidad materna y/o fetal. Sobre el manejo de la hipertensión

durante la gestación, las diversas guías actuales coinciden en tratar la presión arterial si es = 160/105- 110 mmHg por el elevado riesgo de accidente cerebrovascular

(*stroke*) asociado, y en normalizar la presión a < 140/90 si hay compromiso de órgano blanco. Sobre el tratamiento de la hipertensión leve-moderada, la evidencia concluye que reduce el riesgo de desarrollar hipertensión no controlada, pero no previene pre eclampsia.

- 4. Ruptura Prematura de Membranas<sup>31</sup>.**- Es la solución de continuidad de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto. Esta complicación del embarazo tiene una prevalencia del 10% de los embarazos y 20% de los casos ocurre en gestaciones de pretérmino. La RPM en embarazos de pretérmino es responsable de un tercio de los casos de partos prematuros y del 10% de las muertes perinatales; también se asocia a un aumento en la morbilidad materna infecciosa dada por corioamnionitis e infección puerperal.

Malak, et al., a través del estudio microscópico de membranas ovulares lograron definir una zona de morfología alterada extrema, caracterizada por un engrosamiento de la capa compacta, fibroblástica, esponjosa y reticular, reflejando desorganización del colágeno, edema, depósito de material fibrinoide, con un adelgazamiento en la capa trofoblástica y decidua. Lei, et al., determinaron que en esta zona ocurrían fenómenos de apoptosis en epitelio amniótico, degradación de la fracción ribosomal 28s y activación de metaloproteinasas.

- 5. Desprendimiento Prematuro de Placenta<sup>32</sup>.**- Se define como la separación parcial o completa de una placenta normalmente insertada antes del inicio del parto. Esto se produce en un 0,4- 1% de las gestaciones. Esta patología se asocia a una elevada morbimortalidad materno-fetal. Existen distintos factores de riesgo asociados con el desprendimiento prematuro de placenta. Entre

estos factores se encuentran: trastornos hipertensivos del embarazo, antecedentes de desprendimiento placentario o cesárea, diabetes, multiparidad, sobre distensión uterina (gestación múltiple o poli hidramnios), rotura prematura de membranas, traumatismos abdominales, consumo de tóxicos y trombofilias. En un elevado número de casos la causa del desprendimiento es desconocida. El diagnóstico se basa fundamentalmente en las manifestaciones clínicas. El empleo de la ecografía tiene una utilidad muy limitada para el diagnóstico debido a su baja sensibilidad. La actitud va a estar condicionada por el estado materno y fetal, el grado de desprendimiento placentario y la edad gestacional en el momento del diagnóstico. Se presenta un caso clínico de un desprendimiento prematuro de placenta normal insertada asociada a coagulación intravascular diseminada, útero de Couvelaire y atonía uterina debido a la mutación 620210 heterocigota en el gen de la protrombina.

6. **Placenta Previa**<sup>33</sup>.- Se conoce como placenta previa a la inserción de la placenta total o parcial en el canal del parto, o sea, en el segmento inferior y en el cuello, criterio mantenido por nuestras Normas. Múltiples causas se consideran responsables de su aparición, discutida por diferentes autores, estas son: multiparidad, alteraciones endometriales, abortos repetidos, la cesárea anterior, las sepsis ginecológicas, las malformaciones uterinas, etc., presentes por lo general una vez diagnosticada e incluso la bibliografía reciente destaca el hábito de fumar producto de la vascularización disminuida del endometrio, sobre todo en fondo y cuerpo, con casuística representativa en cuantía y en años.
7. **Atonía Uterina**<sup>34</sup>.- Se ha definido clásicamente como la falta de presentación de una contracción uterina eficaz durante el postparto. Generalmente se presenta durante el período de las primeras 24 horas postparto. Se ha llamado "tardía" a la hemorragia importante que se da en un período de tiempo posterior a ese primer día del puerperio.

**Desgarros Perineales<sup>35</sup>.**- El perineo es el área entre la vagina y el recto que puede desgarrarse durante el parto. En la práctica clínica, estos desgarros a menudo se suturan. El trauma obstétrico constituye la causa principal y casi exclusiva de las lesiones a nivel de la musculatura perineal con repercusión variable sobre la continencia fecal. La expulsión del feto ocasiona lesiones que pueden limitarse a la mucosa de la horquilla perineal, tegumentos, tejido celular subcutáneo o extenderse a estructuras musculares que intervienen en los mecanismos de defecación y continencia. Según su extensión y el grado de afectación muscular, se diferencian tres grados: Desgarro perineal de primer grado: interesa piel, tejido celular subcutáneo y músculos bulbo cavernoso y transversos superficiales y profundo.

Desgarro perineal de segundo grado: si se afecta el músculo elevador del ano.

Desgarro perineal de tercer grado: si se lesiona el mecanismo esfinteriano anal.

**8. Sub Involución Uterina del lecho uterino<sup>36</sup>.**- Es definido como la persistencia anormal de arterias útero placentarias de baja resistencia, en ausencia de restos placentarios. En condiciones fisiológicas existe un proceso espontáneo de involución del lecho placentario mediante la trombosis y obliteración de las arterias espirales y la fibrosis del propio lecho. Las arterias espirales sufren un proceso de hialinización que causa que la íntima de la pared arterial proliferare y la luz vascular se oblitere; a su vez, la mucosa endometrial recubre progresivamente el sitio donde estaba insertada la placenta. En este proceso

participan diferentes elementos: contracciones uterinas, decidualización y los factores de coagulación; todos intermedian para que la pérdida sanguínea sea mínima en el posparto. Cuando existe una subinvolución del lecho uterino no se produce el proceso

fisiológico de hialinización ni tampoco la proliferación de la íntima vascular; como consecuencia las arterias espirales permanecen abiertas y dan lugar a la imagen microscópica característica de esta entidad y ésta es la causada la hemorragia.

La fisiopatología apunta a una causa inmunológica en donde existiría una interacción anormal entre las células uterinas maternas y el trofoblasto fetal. Algunos autores, como Khong, et al, siguiendo en esta línea inmunológica, sugieren que podría relacionarse con alteraciones en la actividad del complemento o la sobreexpresión de genes apoptóticos, como la oncoproteína Bcl-2, que inhibiría la apoptosis de las células endoteliales, lo que se traduce en una no oclusión o sub oclusión de las arterias espirales.

### **2.3 Definiciones Conceptuales**

#### **✓ Ganancia de Peso Materno**

La ganancia de peso gestacional es un fenómeno complejo influenciado no sólo por cambios fisiológicos y metabólicos maternos, sino también por el metabolismo placentario, donde se observa el incremento de peso normal, bajo peso y exceso de peso.

#### **✓ Factor de Riesgos**

Eventos que posibilitan la presencia en un daño en la salud de la mujer embarazada.

#### **✓ Complicaciones en la Gestante**

Proviene en su etimología del latín “complicatōnis” con el significado de pliegue, o sea, de aquello que resulta en consecución de algo, constituyendo un problema de salud en la gestante.

### **2.4 Sistema de Hipótesis Hipótesis de Investigación**

**H<sup>a</sup>. La ganancia de peso materno es un factor de riesgo para desarrollar complicaciones en la gestante. Centro de Salud**



**Perú Corea – Huánuco, 2019.**

#### **2.4.1 Hipótesis Nula**

**H<sup>0</sup>. La ganancia de peso materno no es un factor de riesgo para desarrollar complicaciones en la gestante. Centro de Salud Perú Corea – Huánuco, 2019.**

#### **2.4.2 Hipótesis estadística de correlación:**

**Hi:  $r_{XY} \neq 0$  (ambas variables están correlacionadas).**

**Hi:  $r_{XY} = 0$  (“las dos variables no están correlacionadas”)**

### **2.5 Operacionalización de Variables**

#### **2.5.1 Variable Independiente:**

Ganancia de peso materno

#### **2.5.2 Variable Dependiente:**

Riesgo de Complicaciones

## 2.6 Operacionalización:

Variable		Dimensiones	Indicadores	Criterios de medición
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>	<b>Ganancia de Peso Materno</b>	Pre gestacional	Bajo de Peso	Cualitativo Nominal
			Peso Adecuado	
		Gestacional por Trimestres	Alto de Peso	
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>	<b>Riesgos de Complicaciones</b>	Embarazo	Anemia	Cualitativo Nominal
			Diabetes Mellitus	
			Enfermedad Hipertensiva del Embarazo	
		Parto	Ruptura prematura de membranas	
			Desprendimiento Prematuro de Placenta	
			Placenta Previa	
		Puerperio	Atonía Uterina	
			Desgarros perineales	
			Sub involución uterina	

# CAPITULO I

## 3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### 3.1 Tipo de Investigación

#### 3.1.1 Enfoque:

Deductivo Porque va de lo general a lo particular.

#### 3.1.2 Nivel:

Correlacional porque relaciona la ganancia de peso materno con las complicaciones en la gestante.

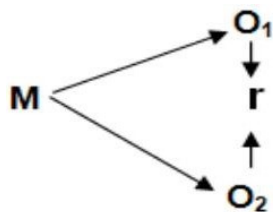
#### 3.1.3 Tipo

El estudio transversal porque los datos fueron recolectados en una sola ocasión y retrospectivo porque los hechos fueron recogidos de hechos pasados.

#### 3.1.4 Diseño:

Epidemiológico Descriptivo, porque inicialmente se plantea el estudio de los eventos adversos a la salud en población humana.

Diagrama:



Donde:

M = Muestra

O<sub>1</sub> = Observación de la V.1.

O<sub>2</sub> = Observación de la V.2.

r = Correlación entre dichas variables.

## **3.2 Población y Muestra**

### **3.2.1 Población**

Estuvo constituida por los partos ocurridos en el año 2019, siendo 624. Fuente: Dirección Regional de Salud Huánuco.

### **3.2.2 Población Muestral**

Para la selección de la muestra utilizaron el muestreo no probabilístico, bajo la modalidad intencionada, cumpliendo los criterios de selección; n = 100 pacientes.

### **3.2.3 Criterios de selección:**

Inclusión:

1. Gestantes controladas.
2. Gestantes con sobre peso
3. Gestantes de bajo peso
4. Gestantes que desarrollen complicaciones en el embarazo, parto y puerperio como resultado de problemas de peso.

**Exclusión:** gestantes que no estén integradas en la inclusión.

**Unidad de Análisis:** gestantes con ganancia de peso

Unidad de Muestreo: lista de gestantes

**Marco Muestral:** relación de gestantes

### **3.2.4 Delimitación geográfica, temporal y temática**

El estudio desarrollamos con información recabada en el Centro de Salud Perú Corea, ubicado en la Urbanización María Luisa AmarilisEste, Provincia y Región Huánuco.

### **3.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

**Técnica.** - Estudio documental: Historias Clínicas Maternas.

**Instrumentos:** Ficha de recolección de datos, donde se anotaron hechos tras de los datos, las historias clínicas perinatales están validadas, aprobadas y con la confiabilidad que del Ministerio de Salud del Perú.

#### **3.3.1 Interpretación de Datos y Resultados**

En la investigación, utilizamos la distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y medidas de variabilidad.

### **3.4 Técnicas para el Procesamiento y Análisis de la Información**

**Autorización,** gestionamos los permisos a la Dirección del Centro de Salud.

**Identificación de casos,** identificamos y seleccionamos las historias clínicas maternas de las gestantes.

**Aplicación de instrumentos,** la recolección de datos realizamos utilizando el instrumento validado por el MINSA.

**Digitación,** una vez obtenida la información fue digitada en una base de datos en el programa SPSS 25, la cual fue ingresada diariamente, para luego analizarlo.

**Archivo,** toda la documentación custodia la investigadora.

**Interpretación de datos y resultados:** Realizamos la revisión de los datos en forma crítica, cada uno de los instrumentos a utilizar; asimismo realizamos el control de calidad. Seguido a ello, se realizó la codificación de los datos según las variables de estudio.

#### **3.4.1 Análisis y datos, prueba de hipótesis**

**Análisis descriptivo.** Se realizaron de acuerdo a las características de cada una de las variables cualitativas.

**Análisis inferencial.** Se consideraron la prueba estadística Rho Spearman, valor  $p \leq 0,01$ ; el indicador epidemiológico OR.

# CAPITULO

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Descripción de la realidad observada

Los resultados sistematizados en tablas estadísticas y figuras, los mismos que facilitan el análisis e interpretación de datos.

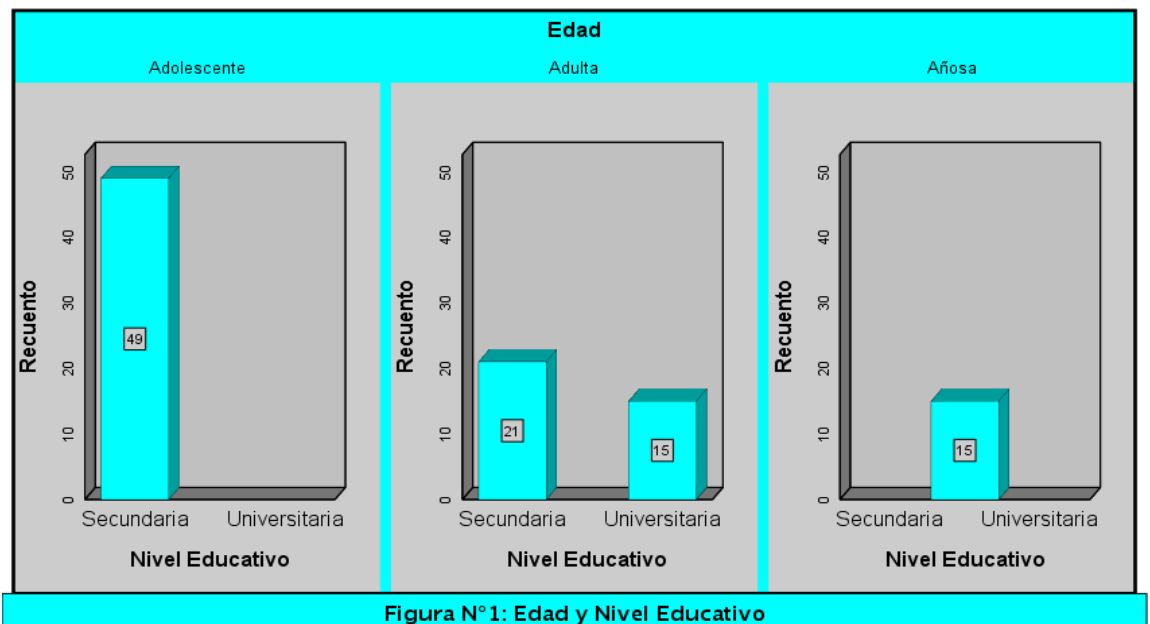
**Tabla N° 1 EDAD Y NIVEL EDUCATIVO**

Recuento		Nivel Educativo			Total
		Secundaria	Técnico	Universitaria	
Edad	Adolescente	49	0	0	49
	Adulta	21	0	15	36
	Añosa	0	15	0	15
Total		70	15	15	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

### Interpretación

La tabla y figura 1, muestran la edad con relación al nivel educativo de las gestantes estudiadas, siendo mayor porcentaje la edad adolescente con estudios secundarios (49%).



**Figura N° 1 Edad y nivel educativo**

**Tabla N° 2 EDAD Y PROCEDENCIA**

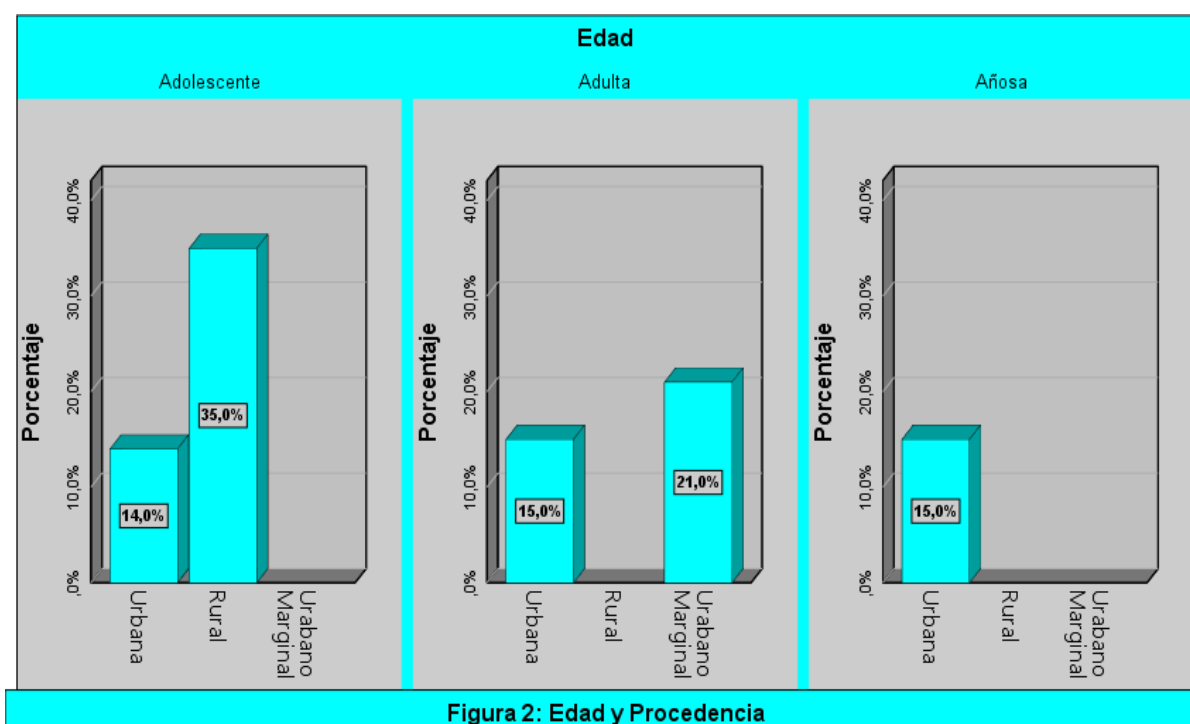
Recuento

Edad		Procedencia			Total
		Urbana	Rural	Urbano Marginal	
Adolescente		14	35	0	49
Adulta		15	0	21	36
Añosa		15	0	0	15
Total		44	35	21	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

### Interpretación

La tabla y figura 2, muestran la edad con relación a la procedencia, donde mayormente se encuentran las adolescentes que viven en la zona rural (35%), seguido de las adultas y añosas que viven en la zona urbana (15%).



**Figura N° 2** Edad y procedencia



**Tabla N° 3 EDAD Y ESTADO CIVIL**

Recuento

		Estado Civil		Total
		Soltera	Unión Estable	
Edad	Adolescente	14	35	49
	Adulta	0	36	36
	Añosa	0	15	15
Total		14	86	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

### Interpretación

La tabla y figura 3, muestran la edad con relación al estado civil de las gestantes estudiadas, donde el mayor número se concentra en las adultas (36%) convivientes, seguido de las adolescentes de unión estable (35%).



**Figura 3: Edad y Estado Civil**

**Figura N° 3 Edad y estado civil**

**Tabla N° 4 EDAD Y GESTA**

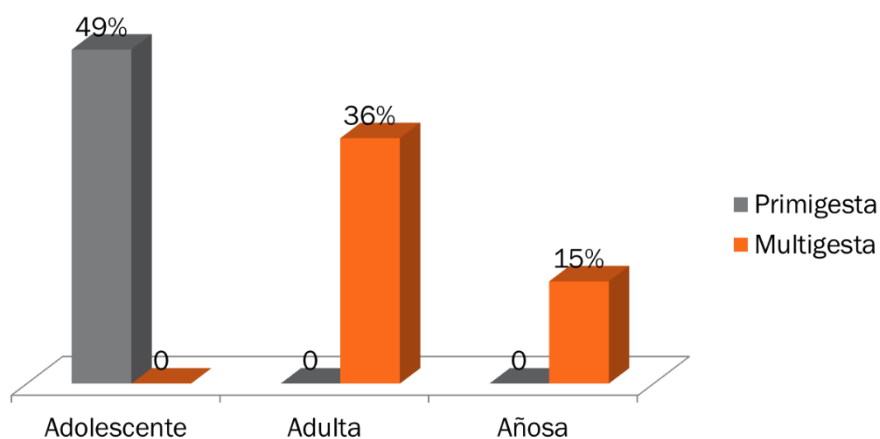
Recuento

		Gesta		Total
		Primigesta	Multigesta	
Edad	Adolescente	49	0	49
	Adulta	0	36	36
	Añosa	0	15	15
Total		49	51	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

### Interpretación

La tabla 4, muestra la edad y la gesta como dato basal obstétrico, donde las adolescentes en su mayoría son primigestas (49%).



**Figura N° 4** Edad y gesta

**Tabla N° 5 EDAD Y PERIODO INTERGENÉSICO**

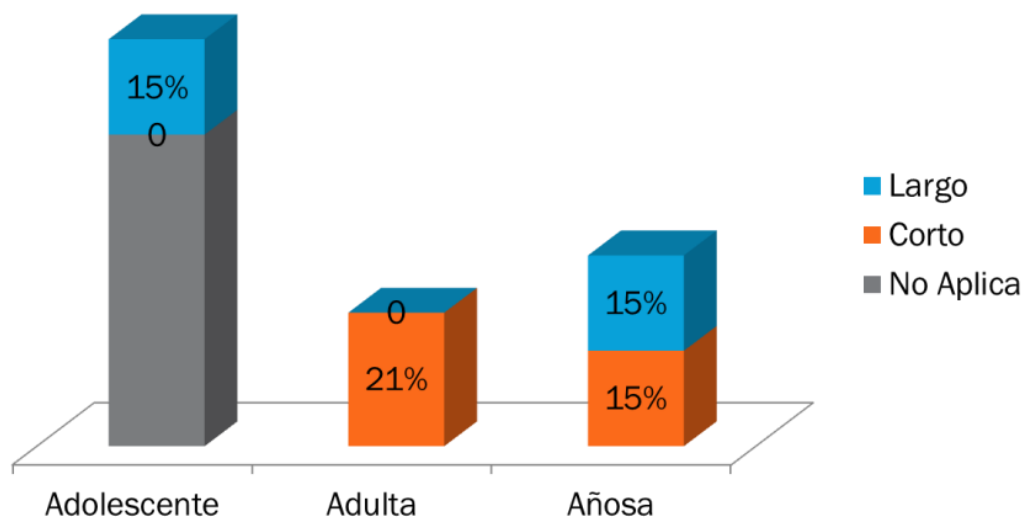
Recuento

		Periodo Intergenésico			Total
		No Aplica	Corto	Largo	
Edad	Adolescente	49	0	0	49
	Adulta	0	21	15	36
	Añosa	0	15	0	15
Total		49	36	15	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

### Interpretación

La tabla 5, muestra la edad y el periodo intergenésico como dato basal obstétrico, donde las adultas presentan en su mayoría un periodo corto constituyendo un factor de riesgo como antecedente (21%).



**Figura N° 5** Edad y periodo intergenésico

**Tabla N° 6 EDAD Y ANTECEDENTE DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

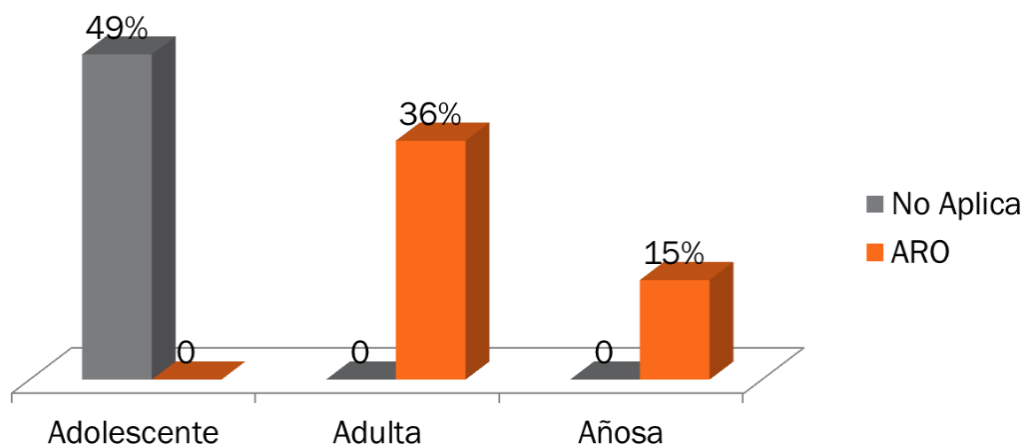
Recuento

		Antecedente ARO		Total
		No Aplica	ARO	
Edad	Adolescente	49	0	49
	Adulta	0	36	36
	Añosa	0	15	15
Total		49	51	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

### Interpretación

La tabla 6, muestra la edad y el antecedente de alto riesgo obstétrico como dato basal en obstetricia, donde las adultas presentan en su mayoría un antecedente de tener embarazo de riesgo alto, siendo un porcentaje considerable del (36%).



**Figura N° 6** Edad y antecedente de alto riesgo obstétrico

**Tabla N° 7 EDAD Y PESO ANTES DEL EMBARAZO**

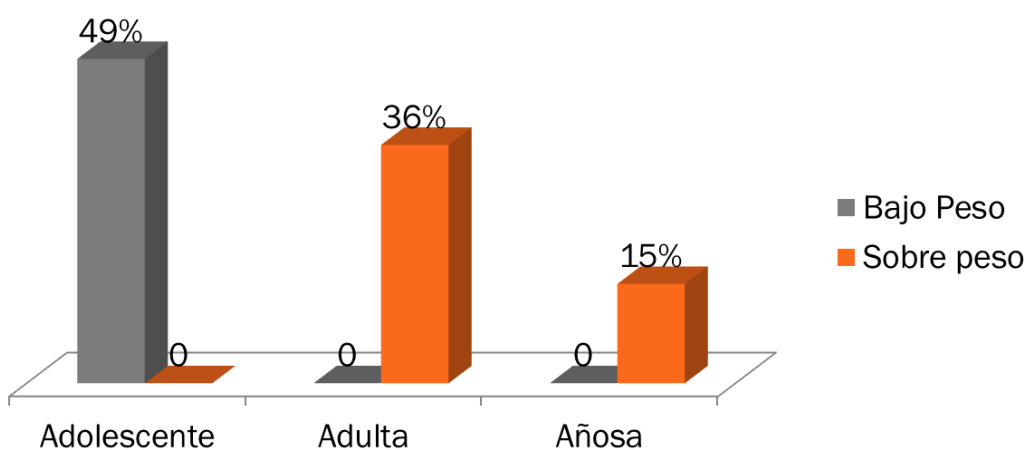
Recuento

		Peso Antes del Embarazo		Total
		Bajo Peso	Sobre Peso	
Edad	Adolescente	49	0	49
	Adulta	0	36	36
	Añosa	0	15	15
Total		49	51	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

### Interpretación

La tabla 7, muestra la edad y el peso antes del embarazo como dato basal en obstetricia, donde las adolescentes en su mayoría llegan al embarazo con bajo peso (49%) y las adultas embarazadas con sobrepeso (36%).



**Figura N° 7** Edad y peso antes del embarazo

**Tabla N° 8 PESO INICIO DE GESTACIÓN Y GANANCIA PESO TRIMESTRES**

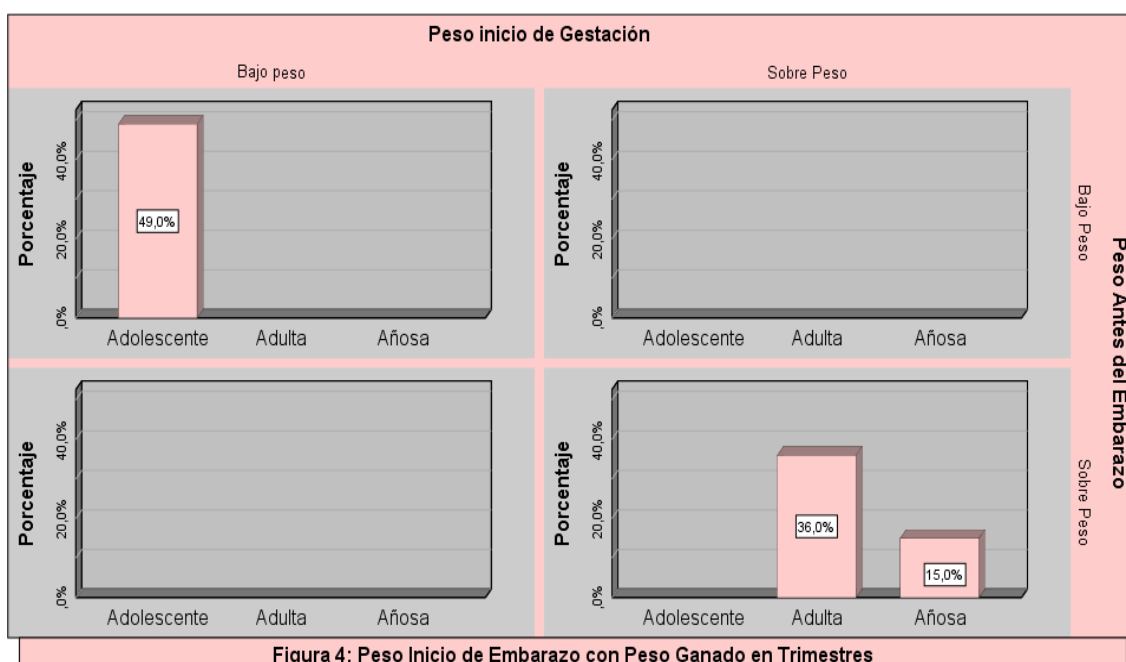
Recuento

		Ganacia Peso Trimestres		Total
		Bajo Peso	Peso Alto	
Peso inicio de Gestación	Bajo peso	49	0	49
	Sobre Peso	0	51	51
Total		49	51	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

### Interpretación

La tabla 8, muestra el peso antes del embarazo con relación al peso materno ganado por trimestres durante el embarazo de la gestante en estudio, siendo las adolescentes con bajo peso (49%) y las adultas con sobrepeso (36%) y las añosas también con sobrepeso (15%).



**Figura N° 8** Peso inicio de gestación y ganancia peso trimestres

## COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EL PARTO

**Tabla N° 9** GANANCIA DE PESO POR TRIMESTRES Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EL EMBARAZO

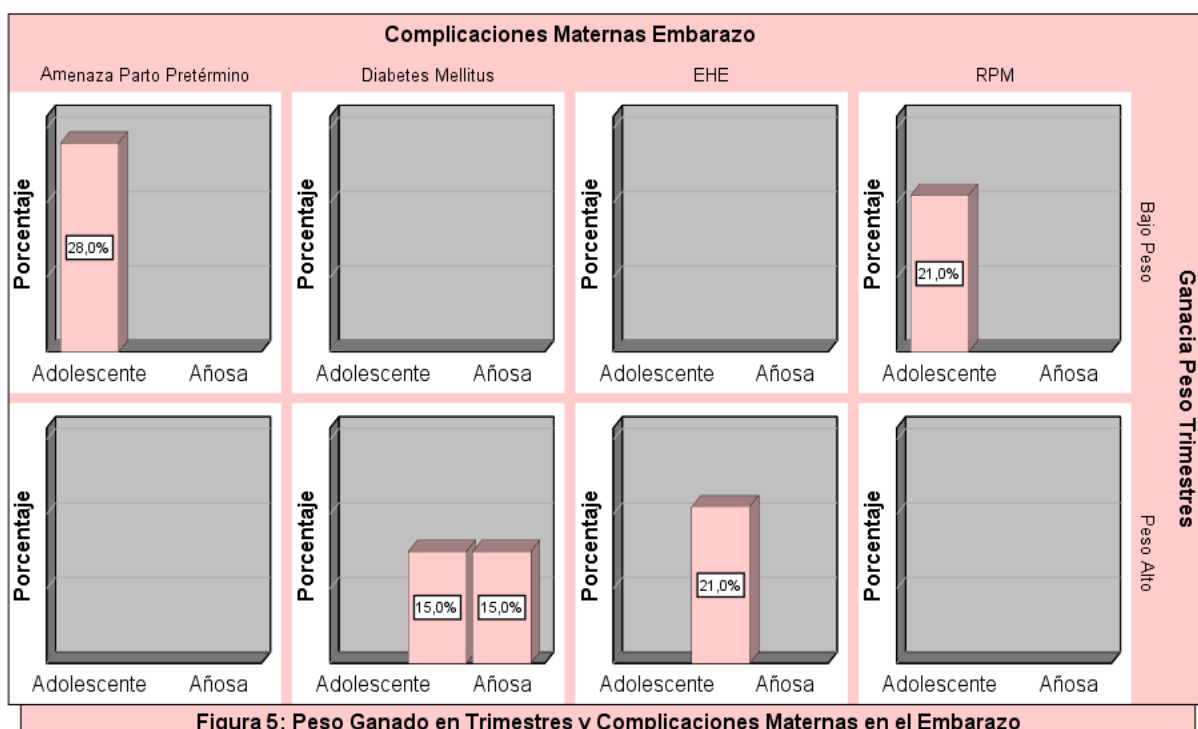
Recuento

		Complicaciones Maternas Embarazo				Total
		Amenaza Parto	Diabetes	EHE	RPM	
		Pretérmino	Mellitus			
Ganacia Peso	Bajo Peso	28	0	0	21	49
Trimestres	Peso Alto	0	30	21	0	51
Total		28	30	21	21	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

### Interpretación

La tabla 9, muestra la ganancia de peso por trimestres con relación a las complicaciones del embarazo de la gestante en estudio, siendo las adolescentes con bajo peso que presentaron: amenaza de parto pre término (28%), RPM (21%). Adolescentes con peso alto presentaron: EHE (21%), diabetes mellitus (15%) así como las añosas (15%).



**Figura 5:** Peso Ganado en Trimestres y Complicaciones Maternas en el Embarazo

**Figura N° 9** Ganancia de peso por trimestres y complicaciones obstétricas en el embarazo

**Tabla N° 10 GANANCIA DE PESO POR TRIMESTRES Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EL PARTO**

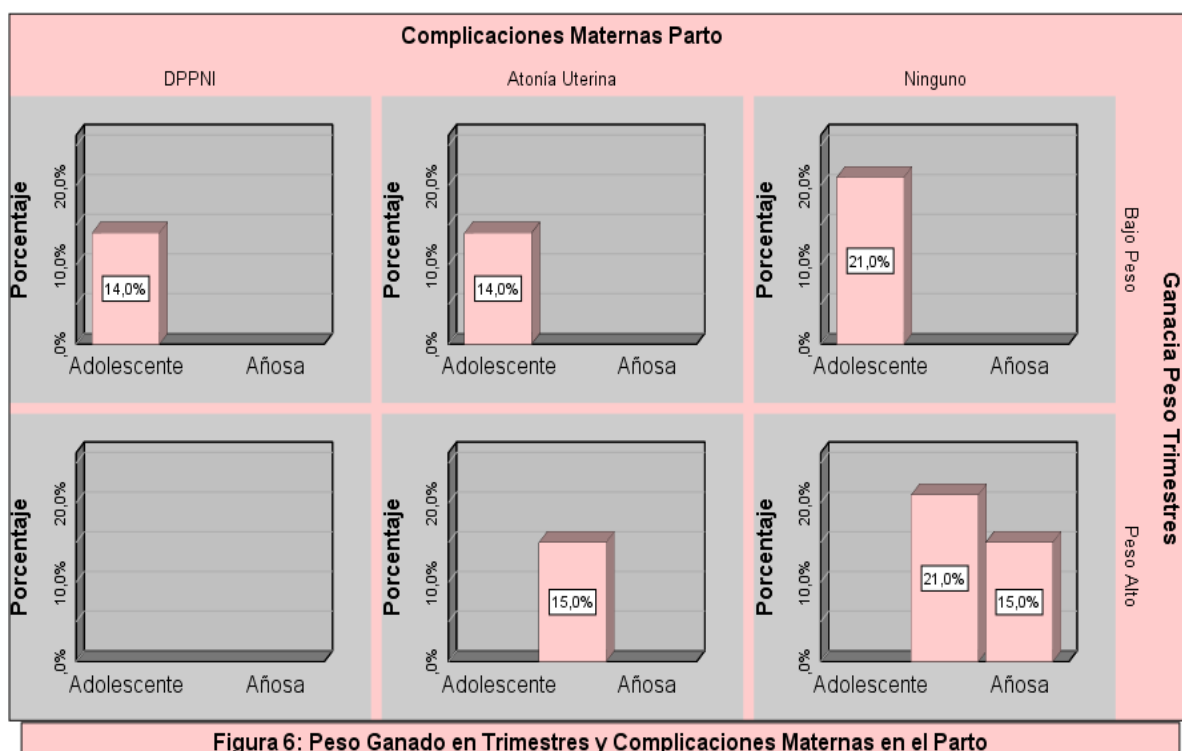
Recuento

		Complicaciones Maternas Parto			Total
		DPPNI	Atonía Uterina	Ninguno	
Ganacia Peso	Bajo Peso	14	14	21	49
Trimestres	Peso Alto	0	15	36	51
Total		14	29	57	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

### Interpretación

La tabla 10, muestra la ganancia de peso por trimestres con relación a las complicaciones del parto de la gestante en estudio, siendo las adolescentes con bajo peso que presentaron: DPPNI (14%), atonía uterina (14%). Adolescentes con peso alto presentaron: Atonía uterina (15%).



**Figura N° 10** Ganancia de peso por trimestres y complicaciones obstétricas en el parto



**Tabla N° 11 GANANCIA DE PESO POR TRIMESTRES Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EL PUERPERIO**

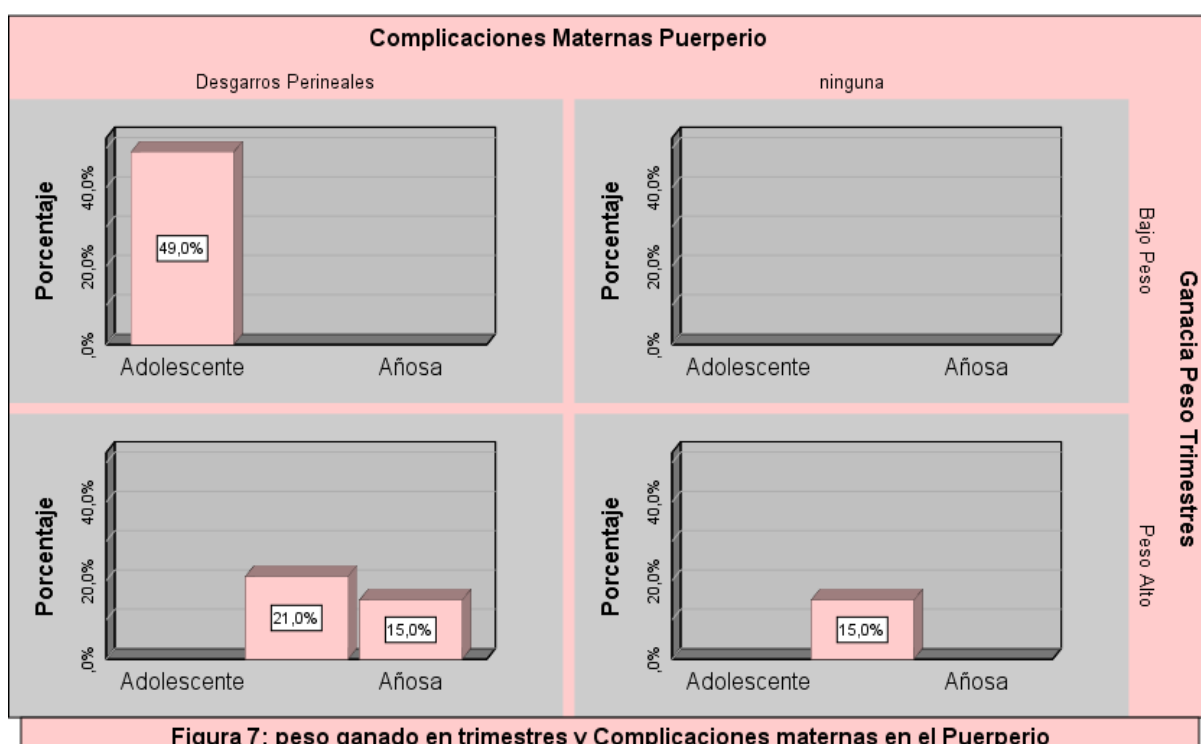
Recuento

		Complicaciones Maternas Puerperio		Total
		Desgarros Perineales	ninguna	
Ganacia Peso	Bajo Peso	49	0	49
Trimestres	Peso Alto	36	15	51
Total		85	15	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

### Interpretación

La tabla 11, muestra la ganancia de peso por trimestres con relación a las complicaciones del puerperio, siendo las adolescentes con bajo peso que presentaron: Desgarros perineales (49%). Adolescentes con peso alto presentaron: Desgarros perineales (21%) y las puérperas añosas (15%).



**Figura N° 11** Ganancia de peso por trimestres y complicaciones obstétricas en el puerperio

## 4.2 Estadígrafos de la investigación:

**Cuadro N° 1 GANANCIA DE PESO MATERNO POR TRIMESTRES Y PESO INICIO DE LA GESTACIÓN**

		<b>Correlaciones</b>		Peso inicio de Gestación
Rho de Spearman	Ganacia Peso	Coefficiente de correlación		1,000**
	Trimestres	Sig. (bilateral)		.
		N		100
	Peso inicio de	Coefficiente de correlación		1,000
	Gestación	Sig. (bilateral)		.
		N		100

Fuente: Cálculo Estadístico

### Interpretación

El cuadro 1, muestra la prueba estadística de Rho Spearman donde correlaciona el peso al inicio del embarazo con el peso ganado por trimestres, la cual muestra un coeficiente de correlación de 1, que a la interpretación están fuertemente asociadas ambas variables ordinales.

**Cuadro N° 2 GANANCIA DE PESO MATERNO POR TRIMESTRES Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN LA GESTANTE**

**CORRELACIONES**

			Ganacia Peso Trimestres	Complicaciones Maternas Embarazo	Complicaciones Maternas Parto	Complicaciones Maternas Puerperio
<b>Rho de Spearman</b>	Ganacia Peso	Coefficiente de correlación	1,000	,128	,353**	,412**
	Trimestres	Sig. (bilateral)	.	,204	,000	,000
		N	100	100	100	100
	Complicaciones Maternas Embarazo	Coefficiente de correlación	,128	1,000	,822**	-,105
		Sig. (bilateral)	,204	.	,000	,296
		N	100	100	100	100
	Complicaciones Maternas Parto	Coefficiente de correlación	,353**	,822**	1,000	-,353**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.	,000
		N	100	100	100	100
	Complicaciones Maternas Puerperio	Coefficiente de correlación	,412**	-,105	-,353**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	,296	,000	.
		N	100	100	100	100

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

**Fuente: Cálculo Estadístico**

**Interpretación.**

El cuadro 2, muestra que la correlación es significativa, la ganancia de peso materna con las complicaciones en el momento del puerperio  $Rho = ,412$  [OR= 8,51], lo cual nos indicaría que cuando hay cambios en el peso materno, existe el riesgo de presentar complicaciones obstétricas durante el puerperio, existiendo ocho veces la posibilidad de presentar un daño en su salud; también hay presencia de riesgo durante el parto y es menor durante el embarazo.

## DISCUSIÓN

La presente investigación, muestra los resultados obtenidos, las cuales fueron contrastadas con las investigaciones vertidas en los antecedentes:

En cuanto a los datos basales: Las gestantes adolescentes con estudios secundarios son 49%, de ellas el 35% viven en zonas rurales y son de unión estable el 35% y el 14% restante son solteras. Así mismo son primigestas el 49%, sin antecedentes de riesgo obstétrico, las mismas que llegaron al embarazo con alteraciones en su peso, un porcentaje importante del 49% con bajo peso y el 51% con sobre peso, las restantes son las multigestas con exceso en el peso.

Las gestantes presentaron complicaciones durante el proceso del parto siendo: Amenaza de parto pre término 28% contrastados con los resultados del investigador José Pacheco Romero.

Sobre la diabetes mellitus encontramos en la presente investigación el 30%, esta información tiene relación con los datos reportados por los investigadores Mariana, Minjarez Corral; Imelda, Rincón Gómez; Yulia Angélica, Morales Chomina; et al., donde manifiestan que el incremento del peso de la gestante está relacionado con los casos de diabetes gestacional.

En cuanto a la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo identificamos 21%, siendo estos datos similares a los encontrados por los autores Vivian Asunción, Álvarez Ponce; Frank Daniel, Martos Benítez, quienes refieren que el 86,1% de gestantes con obesidad que presentaron pre eclampsia.

La Ruptura Prematura de Membranas fue 21%; el Desprendimiento Prematuro de la Placenta Normalmente Insertada fue 14%, hubo presencia de atonía uterina 29% la cual es similar al reportado por el autor José, Pacheco Romero quien infiere la relación entre la gestación de la mujer obesa con la hemorragia posparto; sobre los desgarros perineales existe un 85%, la cual asemeja al reportado por el investigador Miguel Alexander, Quintanilla Balbín quien manifiesta la relación de concordancia entre la hemorragia post parto y los desgarros perineales el embarazo cuando la gestante presenta sobrepeso.

## CONCLUSIONES

1. Los datos basales de la gestante en estudio fueron: La edad adolescente con nivel educativo secundario, procedencia rural, unión estable, primigesta, llegando al embarazo con bajo peso, se ubican con mayor porcentaje; seguido se encuentra la gestante de edad adulta consecundaria completa de procedencia urbana, unión estable, multigesta con periodo intergenésico corto, antecedente de alto riesgo obstétrico y llegando al embarazo con sobre peso.
2. La ganancia de peso materno por trimestres durante el embarazo fue: la gestante adolescente con bajo peso en porcentaje considerable, seguido por la adulta con sobre peso en menor porcentaje y la gestante añosa en menor proporción también con sobre peso.
3. Identificamos las complicaciones obstétricas en la gestante:
  - Durante el embarazo se presentaron: Amenaza de parto pretérmino casos presentados en adolescentes con bajo peso; diabetes mellitus presente en adolescentes y añosas con sobrepeso en la misma proporción; enfermedad hipertensiva del embarazo en adolescentes con sobrepeso; ruptura prematura de membranas en adolescentes de bajo peso.
  - Durante el parto se mostraron: Desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada, y atonía uterina ocurridas en gestantes adolescentes de bajo peso y en aquellas con sobre peso.
  - Durante el puerperio hubo: Desgarros perineales en adolescentes de bajo peso en mayor porcentaje y con peso alto en menor proporción.

Determinamos que la ganancia de peso materno es un factor de riesgo para desarrollar complicaciones en la gestante. Centro de Salud Perú Corea – Huánuco, 2019; demostrado mediante la prueba estadística Rho Spearman; motivo por el cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación.

## RECOMENDACIONES

1. Sugerimos al personal de salud ante la identificación de gestantes con alteración de ganancia peso realizar coordinaciones con el profesional de nutrición para realizar seguimiento a las gestantes.
2. A todo profesional de la salud de obstetricia, que en este contexto de confinamiento realice acciones de educación sanitaria vía telefónica a toda gestante en forma temprana y periódica para la detección temprana del riesgo obstétrico y tratar de acuerdo al protocolo establecido.
3. Se recomienda al personal de salud que atiende a la gestante realizar las coordinaciones de referencia y contra referencia para el estricto seguimiento de las gestantes que tuvieron complicaciones obstétricas y fueron derivadas a los centros de referencia especializados.
4. Se recomienda al personal de salud encargado de la atención en salud materna, realizar seguimiento telefónico con registro de datos de las gestantes adolescentes que viven en las zonas rurales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Prendes L, Jiménez G, Gonzáles R, et al. Estado Nutricional materno y peso al nacer. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2001; 17 (1).
- 2) Prendes L, Jiménez G, Gonzáles R, et al. Estado Nutricional materno y peso al nacer. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2001; 17 (1):8.
- 3) Velázquez N, Yunes J, Ávila R. Recién nacidos con bajo peso; causas, problemas y perspectivas a futuro. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2004; 61(1):73-86.
- 4) Hurtado K, Rodríguez D, Navarro E, et al. Análisis de los factores de riesgo de bajo peso al nacer a partir de un modelo logístico. Colombia; 2018.
- 5) Ramón E, Martínez B, Martín S. Ganancia de peso gestacional y retención de peso posparto en una cohorte de mujeres en Aragón. España; 2017.
- 6) Álvarez V, Martos F. El sobrepeso y la obesidad como factores de riesgo para pre eclampsia. Cuba; 2015.
- 7) Urdaneta J, Lozada M, Cepeda de Villalobos M, et al. Anemia materna y peso al nacer en productos de embarazos a término. Venezuela; 2015.
- 8) Minjarez M, Rincón I, Morales Y, et al. Ganancia de peso gestacional como factor de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas. México; 2014.
- 9) Pacheco J. Gestación en la mujer obesa; consideraciones especiales. Rev. Anales de la Facultad de medicina UNMSM. 2019; 78 (2).
- 10) Quintanilla M. Prevalencia de las principales complicaciones maternas en gestantes con sobrepeso u obesidad, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Lima; 2016.
- 11) Martínez E. Anemia en gestantes y riesgos obstétricos en el trabajo de

parto en adolescentes de 13 a 18 años en el Hospital Rezola de Cañete. Ica; 2016.

- 12) Manrique L. Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes con sobrepeso y obesidad pre gestacional atendidas en el Hospital Rezola Cañete. Ica; 2015.
- 13) Espinoza A, Romero G. Correlación entre el estado nutricional materno y la ganancia de peso gestacional con macrosomía fetal en el Hospital Uldarico Rocca de Villa El Salvador. Lima; 2014.
- 14) Berrospi M, Llanto V. Influencia del nivel de hemoglobina en gestantes con el peso al nacer- Hospital Carlos Showing Ferrari. Huánuco; 2014.
- 15) Rodríguez G, Cervantes J. Obesidad materna y su relación con complicaciones obstétricas en gestantes del tercer trimestre. Puesto de Salud Dos de Mayo. Pucallpa; 2017.
- 16) Miraval Z. Anemia en las gestantes y su influencia en el peso de los recién nacidos de las usuarias del Centro De Salud Aparicio Pomares. Huánuco; 2016.
- 17) Pinedo A. Factores de riesgo asociado al sobrepeso y obesidad en las gestantes atendidas en los consultorios de materno HospitalTingo María. Huánuco; 2016.
- 18) Quispe L. Relación entre el estado nutricional de las gestantes y el peso del recién nacido en pacientes atendidos en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari"; 2018.
- 19) Koplan J, Liverman C, Kraak V. Previniendo la salud de la obesidad infantil en el equilibrio. Washington: Comité de Prevención de la Obesidad en Niños y Jóvenes. Instituto de Medicina. 2005; 105: 131.
- 20) Lawrence W, Miller D, Isaacs M, et al. Nutrición en el embarazo y el informe de lactancia de un comité de expertos de OrganizaciónMundial de la Salud. 1965; 302: 1-54



- 21) Bolzán A, Norry M. Relación entre el índice de masa corporal durante la gestación en embarazadas adolescentes y adultos, indicadores antropométricos de crecimiento fetal y retardo de crecimiento intrauterino. Rev. ALAN. 2001; 51: 145-50.
- 22) Goya C, Flores C, Astudillo R, et al. Obesidad y su impacto perinatal. Rev. Folia Clin Obstet Ginecol. 2008; 72: 6-31.
- 23) Schwarcz R, Duverges T, Diaz E, et al. Obstetricia: Alto Riesgo Perinatal. 4° ed. Argentina. 1990; pp. 125.
- 24) Villalva J. Factor de Riesgo. Chile; 1995.
- 25) Herrear V, Oliva J, et al. Riesgo Reproductivo. Chile. 2016; 11(1): 25.
- 26) Poston L, Caleyachetty R, Cnattingius S, et al. Obesidad pre concepcional y materna: epidemiología y consecuencias para la salud. Rev. Lanceta Diabetes Endocrinol. Diciembre 2016; 4 (12): 1025-1036.
- 27) Bain E, Crane M, Tieu J, et al. Dieta e intervenciones de ejercicio para la prevención de la diabetes mellitus gestacional. Rev. Base de Datos Cochrane. 2015; 4651858.CD010443.pub2
- 28) Huertas E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Rev. peru. ginecol. obstet. 2019; 64 (3).
- 29) Yaniv S, Shoham I, Kessous R, et al. Obesidad en el embarazo: ¿qué sigue? Morbilidad cardiovascular a largo plazo en un período de seguimiento de más de una década. Rev. J Matern Fetal Neonatal Med. 2016; 29 (4): 619-23.
- 30) Bryce A, Alegría E, Valenzuela G, et al. Hipertensión en el embarazo. Rev. peru. ginecol. obstet. 2018; 64 (2).
- 31) Rivera R, Caba F, Smirnow S, et al. Fisiopatología de la rotura prematura de las membranas ovulares en embarazos de pretérmino. Rev. chil obstet ginecol 2004; 69(3): 249-255.

- 32) Martos M, Martínez M, Campos S. Desprendimiento prematuro de placenta normoinsertada por mutación heterocigota en el gen de la protrombina. Rev. Prog Obstet Ginecol 2018;61(3):256-260.
- 33) Hernández J. Placenta previa. Incidencia, algunas consideraciones y su repercusión en la morbimortalidad perinatal y materna. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2018; 24 (2): 98.
- 34) Gómez C. Atonía uterina e histerectomía de emergencia en el postparto tardío. Presentación de un caso. Rev. Colombiana de Gineco Obstetricia. 2017; 48 (2): 115 – 118.
- 35) Benites Y, Verdecia M. Presentación de una paciente con desgarro perineal obstétrico. Rev. Scielo Cuba. 2017; 21 (2): 7.
- 36) Álvarez E, García S, Rubio P, et al. Subinvolución del lecho uterino: un padecimiento poco conocido. Rev. Ginecol Obstet Mex. 2016;84(6):361-367.
- 37) Supo J. Seminarios de Investigación Científica. Sinopsis del libro 2014. Perú, Arequipa. 2014. pp. 3 – 14.

## **ANEXOS**



## ANEXOS INSTRUMENTO

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Código:.....

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**TÍTULO:** “GANANCIA DE PESO MATERNO COMO FACTOR DE RIESGO PARA DESARROLLAR COMPLICACIONES EN LA GESTANTE. CENTRO DE SALUD PERÚ COREA – HUÁNUCO, 2019”

**Objetivo:** Determinar la ganancia de peso materno como factor de riesgo para desarrollar complicaciones en la gestante. Centro de Salud Perú Corea – Huánuco, 2019.

---

#### I. DATOS BASALES:

1. **Edad:** \_\_\_\_\_

2. **Nivel educativo:**

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Técnico
- d. Universitaria

3. **Lugar de procedencia**

- a. Urbana
- b. Rural
- c. Urbano marginal

4. **Estado civil**

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Unión estable

5. **Datos Obstétricos**

Paridad:.....

Periodo intergenésico: .....

Peso en el anterior embarazo:.....

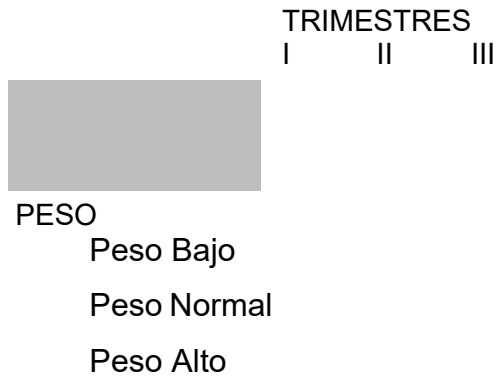
Antecedentes de embarazo de riesgo:.....

Ganancia de Peso Materno

Pre Gestacional: \_\_\_\_\_

Gestacional inicio de gestación: \_\_\_\_\_

**II. Ganancia de Peso Materno (Gestacional):**



**III Complicaciones Maternas:**

	<b>PATOLOGÍAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>EMBARAZO</b>	Amenaza de parto pre término		
	Diabetes Mellitus		
	Enfermedad Hipertensiva del Embarazo		
<b>PARTO</b>	Ruptura Prematura de Membranas		
	Desprendimiento Prematuro de Placenta		
	Placenta Previa		
<b>PUERPERIO</b>	Atonía Uterina		
	Desgarros perineales		
	Sub involución uterina		

Observaciones: \_\_\_\_\_

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

### “GANANCIA DE PESO MATERNO COMO FACTOR DE RIESGO PARA DESARROLLAR COMPLICACIONES EN LA GESTANTE. CENTRO DE SALUD PERÚ COREA – HUÁNUCO, 2019”

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	METODOLOGIA
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b></p> <p>¿Cómo la ganancia de peso materno se convierte en factor de riesgo para desarrollar complicaciones en la gestante? Centro de Salud Perú Corea – Huánuco, 2019?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Cuáles son los datos basales de la gestante en estudio?</li> <li>2. ¿Cuánto es la ganancia de peso materno por trimestres durante el embarazo?</li> <li>3. ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas en la gestante durante el embarazo, parto y puerperio?</li> </ol>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b></p> <p>Determinar la ganancia de peso materno como factor de riesgo para desarrollar complicaciones en la gestante. Centro de Salud Perú Corea – Huánuco, 2019.</p> <p><b>OBJETIVO ESPECÍFICO:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conocer los datos basales de la gestante en estudio.</li> <li>2. Conocer la ganancia de peso materno por trimestres durante el embarazo.</li> <li>3. Identificar las complicaciones obstétricas en la gestante durante el embarazo, parto y puerperio.</li> </ol>	<p><b>Hipótesis alterna:</b></p> <p>La ganancia de peso materno es un factor de riesgo para desarrollar complicaciones en la gestante. Centro de Salud Perú Corea – Huánuco, 2019.</p> <p><b>Hipótesis nula:</b></p> <p>La ganancia de peso materno no es un factor de riesgo para desarrollar complicaciones en la gestante. Centro de Salud Perú Corea – Huánuco, 2019.</p>	<p><b>DISEÑO DE LA INVESTIGACION:</b></p> <p><b>DISEÑO:</b> Descriptivo No experimental</p> <p><b>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN:</b> Enfoque Cuantitativo</p> <p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN:</b> Trasversal y prospectivo.</p> <p><b>NIVEL DE INVESTIGACIÓN:</b> correlacional</p> <p><b>TÉCNICA MUESTRAL:</b> Aleatoria simple.</p> <p><b>MUESTRA</b> La muestra constituida por 100 gestantes</p> <p><b>TÉCNICA:</b> Será revisión documental de las historias clínicas, libro de partos.</p> <p><b>INSTRUMENTO:</b> Ficha de recolección de datos.</p>