

UNIVERSIDAD DE HUANUCO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ALTO
RIESGO OBSTÉTRICO



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

TESIS

“Embarazo no planeado como factor predisponente de complicaciones maternas durante la gestación. Hospital Tingo María. julio – diciembre 2018”

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD EN ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

AUTORA: Venturo Gomez, Alana Kandy

ASESORA: Palacios Zevallos, Julia Marina

HUÁNUCO – PERÚ

2023



U

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

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

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud publica
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

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: segunda especialidad en alto riesgo obstétrico

Código del Programa: P39

Tipo de Financiamiento:

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

D

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 40317595

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22407304

Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0002-1160-4032

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	Sinche Alejandro, Marisol	Magister en gestión publica	22489669	0000-0001-5710-8424
3	Marcelo Armas, Maricela Luz	Doctora en ciencias de la salud	04049506	0000-0001-8585-1426

H



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco siendo las 16:00 horas del día 08 del mes de Setiembre 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:

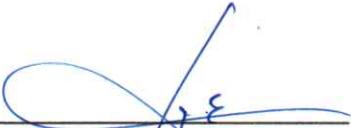
Presidente : Dr. Edilberto TOSCANO POMA
Secretaria : Mg. Marisol SINCHE ALEJANDRO
Vocal : Dra. Maricela MARCELO ARMAS

Nombrados mediante Resolución N° 1997-2023-D-FCS-UDH de fecha 07 de setiembre del 2023 para evaluar la Tesis intitulada: "**EMBARAZO NO PLANEADO COMO FACTOR PREDISONENTE DE COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE LA GESTACIÓN. HOSPITAL TINGO MARIA. JULIO – DICIEMBRE 2018**", presentado por doña **Alana Kandy, VENTURO GOMEZ**, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional mención Alto Riesgo Obstétrico.

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) aprobado Por Unanimidad con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de Bueno.

Siendo las 17:00 horas del día 08 del mes de Setiembre del año 2023, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


Dr. Edilberto TOSCANO POMA
DNI: 22404049
Código ORCID: 0000-0002-3883-9480
PRESIDENTE


Mg. Marisol SINCHE ALEJANDRO
DNI: 22489669
Código ORCID: 0000-0001-5710-8424
SECRETARIA


Dra. Maricela MARCELO ARMAS
DNI: 04049506
Código ORCID: 0000-0001-8585-1436
VOCAL



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

ESCUELA DE POSGRADO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD



Yo, Julia Marina Palacios Zevallos, asesor(a) de la maestría en Ciencias de la Salud, mención Salud Pública y Docencia Universitaria y designado(a) mediante Resolución N° 1183-2018-D- EPG-UDH de la Obstetra ALANA KANDY VENTURO GOMEZ, de la investigación titulada “EMBARAZO NO PLANEADO COMO FACTOR PREDISPONENTE DE COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE LA GESTACIÓN. HOSPITAL TINGO MARIA. JULIO– DICIEMBRE 2018”.

Puedo constar que la misma tiene un índice de similitud del 15 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Antiplagio Turnitin. Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco 02 de octubre de 2023

Dra. Julia Palacios Zevallos

Docente asesor

DNI: 22407304

Codigo ORCID: 0000-0002-1160-4032

PRIMERA ENTREGA

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%

INDICE DE SIMILITUD

12%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	riul.unanleon.edu.ni:8080 Fuente de Internet	1%
2	Submitted to Universidad Tecnológica de Bolívar,UTB Trabajo del estudiante	1%
3	hmra.gob.do Fuente de Internet	1%
4	www.kerwa.ucr.ac.cr Fuente de Internet	1%
5	peru.un.org Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universitat Politècnica de València Trabajo del estudiante	1%
7	riaa.uaem.mx Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to Caribbean University Trabajo del estudiante	<1%

Dra. Julia Palacios Zevallos

Docente asesor

DNI: 22407304

Codigo ORCID: 0000-0002-1160-4032

DEDICATORIA

A mi mamá Luz América Gómez Martel, por su apoyo en todo momento, por los valores recibidos y la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida.

A mis hijos Anny Yaretzi y José Rodrigo, por ser mi motor e inspiración para poder superarme cada día y tener una vida de felicidad con ustedes.

A mi esposo por su apoyo incondicional y querer siempre lo mejor para mí.

AGRADECIMIENTO

A los docentes de la Segunda Especialidad de Alto Riesgo Obstétrico de la Universidad de Huánuco, por los conocimientos y experiencias recibidos.

A los directivos del Hospital de Contingencia de Tingo María, por las facilidades recibidas en la ejecución del estudio.

A mi asesora Dra. Julia M Palacios Zevallos, por su confianza y apoyo en la ejecución del estudio, y compartir sus conocimientos y su amistad.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VI
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VIII
RESUMEN.....	X
ABSTRACT.....	XI
INTRODUCCION.....	XII
CAPITULO I.....	13
PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	15
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	15
1.3. OBJETIVOS.....	16
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	16
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
1.4. TRASCENDENCIA DE LA INVESTIGACIÓN/JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
CAPITULO II.....	18
MARCO TEÓRICO	18
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	18
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	18
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	20
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES.....	23
2.2. BASES TEÓRICAS	23
2.2.1. EMBARAZO NO PLANEADO	23
2.2.2. CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO NO PLANEADO O NO DESEADO.....	24

2.2.3. COMPLICACIONES MATERNAS DE LOS EMBARAZOS NO PLANEADOS O NO DESEADOS	27
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES	57
2.4. HIPÓTESIS.....	58
2.5. VARIABLES	58
2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE.....	58
2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE	58
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	59
CAPITULO III.....	60
MARCO METODOLÓGICO	60
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	60
3.1.1. ENFOQUE	60
3.1.2. ALCANCE O NIVEL	60
3.1.3. DISEÑO	60
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	61
3.2.1. POBLACIÓN	61
3.2.2. MUESTRA.....	61
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS....	62
3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	62
CAPITULO IV.....	63
RESULTADOS.....	63
4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS	63
4.2. RESULTADOS INFERENCIALES	81
4.3. CONTRASTACION DE HIPOTESIS.....	84
CAPITULO V.....	87
DISCUSION DE RESULTADOS.....	87
5.1. CONTRASTACIÓN DE RESULTADOS.....	87
CONCLUSIONES	89
RECOMENDACIONES.....	92
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	94
ANEXOS.....	98

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad de las puérperas con embarazo no planeado.....	63
Tabla 2. Lugar de procedencia de las puérperas con embarazo no planeado	64
Tabla 3. Estado civil de las puérperas con embarazo no planeado	65
Tabla 4. Grado de instrucción de las puérperas con embarazo no planeado	66
Tabla 5. Número de gestaciones de las puérperas con embarazo no planeado	67
Tabla 6. Partos (fórmula obstétrica) de las puérperas con embarazo no planeado	68
Tabla 7. Edad gestacional por FUM de las puérperas con embarazo no planeado	69
Tabla 8 . Edad gestacional por ecografía de las puérperas con embarazo no planeado	70
Tabla 9. Tuvo atención prenatal de las puérperas con embarazo no planeado	71
Tabla 10. N° de atenciones pre natales de las puérperas con embarazo no planeado	72
Tabla 11. Uso de método anticonceptivo de las puérperas con embarazo no planeado	73
Tabla 12 . Tipo de método anticonceptivo que estuvo utilizando: de las puérperas con embarazo no planeado	74
Tabla 13. Violencia sexual de las puérperas con embarazo no planeado ...	75
Tabla 14. Relaciones sexuales consentidas de las puérperas con embarazo no planeado	76
Tabla 15. Falla de método anticonceptivo de las puérperas con embarazo no planeado	77
Tabla 16. Complicaciones durante el I trimestre del embarazo de las puérperas con embarazo no planeado	78
Tabla 17. Complicaciones durante el II trimestre del embarazo de las puérperas con embarazo no planeado	79

Tabla 18. Complicaciones durante el III trimestre del embarazo de las puérperas con embarazo no planeado	80
Tabla 19. Estadísticos descriptivos	81
Tabla 20. Correlaciones	81
Tabla 21. Estadísticos descriptivos	82
Tabla 22. Correlaciones	82
Tabla 23. Estadísticos descriptivos	83
Tabla 24. Correlaciones	83
Tabla 25. Complicaciones durante el I trimestre del embarazo	84
Tabla 26. Complicaciones durante el II trimestre del embarazo	85
Tabla 27. Complicaciones durante el III trimestre del embarazo	85

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Edad de las puérperas con embarazo no planeado	63
Figura 2. Lugar de procedencia de las puérperas con embarazo no planeado	64
Figura 3. Estado civil de las puérperas con embarazo no planeado.....	65
Figura 4. Grado de instrucción de las puérperas con embarazo no planeado	66
Figura 5. Número de gestaciones de las puérperas con embarazo no planeado	67
Figura 6. Partos (fórmula obstétrica) de las puérperas con embarazo no planeado	68
Figura 7. Edad gestacional por FUM de las puérperas con embarazo no planeado	69
Figura 8. Edad gestacional por ecografía de las puérperas con embarazo no planeado	70
Figura 9 . Tuvo atención prenatal de las puérperas con embarazo no planeado	71
Figura 10. N° de atenciones pre natales de las puérperas con embarazo no planeado	72
Figura 11. Uso de método anticonceptivo de las puérperas con embarazo no planeado	73
Figura 12 . Tipo de método anticonceptivo que estuvo utilizando: de las puérperas con embarazo no planeado	74
Figura 13. Violencia sexual de las puérperas con embarazo no planeado ..	75
Figura 14. Relaciones sexuales consentidas de las puérperas con embarazo no planeado	76
Figura 15. Falla de método anticonceptivo de las puérperas con embarazo no planeado	77
Figura 16. Complicaciones durante el I trimestre del embarazo de las puérperas con embarazo no planeado	78
Figura 17. Complicaciones durante el II trimestre del embarazo de las puérperas con embarazo no planeado	79

Figura 18. Complicaciones durante el III trimestre del embarazo de las púerperas con embarazo no planeado 80

RESUMEN

Objetivo: Determinar si el embarazo no planeado es un factor de riesgo predisponente de complicaciones maternas durante la gestación, en gestantes del Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.

Métodos y técnicas: La investigación fue observacional, transversal, analítica, y relacional, los datos fueron tomados teniendo en cuenta los eventos que se presentaron en forma retrospectiva y fueron recolectados en una sola ocasión.

Resultados: Un 26.7% tuvo anemia como complicación durante el I trimestre, un 6.7% tuvo aborto con legrado uterino, un 3.3% presentó complicaciones de hiperémesis gravídica, durante el I trimestre, el 23.3% tuvo amenaza de parto pre término, un 6.7% presentó anemia, un 3.3% complicaciones como la pielonefritis, durante el II trimestre. El 13.3% tuvo rotura temprana de membranas, un 10% tuvo anemia, un 6.7% tuvo preeclampsia así como placenta previa y obesidad y un 3.3 % que fue el porcentaje para cada una de las siguientes complicaciones: taquicardia materna, ITU, inminencia de rotura uterina, obesidad mórbida, vaginitis en el III trimestre de embarazo. Las características obstétricas de las gestantes con embarazo no planeado atendidas en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018, respecto al número de gestaciones, indican en un 40 % primerizas, un 20% tercer embarazo, 20% cuarto embarazo, 10.0% tenían de 6 a más embarazos, y un 10% con segundo embarazo. Sobre gestaciones y paridad, un 40% no tuvieron embarazos previos, ni abortos, un 20% señala que tuvieron 2 embarazos que llegaron a término.

Palabras claves: embarazo no planeado, complicaciones maternas, preeclampsia, taquicardia materna, placenta previa, pielonefritis.

ABSTRACT

Objective: To determine if unplanned pregnancy is a predisposing risk factor for maternal complications during pregnancy, in pregnant women at the Tingo María Hospital from July to December 2018.

Methods and techniques: The research was observational, cross-sectional, analytical, and relational, the data was taken taking into account the events that occurred retrospectively and were collected on a single occasion.

Results: 26.7% had anemia as a complication during the first trimester, 6.7% had abortion with uterine curettage, 3.3% presented complications of hyperemesis gravidarum, during the first trimester, 23.3% had a threat of preterm delivery, 6.7% presented anemia, 3.3% complications such as pyelonephritis, during the second trimester. 13.3% had early rupture of membranes, 10% had anemia, 6.7% had preeclampsia as well as placenta previa and obesity, and 3.3%, which was the percentage for each of the following complications: maternal tachycardia, UTI, imminent rupture. uterine, morbid obesity, vaginitis in the third trimester of pregnancy. The obstetric characteristics of pregnant women with an unplanned pregnancy attended at the Tingo María Hospital from July to December 2018, regarding the number of pregnancies, indicate 40% first-time, 20% third pregnancy, 20% fourth pregnancy, 10.0% they had 6 or more pregnancies, and 10% with a second pregnancy. Regarding pregnancies and parity, 40% had no previous pregnancies or abortions, 20% indicated that they had 2 pregnancies that came to term.

Keywords: unplanned pregnancy, maternal complications, preeclampsia, maternal tachycardia, placenta previa, pyelonephritis.

INTRODUCCION

El embarazo no planeado es una situación recurrente en nuestra realidad y constituye un factor importante de riesgo para la ocurrencia de complicaciones en el embarazo. Esta realidad problemática motivó la presente investigación: Determinar si el embarazo no planeado es un factor de riesgo predisponente de complicaciones maternas durante la gestación, en gestantes del Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.

A continuación, se estructuró el contenido de la siguiente manera:

Capitulo I. Se establece la situación problemática, objetivos y las razones para que se realizará la investigación

Capitulo II. Presentación de las bases teórica y antecedentes de estudio que sustentan a la presente investigación.

Capitulo III. Determinación del método, la muestra y población utilizada para la realización de la investigación.

Capitulo IV. Presentación de los resultados que se obtuvieron a través de la aplicación del instrumento, con el uso de tablas y gráficos.

Capitulo V. Presentación de la discusión de resultados, las conclusiones y recomendaciones.

Finalmente, los anexos y bibliografía

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

A nivel mundial cada minuto en el mundo: 380 mujeres se embarazan, 190 enfrentan un embarazo no deseado o no planeado, 110 experimentan complicaciones, 40 tienen un aborto con riesgo y 1 muere. El embarazo no deseado es aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos adecuados y la ineffectividad o no en la administración de métodos anticonceptivos de emergencia posteriores al coito que prevengan un posible embarazo.

Este puede convertirse en un evento estresante y hasta cierto punto traumático que va a interferir en el ciclo vital normal del sistema familiar con complicaciones serias en la red social familiar, siendo así que los embarazos no planeados son en la actualidad un problema importante de salud pública, por los desenlaces negativos contra la salud, además de ser un problema social tanto para madres y los hijos no solo de mujeres adolescentes, sino también en mujeres de cualquier edad.

En el caso de un embarazo temprano no deseado, las consecuencias son muy costosas para las familias, para la sociedad y para el desarrollo nacional; propicia el aumento de las tasas de mortalidad materna e infantil, aumentan los costos para el sistema de salud y seguridad social, reduce las posibilidades de erradicar la pobreza, disminuye el capital humano calificado y limita las posibilidades de desarrollo personal de las madres y de los hijos.

En los últimos 5 años, según el instituto de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2020), 1 de cada 2 nacimientos (52.1%) no fueron intencionales. Más del 60% de los embarazos no intencionados terminan en aborto, 45% fueron inseguros y producen 13% de todas las muertes maternas.

Los factores clave que también contribuyen a los embarazos no intencionales son:

- La falta de información y servicios de salud sexual y reproductiva
- Opciones anticonceptivas inadecuadas para los cuerpos o circunstancias de las mujeres
- Normas perjudiciales y estigma alrededor del control por parte de las mujeres de su fecundidad y sus cuerpos
- La violencia sexual y la coerción reproductiva
- Actitudes prejuiciosas o humillación en los servicios de salud
- La pobreza y el estancamiento del desarrollo económico
- La desigualdad de género (1)

Asimismo refiere Silvia Guzmán Ramírez (2017) en cuanto a los problemas médicos o complicaciones del embarazo no deseado, es la falta de atención médica desde el inicio del embarazo, el riesgo de preeclampsia y eclampsia, el bajo peso al nacer de los lactantes, que pudieran deberse a anomalías placentarias, tabaquismo, drogas y deficiente nutrición. De igual manera dentro de las causas de muerte, encontramos a la embolia, enfermedad hipertensiva y embarazos ectópicos, otras jóvenes que también optan por el aborto inducido que muchas veces son clandestinos poniendo en riesgo su vida debido al peligro de sepsis y hemorragias. Es frecuente también señala, la anemia en jóvenes embarazadas, en ocasiones el embarazo se produce existiendo alguna infección de transmisión sexual. El embarazo no deseado es un factor de riesgo para que los recién nacidos presenten enfermedades como espina bífida y síndrome de muerte súbita. Además del riesgo obstétrico que incluyen el incremento de la frecuencia de desproporción céfalo pélvica, los defectos congénitos al nacimiento que incluyen bajo peso, aberraciones cromosómicas y malformaciones congénitas, ocurren sobre todo en madres de edades extremas y sobre todo en madres adolescentes con mayor porcentaje.

La continuación de los embarazos no deseados también tiene consecuencias sobre la salud de la madre y del hijo, ya que estos ocurren con

mayor frecuencia en mujeres en ambos extremos de la edad reproductiva, periodos durante los cuales los riesgos son mayores.

Finalmente los embarazos no deseados tienen consecuencias que van más allá del individuo y afectan a toda la sociedad y el Hospital de Tingo María no es ajeno a esta problemática de salud, ya que existen mujeres que no desean reproducirse pero aun así están expuestas al riesgo de quedar embarazadas porque se encuentran en edad reproductiva y llevan una vida sexual activa y peor aún, no utilizan ningún método anticonceptivo o utilizan métodos no eficaces como los tradicionales, lo que conlleva a las mujeres de presentar diferentes complicaciones durante el embarazo, por lo que en el presente trabajo deseamos conocer esa asociación entre el embarazo no deseado como factor predisponente de complicaciones maternas.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿El embarazo no planeado es un factor predisponente de complicaciones maternas durante la gestación en mujeres atendidas en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son las complicaciones maternas más frecuentes durante el I trimestre en gestantes con embarazo no planeado en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018?
- ¿Cuáles son las complicaciones maternas más frecuentes durante el II trimestre en gestantes con embarazo no planeado en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018?
- ¿Cuáles son las complicaciones maternas más frecuentes durante el III trimestre en gestantes con embarazo no planeado en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018?

- ¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes con embarazo no planeado atendidas en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes con embarazo no planeado atendidas en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar si el embarazo no planeado es un factor de riesgo predisponente de complicaciones maternas durante la gestación, en gestantes del Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las complicaciones maternas más frecuentes durante el I trimestre en gestantes con embarazo no planeado en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.
- Identificar las complicaciones maternas más frecuentes durante el II trimestre en gestantes con embarazo no planeado en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.
- Identificar las complicaciones maternas más frecuentes durante el III trimestre en gestantes con embarazo no planeado en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018?
- Identificar las características obstétricas de las gestantes con embarazo no planeado atendidas en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.
- Identificar las características sociodemográficas de las gestantes con embarazo no planeado atendidas en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.

1.4. TRASCENDENCIA DE LA INVESTIGACIÓN/JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La implicancia práctica de la presente investigación se traduce, en el conocimiento del efecto que traerá consigo dentro de la salud reproductiva y la salud pública las complicaciones presentadas en una gestación, el embarazo no deseado.

Existe una relevancia social, ya que las complicaciones maternas que se presentarán como lo evidencia el presente estudio, es un problema de salud pública, que no solo ponen en riesgo la vida de la madre sino también la del producto; además de que el embarazo no deseado en cualquier edad, implica un problema que afecta a la pareja, la familia y la sociedad.

Por todo ello se considera relevante a través del presente, contribuir con la sociedad y en la comunidad científica con la ampliación del conocimiento en esta área de la Salud Sexual y Reproductiva.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Para llevar a cabo el presente proyecto no se presentó ninguna limitación.

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio fue viable porque estuvo delimitado a una muestra determinada, un tiempo, un lugar y un proceso de estudio que permitieron la realización del mismo.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

2022 España, J. Martínez G, realiza un estudio denominado Embarazo y Maternidad en adolescentes, donde refiere que la gestación en las adolescentes puede considerarse de riesgo por asociar una mayor morbimortalidad perinatal y materna, que este embarazo frecuentemente, es: no deseado, prematuro, rechazado por la pareja y por su familia, lo que favorece su diagnóstico tardío con escasos controles antenatales y tiene un impacto negativo en el futuro bienestar de la madre y del niño, porque se van a asociar consecuencias familiares, sociales, educativas y económicas, además de ser la principal causa de mortalidad.

En España, suponen el 2-2,2% del total de embarazos, con una tasa de fecundidad del 6,2%, refiere además la importancia del diagnóstico precoz y la atención prenatal ya que con ello se pueden reducir los riesgos perinatales, asimismo, las principales complicaciones son: preeclampsia, parto prematuro y bajo peso al nacer. (2)

2021 La Habana, Dariel Figueroa, et al; plantearon como objetivo de su estudio describir aquellos factores de riesgos y las complicaciones que se asocian a un embarazo en la adolescencia; para lo cual utilizaron revisión bibliográfica sobre el embarazo en la adolescencia, utilizando 30 referencias bibliográficas de los últimos años. Durante su estudio refieren que las complicaciones del embarazo en edades tempranas son frecuentes, constituyen un alto riesgo obstétrico pues compromete la vida de la madre y el feto, que se asocian fundamentalmente a las características biológicas de la madre y a la edad gestacional; en conclusión refieren que los principales factores de riesgos están relacionados con el inicio precoz de las relaciones sexuales, la deficiente

educación sexual y los conflictos con la familia. Las complicaciones más significativas asociadas son la enfermedad hipertensiva gestacional, los traumas obstétricos del parto, el recién nacido pretérmino y el bajo peso. (2)

Ecuador 2020, en un estudio realizado por Enriqueta Martínez, Gloria Montero y Rosa Zambrano denominado El embarazo adolescente como problema de salud pública en Latinoamérica, se plantearon como objetivo evaluar el embarazo adolescente como problemática de índole biológico, psicológico y social que involucra tanto a la familia como a la sociedad, haciendo revisiones de estudios que se realizaron en Latinoamérica. Donde concluyen que en Latinoamérica los embarazos no planeados en adolescentes es creciente, y dentro de las complicaciones que enfrentan las adolescentes durante el embarazo tanto para la salud de la madre y el recién nacido, se encuentran la eclampsia, hemorragia posparto y en el recién nacido la dificultad respiratoria, malformaciones congénitas del corazón, sepsis bacteriana. (3)

2018 Guayaquil, Omar A. Medina Rodríguez, en su publicación sobre Complicaciones y consecuencias del embarazo adolescente en un Hospital, propone como objetivo de su estudio el identificar factores de riesgo, las consecuencias de este y las principales complicaciones maternas que sufren las adolescentes, del mismo modo propone identificar las edades más vulnerables donde se produce la mayor incidencia. Este estudio fue retrospectivo, observacional y descriptivo, donde obtuvieron los datos de historias clínicas de gestantes adolescentes, contando con un universo de 9,036, de las cuales 3426 de los casos tuvieron complicaciones como infecciones de vías urinarias, aborto y amenaza de parto pretérmino y entre los menos frecuentes encontraron la placenta previa, hemorragias posparto, trastornos hipertensivos y rotura prematura de membranas, siendo la incidencia de 37.1% de adolescentes embarazadas. (4)

2017 Ecuador, Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años, donde Alava Lucas Génesis, tiene como objetivo el determinar la incidencia de pacientes adolescentes que están embarazadas y tienen de 12 a 18 años en un Hospital de Guayaquil, donde realizó una investigación descriptiva, cuantitativa, no experimental, observacional y analítico, donde concluye que el embarazo en estas edades continua siendo un problema de impacto en la salud pública, debido a su incidencia y eventuales complicaciones como los abortos, problemas de salud materna y neonatal, partos prematuros y otros más. En cuanto a las complicaciones maternas diagnosticadas, reportaron incidencia de infecciones vaginales y urinarias con el 44%, la anemia le siguió como segundo caso con un 21%, la preeclampsia con un 12%, también la Diabetes Mellitus con un 11%, la Eclampsia 55, Virus del Papiloma con un 45 y otras pacientes con inmunodeficiencia que presentaron el 2%. (5)

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

2021 Callao, Ethel Peñaherrera, propuso determinar de qué manera el embarazo no planificado tiene relación con la repercusión en las gestantes mayores de 17 años del centro de salud Manuel Bonilla; para lo cual se plantea un estudio cuantitativo, descriptiva, correlacional de corte transversal, como instrumento la encuesta, con una muestra probabilística de 89 gestantes, dentro de los resultados ella rechaza la hipótesis nula y acepta la hipótesis alterna; en conclusión refiere que existe relación baja directa y significativa al obtener un valor de p valor de 0.252; es decir a mayor embarazo no planificado mayor repercusión en el aspecto Psicológico, social y biológico en las gestantes. (6)

2021 Tacna, Diana Ticona Huanco, tuvo como objetivo en su trabajo determinar los resultados neonatales asociados a embarazo no planificado en el hospital Hipólito Unanue, fue un estudio analítico transversal, para ello seleccionó a 306 madres y a los recién nacidos de estas, seleccionados al azar, las madres incluidas estaban en el rango de edad de 15 a 49 años, con embarazo único y el recién nacido vivo.

Las técnicas usadas fueron una encuesta y el análisis documental. Se realizó análisis bivariado y multivariado por medio de regresión logística y lineal; entre los resultados obtenidos por la autora están: la frecuencia de embarazos no planificados fue del 65%, de los cuales fueron embarazos inoportunos 40,5% y embarazos no deseados 24,5%, asimismo los recién nacidos de embarazos no planificados tuvieron 2,14 veces y los de embarazo inoportuno 2,43 veces mayor probabilidad de nacer con peso insuficiente, los recién nacidos de embarazos no deseados tuvieron 3,49 veces mayor probabilidad de ser prematuros, comparados con los recién nacidos de embarazos planificados. Además, nacer de un embarazo no planificado se asoció con pesos de 208 gramos menos y nacer cuatro días antes, nacer de un embarazo no deseado se asoció con pesar 260 gramos menos y nacer seis días antes, comparado con aquellos que nacieron de embarazos planificados; por lo que concluye que el peso insuficiente al nacer se asoció a embarazo no planificado e inoportuno y la prematuridad a embarazo no deseado. (7)

2019 Huancavelica, Tania Torres Tacuri en su trabajo de investigación titulado “Características presentes en adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista”, se planteó como objetivo de estudio el determinar las características presentes en adolescentes embarazadas, con un tipo de investigación descriptiva, al analizar los resultados manifiesta, que las adolescentes tardías fueron un total de 66,4%, son convivientes 51,4% y con familias integradas 67,3%, dentro de las características obstétricas se identifican que 63,6% de ellas tuvieron un parto, embarazo no deseado 99,1%, presentaron complicaciones el 52,3% y estas fueron la anemia 47,1%, infección del tracto urinario 35,3%, hiperémesis gravídica con un 13,7%, rotura prematura de membranas 5,9% y aborto un 3,9%; asimismo se observa en el estudio que iniciaron su actividad sexual a muy temprana edad de 14 años a 16 años el 72,9%, tampoco recibieron educación sexual 68,2%, no emplearon métodos anticonceptivos 54,2%. (8)

2018 Moyobamba, en el trabajo de investigación titulado “Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio de las adolescentes, en un Hospital de Moyobamba”, Tuesta Arévalo, Zoila tuvo como objetivo el determinar las complicaciones en el embarazo, parto y puerperio de las adolescentes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba, con un diseño de estudio descriptivo simple, transversal, con una población de todas las adolescentes y una muestra de 33 adolescentes embarazadas con complicaciones tomadas de las historias clínicas, obteniendo como resultado que las complicaciones maternas más frecuentes fueron la infección de vías urinarias en un 39.4%, la anemia con un 34.6% y rotura prematura de membranas con un 9.1%, por lo que concluye que la mayoría de las adolescentes sufrieron complicaciones en el embarazo, además de la desproporción céfalo pélvica. (9)

2019 Lambayeque, Rosario Aquino Dionisio, en su estudio “Complicaciones obstétricas en primigestas adolescentes en un Hospital de Lambayeque”, realiza un resumen de estudio de adolescentes entre los 10 a 19 años de edad y refiere que durante el trabajo de parto, debido a la estrechez del canal blando se producen más favorablemente los trabajos de parto distócico, lo cual lleva a cesáreas de emergencia, lo que expone a la adolescente a múltiples complicaciones como sepsis, desgarros, hemorragias, infecciones. Refiere además que durante el embarazo también se presentan complicaciones como anemia, amenaza de parto pretérmino, rotura de membranas y trastornos hipertensivos. (10)

2019 Huancayo, la autora Yucra Gonzales, Nancy realizó una investigación titulada “Complicaciones obstétricas de la segunda mitad del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil el Carmen en Huancayo”, donde su objetivo fue el evaluar las complicaciones obstétricas de la segunda mitad del embarazo en adolescentes, con un estudio descriptivo, retrospectivo formada por una muestra de 214 gestantes adolescentes utilizando una ficha de recolección de datos, donde los resultados fueron: dentro de las

características sociodemográficas las edades comprendidas entre los 13 y 19 años, la edad gestacional mejor de 29 semanas y la mayor 41 semanas; amas de casa fueron el 70,56%, el 70,56% amas de casa, las de educación secundaria 78,04%. Dentro de las complicaciones obstétricas estuvieron las infecciones del tracto urinario con un 52,34%, la ruptura prematura de membranas 36,92%, asimismo los trastornos hipertensivos del embarazo con un 17,76%; el desprendimiento prematuro de placenta con un 1,8% así como la placenta previa con el mismo porcentaje. (11)

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

No se encontraron antecedentes a nivel local.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. EMBARAZO NO PLANEADO

El embarazo no deseado (también denominado embarazo no previsto, no querido, no planeado, no planificado, inesperado, imprevisto o inoportuno) es aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos pre coitales adecuados y la ineffectividad o no administración de métodos anticonceptivos de emergencia posteriores al coito que prevengan un posible embarazo.

Ante un embarazo no deseado y atendiendo a los principios de salud reproductiva de la OMS, puede continuarse con la gestación y llevar a término el embarazo o, si la legislación vigente del país o territorio lo contempla, practicar una interrupción voluntaria del embarazo o aborto inducido, ya sea mediante un aborto con medicamentos o un aborto quirúrgico, dependiendo del periodo de gestación y siempre con la asistencia sanitaria adecuada. En todo el mundo, el 38% de los embarazos son no deseados; unos 80 millones de embarazos no deseados cada año de un total de 210 millones de embarazos en todo el mundo.

Las personas de 10 a 19 años, son los mayores causantes de los “embarazos adolescentes”, que en su gran mayoría son no deseados o no planificados, ya que la mujer queda embarazada por omitir un método anticonceptivo. Más no, por el deseo de ser madre. El embarazo no deseado adolescente responde a problemas sociales que deben ser tratados con mucha delicadeza, ya no debemos solo sugerir soluciones que son ineficientemente aplicadas y sabiendo que a nuestro gobierno poco le importa un problema social tan importante como el nuestro.

El embarazo no deseado en adolescentes genera retraso en el país y se convierte en una problemática social no atendida.

2.2.2. CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO NO PLANEADO O NO DESEADO

Ante un embarazo no deseado o no planeado, las mujeres y las parejas enfrentan decisiones difíciles. Las opciones que se abren son básicamente dos: Intentar interrumpir el embarazo a través de un aborto inducido, con todos los riesgos y consecuencias que este procedimiento conlleva en sociedades en las que está legalmente restringido y continuar con el embarazo no deseado. Cualquiera de estas decisiones tiene consecuencias sobre la salud y la situación social y económica de la mujer, su pareja y su familia. Además, también influyen en las condiciones de salud y de desarrollo de las sociedades. Las consecuencias sobre la salud de las mujeres son indirectas: las más graves se derivan del aborto inducido al que las mujeres recurren para tratar de evitar el embarazo no deseado, y que se realiza en condiciones de clandestinidad e inseguridad. La continuación de los embarazos no deseados también tiene consecuencias sobre la salud de la madre y del hijo, ya que estos ocurren con mayor frecuencia en mujeres en ambos extremos de la edad reproductiva, períodos durante los cuales los riesgos son mayores. Los dos tipos de implicaciones sobre la salud se detallan en las secciones que siguen. Finalmente, los embarazos no deseados tienen consecuencias que van más allá del individuo y afectan a toda la sociedad.

Embarazo en adolescentes, el embarazo en mujeres de menos de 19 años es común en la región. Encuestas recientes señalan que el 14% de las gestaciones en Bolivia en 1998 fueron de adolescentes, el 19% en Colombia en 2000, el 27% en Nicaragua en 1998 y el 17% en Paraguay en 1990. Otra manera de apreciar la magnitud del problema es calcular la proporción de menores de 19 años que están embarazadas o ya han tenido por lo menos un hijo cuando se realiza una encuesta. Esta categoría (adolescentes embarazadas o con un hijo o más) representó un 44% en Bolivia en 1994, un 39% en Colombia en 1995 y un 41% en Paraguay en 1996. En México, el 15,2% de las menores de 20 años ya tuvo su primer hijo. Esta alta frecuencia de embarazos en adolescentes se asocia, obviamente, con un inicio temprano de la vida sexual. Finalmente, otro dato interesante para ilustrar el problema del embarazo en adolescentes es que las parejas jóvenes utilizan anticonceptivos con menor frecuencia que los adultos para retrasar el primer embarazo.

Aborto inducido. Las consecuencias más graves del embarazo no deseado sobre la salud son los problemas que resultan de un aborto inseguro. En los Estados Unidos de América (EE.UU.) se sabe que aproximadamente la mitad de los embarazos no deseados terminan en aborto. Algunas estimaciones señalan que en América Latina y el Caribe, el aborto inducido es el camino elegido en un 17 a 35% de los casos. La interrupción voluntaria del embarazo ha ocurrido en todas las culturas y en todas las épocas, a veces legal y culturalmente aceptado, otra rechazada con violencia. Es un problema complejo que puede abordarse desde la ética y la filosofía, el derecho, la política, la sicología, la sociología, la historia y las ciencias de la salud. Sin embargo, cuando se estudia el aborto inducido desde esta última perspectiva, es imprescindible dejar de lado los profundos conflictos que el tema despierta en individuos, parejas y familias y, en general, en la sociedad, para encararlo como uno de los más importantes problemas de salud pública que enfrentamos en la Región.

El aborto inducido es una de las principales causas de enfermedad y muerte para las mujeres de América Latina y el Caribe. El aborto que se realiza en condiciones inseguras se acompaña con frecuencia de complicaciones secundarias al procedimiento utilizado. Por ejemplo, cuando se introducen objetos no estériles o punzantes en el útero, los riesgos que enfrenta la mujer son enormes, y se agravan cuando esta no cuenta con información que le permita identificar los signos de las complicaciones, cuando retrasa la búsqueda de atención por temor, vergüenza o desconocimiento de adónde acudir, o cuando la calidad de la atención es deficiente. En un estudio realizado en Brasil se estimó que el 20% de los abortos clandestinos realizados por médicos en clínicas y el 50% de los efectuados en casas particulares por la propia mujer o por personal sin entrenamiento se complican. Estos datos contrastan con los provenientes de países donde el aborto es legal y se realiza en buenas condiciones, donde solo el 5% de las mujeres que interrumpen su embarazo sufre algún problema. Las complicaciones inmediatas más frecuentes del aborto inseguro son la perforación del útero, la hemorragia y la infección. A medio plazo, la infertilidad es una secuela frecuente.

En la adolescencia el embarazo no deseado es aún más trascendente que en otros momentos de la vida, debido a las consecuencias biológicas y sociales, tanto para la madre como para el niño, de los embarazos a edades tempranas:

- Las madres muy jóvenes (especialmente las menores de 15 años) tienen una mortalidad materna 2,5 veces mayor que las de 20 a 24 años.
- Las adolescentes corren mayor riesgo de ganar poco peso durante el embarazo, sufrir hipertensión inducida por el embarazo, anemia, infecciones de transmisión sexual y desproporción cefalopélvica.
- Ante un embarazo que la adolescente no está en condiciones de llevar a término, la joven suele carecer de conocimientos, recursos y orientación para resolver su situación. Sola y vulnerable, recurre a los métodos más peligrosos con el fin de interrumpir el embarazo.

Asimismo, el miedo a la censura la lleva a retrasar la asistencia a los servicios de salud para buscar ayuda frente a las complicaciones derivadas de un aborto incompleto. Esta cadena de acontecimientos coloca a la joven en alto riesgo de enfermedad y muerte.

- Los hijos de madres menores de 15 años corren un riesgo dos veces mayor de tener bajo peso al nacer (< 2 500 g) y tres veces mayor de morir en los primeros 28 días de vida que los niños de madres de mayor edad.
- La incidencia de muerte súbita es mayor entre los hijos de adolescentes y, más adelante, estos niños.

2.2.3. COMPLICACIONES MATERNAS DE LOS EMBARAZOS NO PLANEADOS O NO DESEADOS

Las consecuencias mayores de los embarazos no deseados o no planeados, además de psicológicas, sociales y económicas son las siguientes:

2.2.3.1. COMPLICACIONES EN EL I TRIMESTRE DEL EMBARAZO

1. Hiperémesis gravídica

La hiperémesis gravídica (HG) es un síndrome que ocurre en la primera mitad del embarazo, afectando a las gestantes en un 0.3 - 2.0 %, se caracteriza por náuseas y vómitos severos provocando pérdida de peso de al menos un 5% del peso previo al embarazo, deshidratación, cetonuria y trastornos hidroelectrolíticos, atribuidos al pico hormonal de la HCG y el estradiol. En la mujer gravídica las náuseas y los vómitos son muy comunes padeciéndolos en un 70-85%, siendo la principal causa de ausentismo laboral en aproximadamente un 35 % de los casos inician generalmente en las primeras 12 semanas de embarazo. Se define como la presencia de más de tres vómitos por día iniciados entre las semanas 4-8 y continuando hasta la semanas 14 -16. El Centro de

Clasificación Estadística de Enfermedades relacionadas a problemas de salud (The International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems) la define como la persistencia de excesivos vómitos iniciados antes de la semana 23 de gestación. Algunos factores predisponentes para la HG son el antecedente de gestación múltiple, cesárea previa, HG previa, concepción por técnicas de reproducción asistida, embarazo molar, diabetes gestacional, trastorno depresivo, trastorno hipertiroides, úlcera péptica y asma. Varios estudios han documentado que el tabaquismo y la multiparidad reducen el riesgo de HG, esta observación se atribuye a un menor volumen placentario lo que produce menos niveles de hormonas. La HG acontece generalmente en mujeres jóvenes, primíparas, estrato social bajo y con productos de género femenino. El porcentaje de madres con HG es aún mayor cuando el sexo del embrión es femenino respectivamente de 55.6% en comparación al masculino de 44.4%. En madres con el antecedente de más de 3 admisiones hospitalarias la distribución es aún mayor de 62.5% para el género femenino y 37.5 % para el masculino. Los neonatos de madres con HG presentan mayor riesgo de malformaciones congénitas del Sistema Nervioso Central, bajo peso al nacer menor al 10 percentil y un Apgar a los 5 minutos <7.

2. Infección del Tracto Urinario

La infección del tracto urinario (ITU), es una de las más frecuentes infecciones que se dan durante el embarazo. Los microorganismos que se relacionan con esta son las enterobacterias, la más común con un 80% es la *Escherichia coli*, la *Klebsiella* ssp, *Proteus mirabilis*, *enterobacter* ssp, el *Streptococcus* del grupo B y *Staphylococcus coagulasa* negativo. Entre otros menos comunes se tiene a la *Gardnerella vaginalis* y *Ureaplasma ureolyticum*.

Bacteriuria asintomática: es la infección más común durante el embarazo, que se produce entre 2 a 7% de mujeres embarazadas. Viene a ser la colonización bacteriana del tracto urinario inferior y no presenta síntomas. Suele realizarse el diagnóstico por la presencia de 100,000 unidades formadoras de colonias de un mismo germen en un cultivo de orina recogido en la mitad de la micción. Los factores que predisponen están el bajo nivel socioeconómico, edad de la mujer, comportamiento sexual e historia de infecciones previas, también otras enfermedades como la Diabetes Mellitus, inmunocompromisos y patologías neurálgicas.

Cuando esta patología no es tratada, puede verse complicada. Según autores la progresión de esta puede llevar a una pielonefritis que se da entre el 20 a 50%, riesgo de parto pretérmino aproximadamente el doble en mujeres embarazadas que nunca presentaron la enfermedad. Podría ser por la provocación directa de la labor de parto por parte de las endotoxinas bacterianas o por una cascada mediada por prostaglandinas.

Cistitis: esta enfermedad complica de 1 a 4% los embarazos. El cuadro clínico presenta disuria, polaquiuria, piuria, tenesmo vesical y a veces hematuria. No presenta fiebre ni dolor lumbar lo que ayuda en la diferenciación de una infección urinaria alta. El diagnóstico incluye urocultivo positivo asociado a sintomatología. Si en caso fuera que presente sintomatología con urocultivo negativo debe sospecharse infección por Chlamydia.

Pielonefritis: es la complicación más grave y frecuente durante la gestación, incidencia de 1 a 2% y en presencia de bacteriuria asintomática este porcentaje puede elevarse por encima de 25% hasta 50%. Se presenta con mayor frecuencia durante el segundo y tercer mes de gestación. Es causa de infección de la vía excretora alta y del parénquima renal de uno o ambos riñones, si la BA no es diagnosticada y tratada a tiempo. Los

síntomas incluyen disuria, polaquiuria, micción urgente, existe dolor supra púbico, orina mal oliente y a veces hematuria, que se acompañan de fiebre, dolor lumbar que es intenso, escalofríos, sudoración, alteraciones del estado general. Cuando se realiza la exploración física existe puño percusión lumbar homolateral positiva. Para su diagnóstico clínico se confirma con un urocultivo mostrando $>100,000\text{UFC/ml}$ de orina. El tratamiento temprano y agresivo es importante para prevenir complicaciones de la pielonefritis.

3. Anemia

La 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.

La anemia ferropénica, la más común, tiene su origen en una deficiencia de hierro, en ocasiones a causa de una alimentación escasa o inadecuada, pero en la mujer gestante se debe a múltiples transformaciones que se producen en esta etapa, si bien el aumento del volumen sanguíneo y de los requerimientos de hierro son las más importantes.

Durante el embarazo aumenta el volumen sanguíneo hasta un 50% más y disminuye la concentración de hemoglobina, por lo que es frecuente apreciar una anemia leve (anemia gravídica), que no suele requerir tratamiento. Este hecho es más evidente a partir de la semana 30. Los valores de hemoglobina (Hb) que se consideran normales oscilan entre 12-16 g/dL si la mujer no está embarazada y entre 11-14 g/dL cuando sí lo está. Cuando las cifras

de Hb caen por debajo de 9 g/dl se habla de una anemia grave y sus consecuencias pueden ser importantes tanto en la madre como en el futuro bebé.

Está asociada al propio embarazo, ya que el volumen de sangre en la mujer embarazada aumenta hasta en un 50%, mientras que los glóbulos rojos no se incrementan y su concentración en la sangre permanece disminuida hasta el final de la gestación. Las cifras de Hemoglobina no suelen descender de 11 g/dl y, por tanto, no suelen requerir tratamiento.

➤ **Anemia ferropénica**

La anemia ferropénica, por deficiencia de hierro, es la más frecuente durante el embarazo (90%); seguir una dieta equilibrada y tomar suplementos de hierro antes, durante, y después del embarazo previene su aparición. Normalmente esta deficiencia no afecta al feto, pero si la anemia es grave (el valor de la hemoglobina desciende por debajo de 7g/dL) puede repercutir negativamente en la gestación, y está relacionada con nacimientos prematuros, riesgo de infecciones, e incluso abortos y mortalidad perinatal. Se aconseja la medición de los niveles de ferritina para cuantificar más exactamente los depósitos de hierro.

➤ **Anemia megaloblástica**

Es la segunda anemia más frecuente durante la gestación. Generalmente se produce por un déficit de ácido fólico o de vitamina B12. El ácido fólico no se acumula en el cuerpo, ya que se trata de una vitamina hidrosoluble que se elimina a través de la orina, por lo que es preciso obtenerlo a través de la dieta o los suplementos de forma continuada. La deficiencia de ácido fólico en la madre puede originar defectos congénitos graves en el bebé como espina bífida, y se aconseja que las mujeres que tengan intención de quedarse embarazadas tomen suplementos de esta

vitamina antes de la concepción y durante el primer trimestre del embarazo.

La vitamina B12 contribuye a la formación de los glóbulos rojos, y se encuentra en la carne de vaca y de aves, la leche y sus derivados, los huevos, etcétera. Las mujeres vegetarianas (al no ingerir alimentos de procedencia animal) tienen muchas posibilidades de padecer deficiencias de esta vitamina, y necesitar suplementos de la misma durante el embarazo.

➤ **Clasificación de la anemia**

	LEVE	MODERADA	SEVERA
Hemoglobina gr	10 – 10.9 g/dl	7 – 9.9 g/dl	Menor 7 g/dl
Hematocrito %	33 - 27	26 - 21	Menor de 20

Fuente: Norma Técnica 134 MINSA/2017

La clínica dependerá de la reserva funcional, intensidad y causa de la anemia.

GRADO LEVE: fatigabilidad, palpitaciones y somnolencia, síntomas además comunes del embarazo.

GRADO MODERADO: taquicardia, palidez, sudoración y disnea de esfuerzo.

GRADO SEVERO: inestabilidad hemodinámica asociado a pérdidas agudas e intensas de sangre que obligan a su hospitalización.

➤ **Factores de Riesgo**

- Adolescentes.
- Madre múltipara.

- Periodos intergenésico corto (menos de 2 años)
- Antecedentes de hipermenorrea.
- Dietas con baja biodisponibilidad de hierro.
- Ingesta habitual de alimentos inhibidores de la absorción de hierro.
- Síndrome de mala absorción.

➤ **Influencia de las anemias en el embarazo**

- Dependerá del grado y tipo de anemia.
- Embarazo de alto riesgo: Hb menor a 7 y hto menor a 20%, mayor hipoxia fetal, retardo de crecimiento, parto pre termino.
- Infecciones urinarias.
- Infección puerperal.
- Placentación anormal en la anemia por deficiencia de folatos.
- Afecciones cardiacas.
- Insuficiencias pulmonares.
- Abortos. (12)

2.2.3.2. COMPLICACIONES EN EL II TRIMESTRE DEL EMBARAZO

1. Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU)

Viene a ser la insuficiente expresión del potencial genético de crecimiento fetal, llamado también crecimiento intrauterino restringido (CIR).

Se denomina pequeño para la edad gestacional (PEG) al feto con crecimiento menor a lo esperado, que va a estar determinado por su peso fetal estimado por debajo del percentil 10 para su edad gestacional.

Estos pequeños tienen 3 tipos de patrones que responden a diferentes etiologías:

1. Fetos constitucionalmente pequeños. No tienen ninguna patología.
2. Fetos pequeños por una insuficiencia placentaria. Son fetos con crecimiento intrauterino restringido, se asocian en su mayoría con preeclampsia.
3. Fetos pequeños por una condición extrínseca a la placenta. Este grupo incluye las infecciones fetales, síndromes genéticos, cromosopatías, malformaciones congénitas y secuelas de exposiciones tóxicas.

Las causas son:

- a. Fetales: cromosopatías, genopatías, malformaciones congénitas, embarazos múltiples, infecciones, anemia, etc.
- b. Placentarias: anomalías uterinas, miomas, tumores placentarios, trombo hematomas, mosaicismos, inserción velamentosa, arteria umbilical única.
- c. Maternas: trombofilias, nefropatías, vasculopatías, hipóxica, cardiopatías, malnutrición, tóxicos, infecciones, farmacológicas.

Factores de riesgo:

1. Historia previa de alteraciones del crecimiento.
2. Antecedentes de muerte perinatal
3. Factores ambientales: tóxicos, alcohol, tabaco, drogas, radiación ionizante.
4. Infecciones.
5. Enfermedades maternas: trombofilias, enfermedades renales y vasculares, obesidad, diabetes, hipertensión arterial.

Diagnóstico

Debemos conocer dos variables: Peso estimado y edad gestacional. Cálculo del peso estimado fetal: para ello se recomienda utilizar la fórmula de Hadlock, midiendo el perímetro

cefálico, la circunferencia abdominal y la longitud del fémur. Tiene un error estimado de +/- 15% del peso real.

Cálculo del percentil de crecimiento: después de estimar el peso fetal y conociendo la edad gestacional se calcula el percentil de crecimiento. Al comparar los valores obtenidos del peso fetal por ultrasonido con las curvas de Hadlock, se asignan los percentiles correspondientes a cada medición.

La datación del embarazo se debe realizar comparando la edad gestacional por FUM y una ecografía del 1º trimestre.

En caso de no tener ecografía del 1º trimestre se debe hacer curva de crecimiento con nueva valoración de peso fetal ecográfico como mínimo de dos semanas.

Los que tienen un peso por debajo del p3 presentan un riesgo aumentado por sí solos, por lo que se incluyen directamente en el grupo de fetos con crecimiento restringido. El peso <p3 aumenta 20 veces la mortalidad perinatal.

Los que tienen un peso entre el p3 y p10 deben ser estudiados para diferenciarlos de los PEG sin patología y allí surge como herramienta la velocimetría por Doppler obstétrico. (13)

2. Amenaza de parto pretérmino

El parto pretérmino es la complicación más frecuente, las cifras del Instituto Nacional de Estadística del año 2018, dice que representa un 6,5-9% del total de partos que se producen en nuestro medio. Es la principal causa de morbilidad y mortalidad neonatal y la segunda en niños por debajo de los 5 años.

Amenaza de parto pretérmino: el cuadro clínico se caracteriza por la presencia de contracciones uterinas regulares con modificaciones cervicales que se produce entre las 22.0 y 36.6

semanas de gestación en gestantes con membranas amnióticas íntegras.

– Parto pretérmino: es el parto que se produce antes de las 37.0 semanas de gestación.

Puede ser de inicio:

- Espontáneo: representa el 31-45% de los partos pretérmino.
- Yatrógeno: inducido por indicación médica secundaria a patología materna o fetal.

En función de la edad gestacional en el momento del parto diferenciamos:

– prematuro extremo: aquel recién nacido prematuro cuyo parto se produce antes de las 28.0 semanas de gestación. Representa el 5% de los partos pretérminos.

– prematuro grave: el que nace entre las 28.0 y 31.6 semanas de gestación. Representa el 15% de los partos pretérmino.

– prematuro moderado: el que nace entre las 32.0 y 33.6 semanas de gestación (20% partos pretérmino).

– prematuro leve: entre las 34.0 y 36.6 semanas (60% partos pretérmino).

Los factores de riesgo son:

Obstétricos:

- Historia de parto pretérmino previo
- Antecedentes de aborto del segundo trimestre
- Embarazo múltiple
- Sobredistensión uterina
- Alteraciones vasculares

Maternos:

- Cirugía cervical
- Anomalía uterina congénita
- Dilatación cervical, legrado uterino

- Antecedente de cesárea anterior en dilatación completa prolongada

Sociodemográficos:

- Hábito tabáquico
- Bajo peso materno pregestacional (IMC<19,8)
- Periodo intergenésico corto.
- Raza afroamericana y afrocaribeña
- Estrés materno

Otros mecanismos:

- Infección intraamniótica
- Infecciones extrauterinas
- Senescencia celular
- Disminución de la acción de la progesterona. (14)

2.2.3.3. COMPLICACIONES EN EL III TRIMESTRE DEL EMBARAZO

Hipertensión arterial.- Se considera que hay hipertensión cuando hay una elevación sostenida de la presión arterial. Así, los valores de presión sistólica estarían por encima de 140 mmHg, mientras que los de la presión diastólica se situarían superando los 90 mmHg.

Proteinuria.- Es la presencia de proteínas en la orina, detectables mediante analítica. Para hablar de proteinuria debe haber una excreción urinaria de proteínas mayor de 30 mg/dl en tiras reactivas o bien de 300 mg/dl si se hace un análisis de orina de 24 horas.

Preeclampsia.- La preeclampsia es una patología exclusiva del embarazo. Se presenta a partir de la semana 20 y hasta el día 30 posparto, y se caracteriza por la aparición de hipertensión arterial y proteinuria (proteínas en la orina). La preeclampsia

también puede ir acompañada de edema, aunque no es una condición necesaria para diagnosticar la enfermedad.

Edema.-Se trata de la hinchazón de los tejidos blandos provocada por la acumulación del líquido intersticial (el líquido que rodea a las células).

La preeclampsia (conocida también como toxemia o gestosis) es una de las complicaciones más graves del embarazo, pues el estado de salud de madre e hijo se puede ver gravemente comprometido si no se pone el tratamiento adecuado. Así, supone un riesgo de daño cerebral o neurológico, de alteraciones pulmonares y renales y de trastornos en la coagulación sanguínea, entre otros, que pueden ser fatales.

Tres de cada cuatro trastornos hipertensivos originados en el embarazo están provocados por la preeclampsia y la eclampsia (una forma mucho más grave de preeclampsia), mientras que el restante 30% deriva de pacientes con problemas de hipertensión previa a estos nueve meses.

Estos son los diferentes niveles de gravedad de la preeclampsia:

Preeclampsia leve: La presión arterial se sitúa en valores a partir de 140/90 mmHg, o se ha constatado una elevación de 30 mmHg en la presión sistólica y de 15 mmHg en la presión diastólica (conociendo previamente los valores basales). La proteinuria es de más de 300 mg en 24 horas, y no hay vasoespasmo (contracción de los vasos sanguíneos).

Preeclampsia severa: La presión arterial es de 160/110 mmHg o superior, la proteinuria es mayor de 5 gramos en 24 horas y hay otros síntomas como edema, cefaléa, acúfenos y fosfenos (sensación de ver manchas luminosas).

Preeclampsia sobreañadida: En el caso de que la paciente tuviera problemas de riñón o de hipertensión anteriores al embarazo, se habla de preeclampsia sobreañadida.

Preeclampsia recurrente: Se denomina así a la preeclampsia que aparece en la misma embarazada en dos gestaciones distintas.

➤ **Causas**

Hasta el momento no se ha descubierto la causa exacta que da origen a la preeclampsia. Se han estudiado sus factores de riesgo y se sabe cómo se desarrolla, pero no se ha llegado al fondo de la enfermedad para identificar las claves que la precipitan. Durante el embarazo, el organismo materno sufre una vasodilatación, pues las necesidades sanguíneas se multiplican debido a las demandas del feto. En una gestación sin complicaciones, las arterias espirales uterinas se irían sustituyendo por células trofoblásticas (las que dan lugar a la placenta). Este mecanismo asegura la vasodilatación que permite aumentar considerablemente el caudal sanguíneo que llega al feto y a la placenta. Pero con la preeclampsia, este proceso no se desarrolla con normalidad, dando lugar a una isquemia placentaria (deficiente aporte sanguíneo a la placenta). Por ello, en una gestante que sufra preeclampsia se observa vasoconstricción generalizada en lugar de la esperable vasodilatación.

Se cree que, tras la preeclampsia, pueden estar distintos trastornos:

Alteraciones autoinmunes

Problemas vasculares.

Factores hereditarios (tanto por vía materna como por vía paterna).

Dieta desequilibrada con escasez de calcio.

Entre los factores de riesgo de la preeclampsia están:

- Primer embarazo. La mujer está más predispuesta a sufrir preeclampsia en su primer embarazo, lo que se ha relacionado con los factores inmunológicos que parecen estar detrás de esta alteración.
- Embarazos múltiples.
- Preeclampsia o eclampsia en anteriores embarazos.
- Tener dos embarazos en menos de dos años, o bien que entre las dos gestaciones haya un intervalo muy largo.
- Infecciones de vías renales recurrentes o alteraciones renales.
- Antecedentes de enfermedades crónicas como diabetes o hipertensión arterial.
- Obesidad (con un IMC mayor a 30) o, por el contrario, desnutrición.
- Edad de la madre. Quedarse embarazada con más de 35 años eleva también el riesgo de preeclampsia, al igual que hacerlo con menos de 18 años.
- Síndrome de ovario poliquístico.
- Factores emocionales. Se cree que la depresión en el embarazo, un índice elevado de estrés u otros acontecimientos que alteren el estado anímico de la madre pueden aumentar el riesgo de preeclampsia.

➤ **Síntomas**

La preeclampsia es una enfermedad que, en sus fases iniciales, puede cursar sin síntomas alarmantes. Muchas embarazadas que tienen preeclampsia no son conscientes de ella, ya que no se encuentran mal.

Hay que tener en cuenta que la preeclampsia y sus síntomas aparecen a partir de la semana 20 de embarazo (aunque es más frecuente que lo haga al final del mismo) y que la enfermedad se puede desarrollar hasta 30 días después del parto. Ello debe ser tenido en cuenta para mantener las revisiones de la gestante, tomando las cifras de tensión hasta pasada la época de riesgo.

Hay síntomas de la preeclampsia que pasan inadvertidos, a no ser que se realicen chequeos, pero hay otros que pueden observarse en el aspecto físico.

➤ **Los síntomas no evidentes de la preeclampsia son los siguientes**

Tensión arterial elevada. La presión arterial sistólica estaría entre 140 mmHg si se trata de una preeclampsia leve, y superaría el valor de 160 mmHg en el caso de una preeclampsia grave.

Proteinuria (presencia de proteínas en la orina). La cantidad de proteínas en la orina sería de 300 mg o más en 24 horas (en el caso de preeclampsia leve) y 5 g o más en orina de 24 horas (si se trata de preeclampsia grave).

Trombocitopenia (disminución de plaquetas en sangre). Se presenta en ocasiones, tanto para la preeclampsia leve como para la grave.

Hemólisis intravascular (destrucción de los glóbulos rojos que ocurre dentro de los vasos sanguíneos). No se produce si la preeclampsia es leve, pero sí puede darse si la preeclampsia es grave.

➤ **Los síntomas más evidentes de la preeclampsia**

Edema o hinchazón. Aunque en el embarazo es normal que ciertas partes del cuerpo de hinchen (como los pies), el edema que alerta de una posible preeclampsia afecta a las manos y a la cara,

fundamentalmente. Hay que fijarse, sobre todo, en la zona ocular y bajo los ojos, pues si muestra hinchazón repentina, hay que descartar que anuncie una preeclampsia.

Mucho aumento de peso en poco tiempo. Cuando la embarazada gana más de 1 kg a la semana hay que investigar si hay preeclampsia.

Dolor abdominal, sobre todo localizado en el hemiabdomen derecho, bajo el arco costal inferior. No aparece si la preeclampsia es leve, pero sí cuando es aguda, en relación con el posible aumento hepático. El dolor se puede confundir con acidez gástrica o molestias procedentes de un trastorno biliar, entre otros.

Dolor en el hombro derecho, que puede ser reflejo del dolor abdominal. Es uno de los síntomas más típicos y curiosos de la preeclampsia. Toda embarazada que note dolor en su hombro derecho debe consultarlo con el médico para descartar la presencia de esta enfermedad.

Baja producción de orina (oliguria). Cuando hay preeclampsia, la embarazada baja la producción de orina, por lo que las micciones son menos frecuentes. Este síntoma se presenta de forma muy leve si la enfermedad no reviste demasiada gravedad, pero si es una preeclampsia grave, será más evidente. En parte es debido a los trastornos vasculares y el líquido intersticial que se acumula en forma de edema.

Dolores de cabeza (cefaleas). Son dolores que no desaparecen ni siquiera tomando medicación. Se presentan tanto en la preeclampsia leve como en la más grave.

Sensaciones auditivas y visuales. Oír ruidos (acúfenos), ver destellos, tener doble visión o dejar de ver con nitidez son algunos de los síntomas de la preeclampsia. Se hacen presentes y

recurrentes en el caso de la preclampsia grave, pues en la leve es muy raro que aparezcan.

Náuseas y vómitos al final del embarazo. Las náuseas y los vómitos que no revisten gravedad suelen ceder en el primer trimestre del embarazo. Por eso, la aparición de náuseas y vómitos al final del embarazo se considera una señal de alarma de una posible preeclampsia grave, ya que, en este caso, estamos ante vómitos de origen central por afectación del sistema nervioso.

Puede cursar con otros síntomas de afectación neurológica como síndrome vertiginoso, somnolencia, irritabilidad, excitabilidad y desorientación, entre otros.

Ante cualquiera de estos síntomas hay que consultar cuanto antes al médico o acudir a un Servicio de Urgencias.

➤ **Diagnóstico**

Una de las claves para diagnosticar la preeclampsia son los valores de la presión arterial. Cuando una embarazada que previamente no tenía problemas de hipertensión muestra unos valores de presión arterial superiores a 140/90 mmHg se habla de preeclampsia.

Para confirmar el diagnóstico de la hipertensión arterial se precisa hallar en dos ocasiones separadas al menos 6 horas una de otra, las cifras de 140/90 mm Hg, o un aumento de TAS (Tensión arterial sistólica) de al menos 30 mm Hg, o un aumento de TAD (Tensión Arterial diastólica) de al menos 15 mm Hg.

Se define una preeclampsia grave si se superan en dos ocasiones, separadas al menos de 6 horas una de otra, cifras de TA de 160/110 mm Hg, o tensión arterial diastólica mayor o igual a 120 mmHg aunque sea en una ocasión o incremento de la tensión arterial sistólica de 60 mmHg o de la tensión arterial diastólica en 30 mmHg sobre la tensión basal.

El obstetra hace un examen físico en cada una de las citas para observar si hay o no edema, además de vigilar la ganancia de peso de la embarazada (que no ha de ser superior a 1 kg en una semana, ni muy brusca en 2 o 3 días).

Además, el médico controlará, mediante un análisis de orina, si hay o no proteinuria (presencia de proteínas en la orina), teniendo en cuenta que los valores patológicos están por encima de 300 mg/24 horas.

Mediante las analíticas de sangre rutinarias del embarazo, el médico puede valorar también si las enzimas del hígado registran valores alterados y si hay trombocitopenia (en este caso, el número de plaquetas sería inferior a 100.000). También es importante analizar si los factores de coagulación presentan algún problema.

La evolución del feto también puede ayudar a diagnosticar una preeclampsia. Así, las ecografías periódicas permiten al especialista examinar el estado de la placenta. Pero, además, la preeclampsia se puede manifestar con crecimiento intrauterino retardado (CIR) y con pérdida de bienestar fetal (también conocida como sufrimiento fetal). El CIR no sucede en todos los casos de preeclampsia leve, pero sí con mucha frecuencia cuando la patología es grave. Con respecto a la pérdida de bienestar fetal, se puede observar en algunos casos, independientemente de la gravedad de la preeclampsia.

Para hacer un diagnóstico precoz de la preeclampsia en aquellas mujeres con más riesgo se puede optar por realizar una exploración Doppler de las arterias maternas, haciendo especial hincapié en la uterina.

Es muy importante tener en cuenta los criterios de gravedad de una preeclampsia:

Tensión arterial sistólica mayor o igual a 160 mmHg o tensión arterial diastólica mayor o igual a 110 mmHg registrados en dos ocasiones con intervalos no menor de 6 horas y en estado de reposo o tensión arterial diastólica mayor o igual a 120 mmHg aunque sea en una ocasión o incremento de la tensión arterial sistólica de 60 mmHg o de la tensión arterial diastólica en 30 mmHg sobre la tensión basal.

- Proteinuria mayor o igual a 500 mg en 24 horas.
- Disfunción hepática.
- Trastornos cerebrales o visuales.
- Dolor epigástrico.
- Trombocitopenia de 100.000 plaquetas o menos.
- Ácido úrico mayor o igual a 7 mg/dl.
- Aparición de crecimiento intrauterino retardado y/o oligoamnios.

➤ **Fin del parto**

En todo caso, y si la preeclampsia leve se va controlando bien, la gestación debe concluir al llegar a la semana 40, sin sobrepasar ese umbral.

Cuando estamos ante una preeclampsia grave, el parto suele provocarse a partir de la semana 32, o incluso antes si fuera necesario. El problema mayor de la prematuridad del bebé es la inmadurez pulmonar, que se resuelve mediante la administración de corticoides.

Ante una preeclampsia grave, la madre siempre deberá tomar tratamiento antihipertensivo para estabilizar su tensión arterial. Estos fármacos suelen administrarse por vía intravenosa. Ahora bien, no conviene hacer bajar los valores de presión arterial más de 140/90 mmHg, pues de ese modo la perfusión

placentaria (el flujo sanguíneo que llega a la placenta) disminuiría de forma nociva para el feto.

A la embarazada se le puede prescribir también sulfato de magnesio con objeto de prevenir el riesgo de eclampsia (una complicación de la preeclampsia que cursa con convulsiones y puede ser fatal) y de hiperreflexia (respuesta exagerada del organismo ante estímulos). El bienestar fetal ha de ser vigilado mediante ecografía y otras técnicas de diagnóstico por imagen, como el Doppler, que permite visualizar los vasos sanguíneos del bebé y su posible afectación.

Como la madre debe ser estrechamente vigilada por el médico, en muchos casos se requiere hospitalización. El parto se programará dependiendo del grado de afectación de madre e hijo.

Si el embarazo está a término, hay que estabilizar médicamente a la madre primero y después provocar el parto.

Si es una gestación de más de 32 semanas, será la madurez pulmonar la que indique el momento de finalizar el embarazo, aunque si la salud de madre e hijo lo requiere, el parto se puede indicar en cualquier momento.

Si la mujer cuenta con menos de 32 semanas de embarazo, habrá que valorar cuidadosamente el estado del feto, teniendo en cuenta su peso y el desarrollo pulmonar que haya alcanzado. Así, el embarazo puede interrumpirse en cuanto se estime que es más peligroso para madre e hijo continuar con la gestación que asumir los riesgos derivados de la prematuridad del niño.

➤ **Evolución**

La preeclampsia se resuelve cuando la mujer da a luz, sin embargo, algunos de sus síntomas pueden prolongarse durante varias semanas en el posparto; en especial, la hipertensión arterial,

que se puede descompensar aún más en los días justamente posteriores al nacimiento del bebé.

Durante el curso de la enfermedad, la preeclampsia puede evolucionar a otras manifestaciones aún más graves: la eclampsia y el síndrome de Hellp.

Durante el curso de la enfermedad, la preeclampsia puede evolucionar a otras manifestaciones aún más graves:

Eclampsia: Sucede cuando la preeclampsia deriva en convulsiones y/o estado de coma de la embarazada. Es una situación muy grave que puede ser fatal tanto para la madre como para el niño, y que se presenta a partir de la semana 20 del embarazo, durante el parto o tras dar a luz. Hay inminencia de eclampsia cuando en la gestante se registran unos valores de presión arterial superiores a 185/115 mmHg, proteinuria mayor a 10 gramos, hiperreflexia generalizada, pérdida total o parcial de la visión y dolor en el epigastrio que irradia hacia atrás por el abdomen en forma de cinturón (o barra).

Síndrome de Hellp: El síndrome de Hellp se caracteriza por hemólisis (destrucción de los glóbulos rojos), elevación de las enzimas hepáticas y bajo recuento de plaquetas. Su nombre es la abreviatura en inglés de hemólisis (HE); elevación de las enzimas (EL) y bajo recuento de plaquetas (LP). Es un episodio muy grave, que puede manifestarse incluso cuando no se había diagnosticado la preeclampsia, y que, si no se trata, puede ocasionar la muerte. Sus síntomas son parecidos a los de una virasis, una hepatitis o una gastroenteritis, por lo que puede pasar inadvertida en un principio, ya que cursa con malestar general y dolor abdominal (en el epigastrio y en el hipocondrio derecho). Un 15% de las mujeres con preeclampsia pasarán a desarrollar esta forma severa de la enfermedad mediante el síndrome de Hellp.

➤ **Además, es posible que surjan otras complicaciones de la preeclampsia**

- **Desprendimiento prematuro de placenta.** El desprendimiento de placenta es una situación muy grave que obliga a concluir inmediatamente el embarazo mediante una cesárea. Supone la separación de la placenta de la zona en la que se inserta, y es más frecuente cuando hay síndrome de Hellp.
- **Problemas renales.** La preeclampsia puede conllevar una insuficiencia renal aguda. Así, la alteración renal más característica dependiente de la preeclampsia es la glomérulo endoteliosis, por la que se eliminan proteínas plasmáticas, dando lugar a la proteinuria.
- **Edema pulmonar.** El pulmón también se puede ver afectado por la preeclampsia en forma de edema pulmonar agudo. Es una complicación más propia de la preeclampsia grave y de la eclampsia, y puede ocasionar la muerte en el periodo posparto.
- **Hemorragia cerebral u otros accidentes cerebrovasculares.** La hemorragia cerebral es la principal causa de la muerte en pacientes con preeclampsia o con eclampsia (un 60% de las defunciones por este motivo se producen por una hemorragia cerebral). La hemorragia cerebral producida por preeclampsia suele presentarse con convulsiones y coma.
- **Edema cerebral.** La hipertensión arterial propia de la preeclampsia eleva la presión intracraneal, lo que produce extravasación de líquidos, generándose el edema cerebral.
- **Ruptura hepática.** Afortunadamente es una complicación rara de la preeclampsia y de la eclampsia, dado su elevado índice de muerte. Se manifiesta con dolor epigástrico o en el cuadrante superior derecho que se irradia al hombro. Se trata de un dolor muy intenso que no cesa y que aumenta

con la respiración y con todas las situaciones que incrementan la presión intrabdominal. Varios días antes ofrece síntomas como náuseas y vómitos, taquicardias, ictericia y palidez.

- **Alteraciones en la coagulación.** El metabolismo de los factores de coagulación de la sangre puede verse alterado con la preeclampsia, formándose trombos y dando lugar a hemorragias.

➤ **Efectos sobre el feto**

La preeclampsia también afecta al estado del feto, ya que el flujo sanguíneo, que es el que provee al bebé de nutrientes y oxígeno, se ve alterado. Los efectos adversos de la preeclampsia sobre el niño serán más graves cuanto más tiempo se prolongue el cuadro de preeclampsia y cuanto más severo sea.

El feto puede sufrir crecimiento intrauterino retardado (CIR), también conocido como retraso en el crecimiento uterino. Esta alteración conlleva que el feto no se desarrolle según los parámetros saludables que le corresponden de acuerdo con su edad gestacional y, en los casos más graves, puede ocasionarle la muerte. El CIR puede observarse hasta en un 31% de las gestaciones que cursan con preeclampsia.

También se produce oligoamnios (disminución de la cantidad de líquido amniótico), que implica, igualmente, la posibilidad de alteraciones en el crecimiento fetal. Además, la presencia de oligoamnios dificulta el parto y eleva la posibilidad de tener complicaciones con el cordón umbilical.

Además, actualmente, la preeclampsia es una de los factores que más influye en la prematuridad, tanto espontánea como inducida, con los problemas que esto conlleva para el niño de bajo peso al nacer y alteraciones de todo tipo: respiratorias, metabólicas, cardíacas, inmunitarias, digestivas, oftalmológicas,

auditivas. De hecho, el parto de un embarazo con preeclampsia debería suceder en una maternidad que cuente con Servicio de Neonatología por los posibles cuidados específicos que precisará el niño nada más nacer.

La preeclampsia también produce un aumento de la mortalidad perinatal. Ocurre entre un 3,5 y un 35 %. Esto guarda relación con las cifras de tensión arterial de la madre, la gravedad de la proteinuria y los valores de ácido úrico. Las causas más frecuentes son la placenta previa, asfixia fetal y otras complicaciones derivadas de la inmadurez y la prematuridad. (15)

2. Rotura prematura de membranas

Se define como la ruptura de las membranas amnióticas, antes de que la mujer se encuentre en trabajo de parto.

La rotura prematura de membranas puede ocurrir a término (≥ 37 semanas) o antes (llamada rotura prematura de membranas pretérmino si ocurre < 37 semanas). La rotura prematura de membranas pretérmino predispone al parto pretérmino. La rotura prematura de membranas siempre aumenta el riesgo de infección en la mujer (corioamnionitis) o el neonato (sepsis), al igual que el riesgo de presentaciones fetales anormales y de desprendimiento de placenta. Los estreptococos del grupo B y la escherichia coli son causas comunes de infección. Otros microorganismos en la vagina también pueden causar infecciones. La rotura prematura de membranas pretérmino prolongada antes de la viabilidad (a < 24 semanas) aumenta el riesgo de deformidades de los miembros (p.ej., posición anormal de las articulaciones) e hipoplasia pulmonar debido a la pérdida del líquido amniótico (denominado secuencia o síndrome de Potter).

El intervalo entre la rotura prematura de membranas y el inicio del trabajo de parto espontáneo (período latente) y el parto varía inversamente con la edad gestacional. A término, $> 90\%$ de las

mujeres con rotura prematura de membranas comienzan con el trabajo de parto dentro de las 24 h; entre las 32 y las 34 semanas, el promedio del período de latencia es de 4 días.

➤ **Signos y síntomas**

Típicamente, a menos que aparezcan complicaciones, el único síntoma es la pérdida de un chorro repentino de líquido por la vagina. La presencia de fiebre, flujo vaginal abundante o fétido, dolor abdominal y taquicardia fetal, especialmente si no tiene proporción con la temperatura materna, sugiere una corioamnionitis.

➤ **Diagnóstico**

Acumulación visible de líquido amniótico en la vagina o visualización de vérnix o meconio

Evaluación del líquido vaginal que muestra helechificación o alcalinidad (color azul) en el papel de nitrazina

A veces, la ecografía muestra oligohidramnios

Se realiza un examen con espéculo estéril para verificar la rotura prematura de membranas, estimar la dilatación cervical, recoger líquido amniótico para pruebas de madurez fetal y obtener muestras de cultivos cervicales. El tacto vaginal, especialmente repetido, aumenta el riesgo de infección y es mejor evitarlo a menos que se anticipe un parto inminente. Debe establecerse la posición fetal. Si se cree que hay una infección intraamniótica subclínica, una amniocentesis (obtención de líquido amniótico usando la técnica estéril) puede confirmar la infección.

El diagnóstico se presume si el líquido amniótico parece estar saliendo del cuello o si se visualizan vérnix o meconio. Otros indicadores menos precisos incluyen líquido vaginal que cristaliza en hojas de helecho cuando se seca en un portaobjetos o vuelve

azul el papel de nitrazina, lo que indica alcalinidad y, por lo tanto, la presencia de líquido amniótico; el líquido vaginal normal es ácido. Los resultados de las pruebas de nitrazina pueden ser falsos positivos si la muestra está contaminada por sangre, semen, antisépticos alcalinos, o por orina o si la mujer tiene vaginosis bacteriana. El oligohidramnios, detectado por ecografía, sugiere el diagnóstico.

Si el diagnóstico es dudoso, puede instilarse índigo carmín usando una amniocentesis guiada por ecografía. La aparición del colorante azul en un tampón vaginal o en la compresa confirma el diagnóstico.

Si el feto es viable, en general la mujer es internada para evaluación fetal seriada.

➤ **Tratamiento**

Asumir que las membranas están rotas si se acumula líquido amniótico en la vagina o si se visualiza vérnix o meconio.

La cristalización del líquido vaginal en hojas de helecho, la alcalinidad del líquido vaginal (detectada por papel de nitrazina) y el oligohidramnios son indicadores menos específicos de la rotura prematura de la membranas ovulares.

Considerar la inducción del parto si existe compromiso fetal, infección, o evidencia de madurez pulmonar fetal o si la edad gestacional es > 34 semanas.

Si el parto no está indicado, tratar con reposo en cama, antibióticos y, para acelerar la maduración pulmonar fetal, corticosteroides. (16)

3. Desprendimiento prematuro de placenta

El desprendimiento de placenta o abruptio placentae es la separación prematura de la placenta que normalmente está implantada en el útero que generalmente se produce después de la semana 20 de gestación.

Este desprendimiento puede ser de unos pocos centímetros hasta totalmente. Puede ser una separación aguda o crónica. Produce sangrado en la decidua basal detrás de la placenta o sea retroplacentario.

Los factores de riesgo incluyen:

- Edad materna avanzada.
- Isquemia placentaria.
- Hipertensión inducida por el embarazo.
- Infecciones intraamnióticas
- Trastornos trombóticos
- Tabaquismo
- Rotura prematura de membranas

➤ **Complicaciones**

- Pérdida sanguínea materna con shock o sin él, y coagulación Intravascular diseminada.
- Compromiso fetal, y si es crónico, restricción del crecimiento u oligohidramnios.

➤ **Síntomas y signos**

La gravedad depende del grado de separación y la pérdida de sangre.

El desprendimiento agudo puede manifestarse por la salida de sangre roja oscura o brillante a través del cuello del útero. La sangre puede encontrarse también detrás de la placenta o sea oculta, si la separación continua el útero puede volverse doloroso e irritable a la palpación.

También podría producir un shock hemorrágico y aparecer signos de coagulación Intravascular diseminada. El desprendimiento crónico puede causar una pequeña pérdida continua o intermitente de sangre de color marrón oscura.

➤ **Diagnóstico**

- Sangrado vaginal que puede ser doloroso o indoloro.
- Dolor uterino espontáneo o a la palpación.
- Distrés o muerte fetal.
- Shock hemorrágico.
- Coagulopatía Intravascular diseminada.
- Dolor o shock.

➤ **Evaluación**

- Monitoreo cardiaco fetal
- Hemograma completo
- Tipo y factor Rh
- Tiempo de protombina y tiempo de tromboplastina parcial
- Fibrinógeno sérico y productos de la división de la fibrina
- Ecografía transabdominal o pelviana
- Prueba de Kleihauer-Betke si la paciente tiene sangre Rh negativa.

➤ **Tratamiento**

- A veces debe de haber una finalización rápida del embarazo y medidas agresivas de soporte.
- Internación y actividad modificada si el embarazo no está cerca del término y si la madre y el feto están estables.

El parto por cesárea debe darse cuando se presenten las siguientes situaciones:

- Inestabilidad hemodinámica materna
- Patrón de frecuencia cardiaca fetal preocupante

- Embarazo cercano al término (≥ 37 semanas)

Se puede intentar el parto vaginal si está presente lo siguiente:

- Gestante termodinámicamente estable
- Que el patrón de frecuencia cardiaca fetal sea tranquilizador
- El parto vaginal no está contraindicado.

4. Placenta previa

La placenta previa, es la implantación de esta sobre o cerca del orificio cervical interno. Presenta un sangrado vaginal indoloro con sangre roja y brillante después de las 20 semanas de gestación. El diagnóstico se realiza con ecografía transvaginal o abdominal. El tratamiento consiste en actividad modificada para el sangrado vaginal menor antes de las 36 semanas de edad gestacional, y cesárea entre las 36 y las 37 semanas 6 días. Si el sangrado es intenso o si el estado fetal es preocupante, está indicada la extracción quirúrgica inmediata del feto, en general por cesárea.

➤ Factores de riesgo

- Multiparidad
- Cesárea previa
- Anomalías uterinas que inhiben la implantación normal.
- Cirugías o procedimiento uterino previo
- Tabaquismo
- Embarazo múltiple
- Edad materna avanzada

➤ Complicaciones

Los riesgos incluyen mala presentación fetal, rotura prematura de membranas, restricción del crecimiento fetal, vasa

previa e inserción velamentosa del cordón umbilical. Aumenta en mujeres con cesárea y con placenta previa, la placenta acreta, aumenta a medida que el número de partos por cesárea previos también aumenta.

➤ **Signos y síntomas**

Comienzan generalmente al final del embarazo. Sangrado vaginal repentino e indoloro; la sangre puede ser rojo brillante y abundante, a veces se presenta shock hemorrágico, en algunas gestantes se presenta contracciones uterinas con el sangrado.

➤ **Diagnóstico**

El diagnóstico se puede realizar a través de una Ecografía transvaginal

➤ **Tratamiento**

- Internación y actividad modificada (reposo) en el primer episodio de sangrado antes de las 36 semanas.
- Parto o cesárea si gestante y feto están estables.
- Si la gestante está estable, parto entre las 36 semanas y las 37 semanas.
- De presentarse un segundo episodio de sangrado, reinternarlas y mantener en observación hasta el parto.

➤ **El parto está indicado en los siguientes casos**

- Sangrado abundante o descontrolado
- Resultados preocupantes en la monitorización del feto
- Inestabilidad hemodinámica materna

El parto se realiza por cesárea debido a placenta previa, el parto vaginal es posible en mujeres con placenta baja si el borde placentario esta entre 1,5 y 2 cm del orificio cervical. (17)

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

➤ Embarazo no planeado

El embarazo no deseado (también denominado embarazo no previsto, no querido, no planeado, no planificado, inesperado, imprevisto o inoportuno) es aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos precoitales adecuados y la ineffectividad o no administración de métodos anticonceptivos de emergencia posteriores al coito que prevengan un posible embarazo. (18)

➤ Factor predisponente

Casi todas las mujeres sufren alguna leve molestia a lo largo del embarazo, sin que este pase a considerarse un embarazo de riesgo. Aquellos embarazos en los que la mujer pertenece a un grupo de riesgo o que presentan alguna complicación espontánea, requieren un especial control médico para prevenir malformaciones en el feto y complicaciones en el parto, tal es el caso de un embarazo no planeado o no deseado es un factor predisponente de riesgo. Las adolescentes embarazadas tienen mayor probabilidad de desarrollar anemia, presión arterial alta y parto prematuro que mujeres mayores. Además, pueden estar más expuestas a enfermedades de transmisión sexual, a infecciones y a falta de cuidados prenatales, asimismo el primer embarazo luego de los 35 años de edad: La mayor parte de las mamás primerizas mayores tienen embarazos normales, pero estudios demuestran que tienen mayor probabilidad de sufrir: cesárea, hemorragia post parto, labor de parto prolongado o un bebé con algún tipo de trastorno genético. (19)

➤ Complicaciones maternas

Las complicaciones durante el embarazo son problemas de salud que se dan durante el período de gestación. Pueden afectar la salud de la madre, del bebé, o ambas. Algunas mujeres padecen problemas de salud antes de quedar embarazadas, lo cual puede desencadenar complicaciones. Otros problemas surgen durante el embarazo. (20)

2.4. HIPÓTESIS

Ha: El embarazo no planeado, es un factor significativo que predispone a complicaciones materna en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.

Ho: El embarazo no planeado, no es un factor significativo que predispone a complicaciones maternas en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Embarazo no planeado

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Complicaciones maternas

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombre de la variable	Tipo	Dimensiones	Indicadores	Escala	
Variable independiente	Embarazo no planeado (no deseado)	Cuantitativa	Violencia sexual	Si No	Nominal
			Relaciones sexuales consentidas	Si No	
			Falla de método anticonceptivo	Si No	
Variable dependiente	Complicaciones maternas	Cualitativa	Trimestre de Gestación	I Trimestre: Hiperémesis ITU Anemia II Trimestre: RCIU Amenaza de parto pre término III Trimestre: Preeclampsia Eclampsia RPM DPP PP	Nominal
			Edad	Años de edad	
			Procedencia	Zona urbana Zona rural	
			Estado civil	Casada Conviviente Soltera	
V. Intervinientes	Características socio demográficas y obstétricas	Cualitativa	Grado de instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Nominal
			Paridad	Número de gestaciones	
			Edad gestacional	Número de hijos	
			Atención pre natal	Semanas	
			Uso de Método anticonceptivo	Número de atenciones Ninguno Moderno Abstinencia periódica	

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según la intervención del investigador el estudio fue observacional por que no existió intervención del investigador, los datos que se tomaron reflejaran la evolución natural de los eventos.

Según la planificación en la toma de los datos fue retrospectivo, los datos se recogieron de registros donde el investigador no tuvo participación (secundarios). No podemos dar la fe de la exactitud de las mediciones.

Según el número de ocasiones en que se midió la variable de estudio esta fue transversal, porque las variables fueron medidas en una sola ocasión.

Según el número de variables de interés, este fue analítico, porque el análisis estadístico fue bivariado, además porque se planteó y puso a prueba una hipótesis y estableció relación entre dos factores.

3.1.1. ENFOQUE

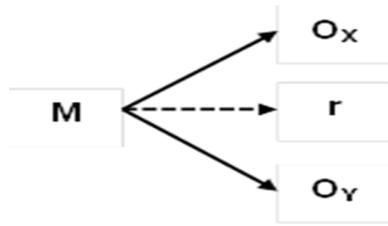
Según los procesos que se llevaron a cabo, fueron sistemáticos, críticos y analíticos expresados en resultados de medición y cálculo, los que han sido aplicados al estudio, por lo tanto tuvo un enfoque cuantitativo, donde se observaron y evaluaron los fenómenos.

3.1.2. ALCANCE O NIVEL

De acuerdo a la línea de investigación, fue Relacional, en el que se relacionaron los fenómenos en una circunstancia temporal y geográfica determinada. Su finalidad fue describir y/o estimar parámetros y demostrar dependencia probabilística entre eventos.

3.1.3. DISEÑO

El diseño fue descriptivo y relacional.



Donde:

M: Muestra

Ox: Observación de la variable independiente

Oy: Observaciones de la variable dependiente

r: Relación predictiva entre las variables

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La población estuvo constituida por todas las puérperas con embarazo no planeado, siendo 30 puérperas, las que tuvieron el parto en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.

3.2.2. MUESTRA

La selección de la muestra fue la probabilística.

El tamaño de la muestra fue el mismo tamaño de la población, es decir 30 puérperas con embarazo no planeado cuyo parto fue atendido en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.

➤ Criterios de inclusión

- Puérperas con embarazo no planeado que presentaron complicaciones durante el embarazo.
- Puérperas cuyos partos fueron en el Hospital de Tingo María.
- Puérperas con atención prenatal en el Hospital de Tingo María.
- Puérperas con gestación única.

➤ **Criterios de Exclusión**

- Puérperas con embarazos no planeados que no presentaron complicaciones durante el embarazo.
- Puérperas que no se realizaron la atención pre natal en el Hospital de Tingo María.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el estudio se llevó a cabo la evaluación de fuentes secundarias de las cuales se obtuvo la información necesaria, tales como las Historias clínicas, cuadernos de partos, el sistema informático perinatal.

La técnica que se empleó fue la documental a través de la Encuesta.

El instrumento para la recolección de datos fue una Ficha de recolección de datos, donde se plasmó todos los datos necesarios concernientes al trabajo de investigación.

3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el proceso de información se utilizó el programa estadístico SPSS versión 22. La prueba de hipótesis y el grado de relación se determinó con el coeficiente de correlación de Pearson.

El análisis estadístico de datos se realizó a través de la distribución de frecuencias y porcentajes para determinar características utilizadas para la población, los cuales se analizaron a través de tablas y gráficos.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

I-CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Tabla 1. Edad de las puérperas con embarazo no planeado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	14 - 21	13	43,3	43,3	43,3
	22 - 27	2	6,7	6,7	50,0
	28 - 33	1	3,3	3,3	53,3
	34 - más	14	46,7	46,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

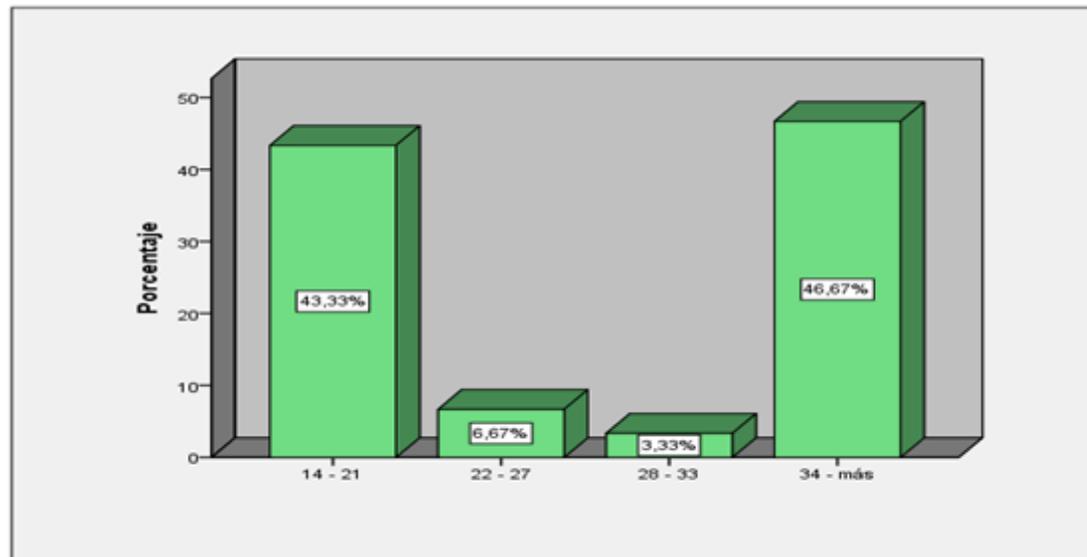


Figura 1. Edad de las puérperas con embarazo no planeado

Interpretación: Se observa de acuerdo a los resultados obtenidos que el 46.70% tienen de 34 años a más, el 43.3% de las gestantes tienen las edades entre 14 a 21 años, un 6.7% tienen las edades entre 22 a 27 años, y un 3.3% están en las edades de 28 a 33 años.

Tabla 2. Lugar de procedencia de las puérperas con embarazo no planeado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Zona urbana	4	13,3	13,3	13,3
	Zona rural	26	86,7	86,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

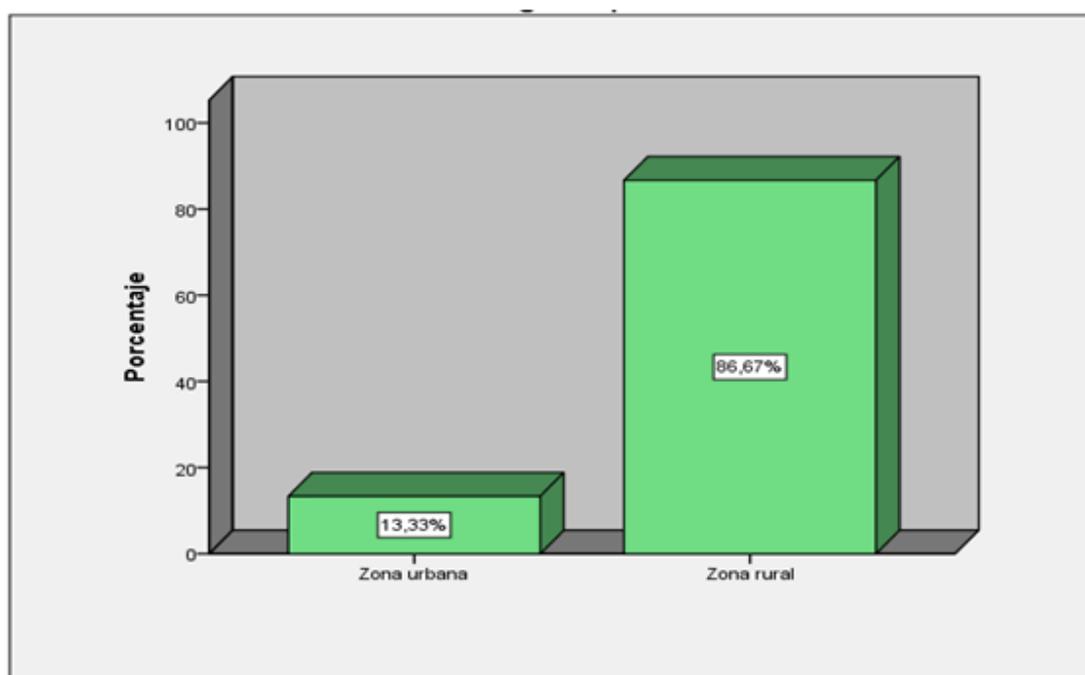


Figura 2. Lugar de procedencia de las puérperas con embarazo no planeado

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la aplicación de la encuesta se observa que el 86.7% procede de la zona rural, mientras que el 13.33 % de las encuestadas proceden de la zona urbana.

Tabla 3. Estado civil de las púérperas con embarazo no planeado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casada	3	10,0	10,0	10,0
	Conviviente	22	73,3	73,3	83,3
	Soltera	5	16,7	16,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

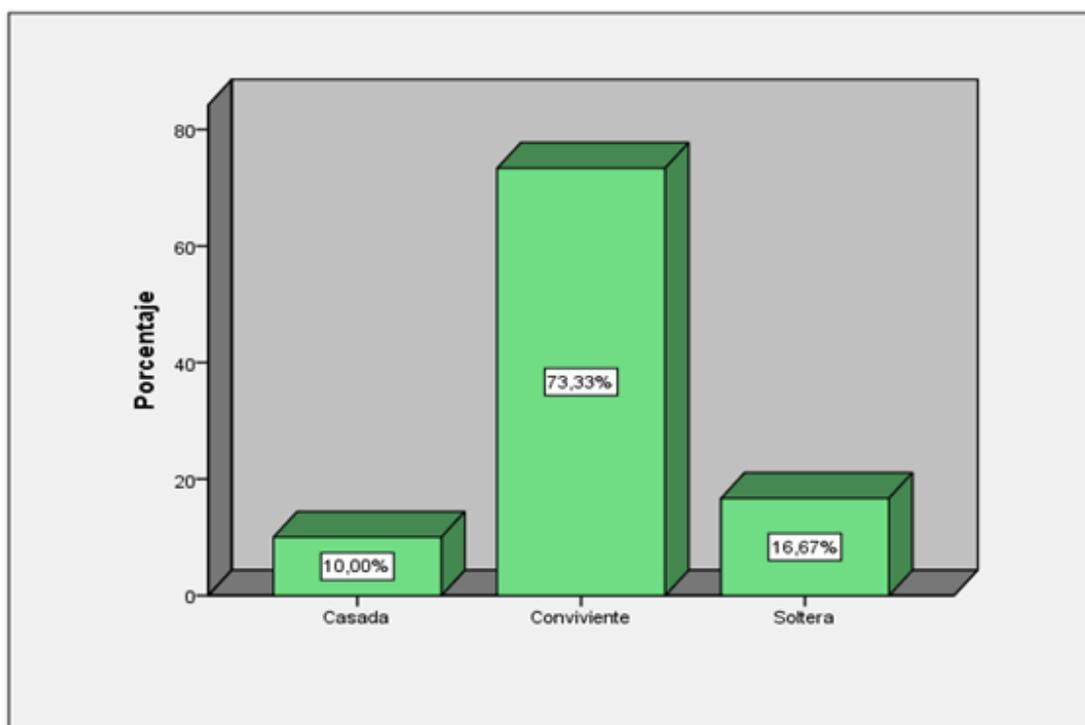


Figura 3. Estado civil de las púérperas con embarazo no planeado

Interpretación: Podemos observar en base a los resultados obtenidos que el 73.33% de las gestantes son convivientes, el 16.67. % son solteras casadas y el 10.0% son de estado civil casadas.

Tabla 4. Grado de instrucción de las puérperas con embarazo no planeado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	3	10,0	10,0	10,0
	Secundaria	23	76,7	76,7	86,7
	Superior	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

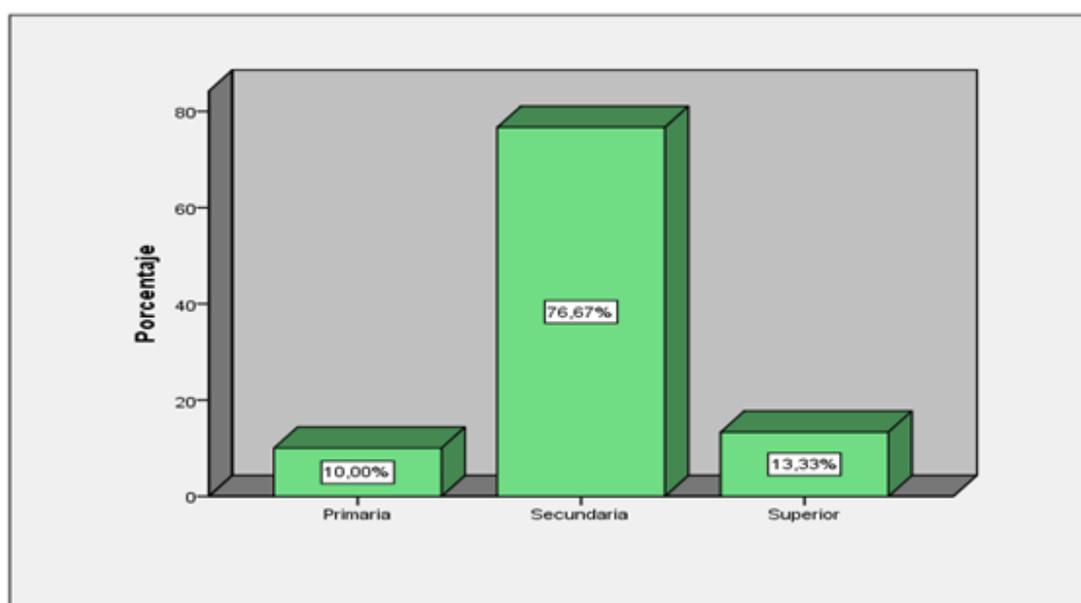


Figura 4. Grado de instrucción de las puérperas con embarazo no planeado

Interpretación: Se observa de acuerdo a los resultados obtenidos en la encuesta aplicada que el 73.30% cuentan con estudios secundarios, un 13.30% cuenta con estudios primarios, y también un 13.30% tienen estudios superiores

II. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

Tabla 5. Número de gestaciones de las puérperas con embarazo no planeado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	12	40,0	40,0	40,0
	2	3	10,0	10,0	50,0
	3	6	20,0	20,0	70,0
	4	6	20,0	20,0	90,0
	Más de 6	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

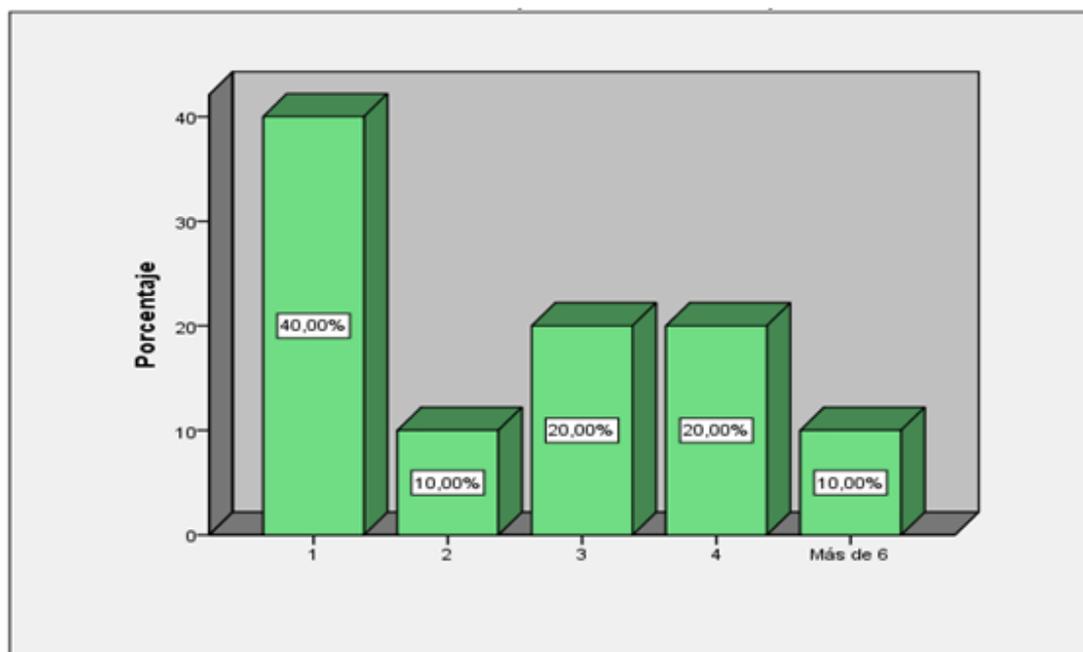


Figura 5. Número de gestaciones de las puérperas con embarazo no planeado

Interpretación: Se observa de los resultados obtenidos que el 40.0% de las encuestadas manifiestan que eran primerizas, un 20% era su tercer embarazo, 20% su cuarto embarazo, 10.00% que tenían de 6 a más embarazos, y un 10% que era su segundo embarazo.

Tabla 6. Partos (fórmula obstétrica) de las puérperas con embarazo no planeado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0000	12	40,0	40,0	40,0
	2012	6	20,0	20,0	60,0
	2002	2	6,7	6,7	66,7
	1001	3	10,0	10,0	76,7
	4014	2	6,7	6,7	83,3
	1011	3	10,0	10,0	93,3
	2011	1	3,3	3,3	96,7
	6025	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

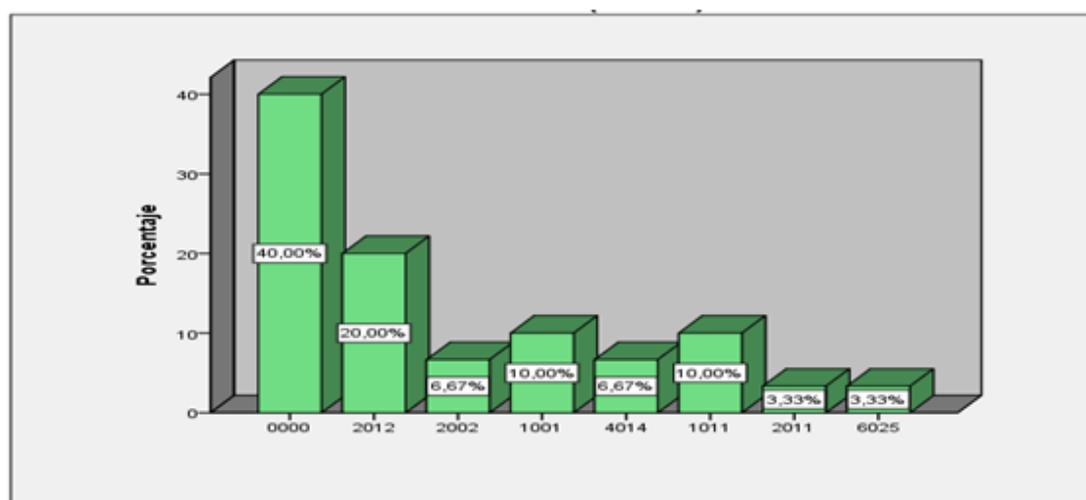


Figura 6. Partos (fórmula obstétrica) de las puérperas con embarazo no planeado

Interpretación: Se observa que un 40% no tuvieron embarazos previos, ni abortos, un 20% señala que tuvieron 2 embarazos que llegaron a su término, 1 aborto, un 10% indica que tuvieron 1 embarazo que llegó a su término, un hijo vivo, otro 10% señala que tuvieron 1 embarazo que llegó a su término, y que tuvieron un aborto, un hijo vivo, un 6.7% indica haber tenido 2 embarazos que llegaron a su término, dos hijos vivos, otro 6.7% indica que tuvieron 4 embarazos que llegaron a su término, 1 aborto, 4 hijos vivos, un 3.3% señala que tuvieron 2 embarazos que culminaron en su término, 1 aborto, un hijo vivo, otro 3.3% indica que tuvieron 6 embarazos que llegaron a su término, 2 abortos y 5 hijos vivos.

Tabla 7. Edad gestacional por FUM de las púerperas con embarazo no planeado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	12-20 Semanas	1	3,3	3,3	3,3
	29-37 Semanas	10	33,3	33,3	36,7
	38-40 Semanas	19	63,3	63,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

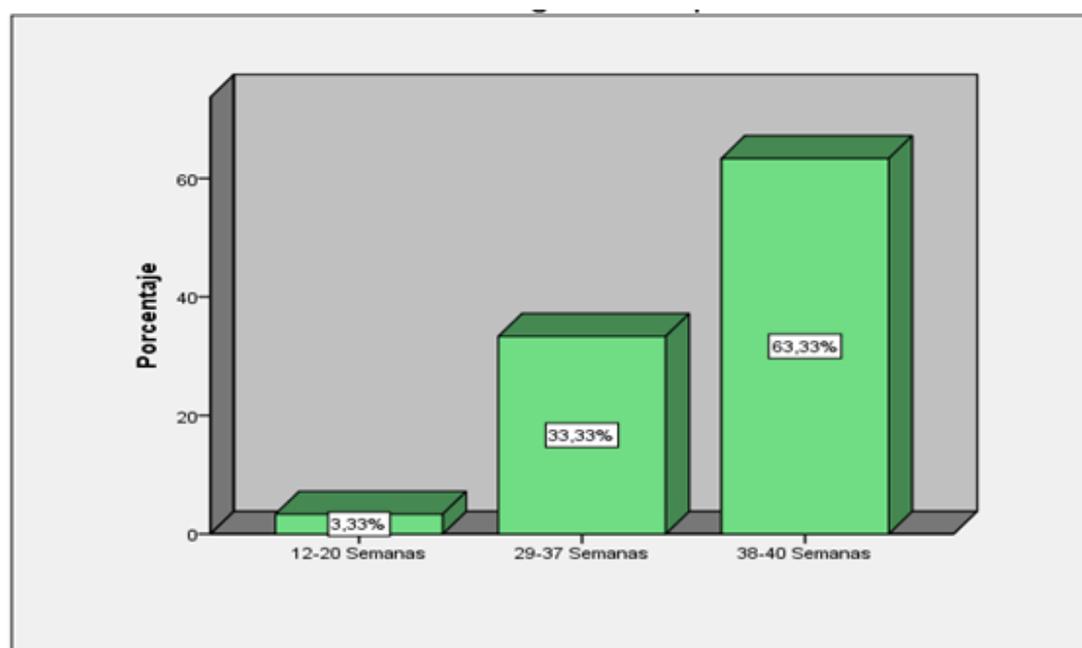


Figura 7. Edad gestacional por FUM de las púerperas con embarazo no planeado

Interpretación: Podemos observar que la edad gestacional, basada en la ecuación FUM, un 63.33% estuvo en el rango de las 38 a 40 semanas, un 33.33% entre las 29 a 37 semanas, y un 3.3% entre 12 a 20 semanas, de acuerdo a los datos obtenidos.

Tabla 8 . Edad gestacional por ecografía de las púerperas con embarazo no planeado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	12-20 Semanas	1	3,3	3,3	3,3
	21-28 Semanas	1	3,3	3,3	6,7
	29-37 Semanas	10	33,3	33,3	40,0
	38-41 Semanas	18	60,0	60,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

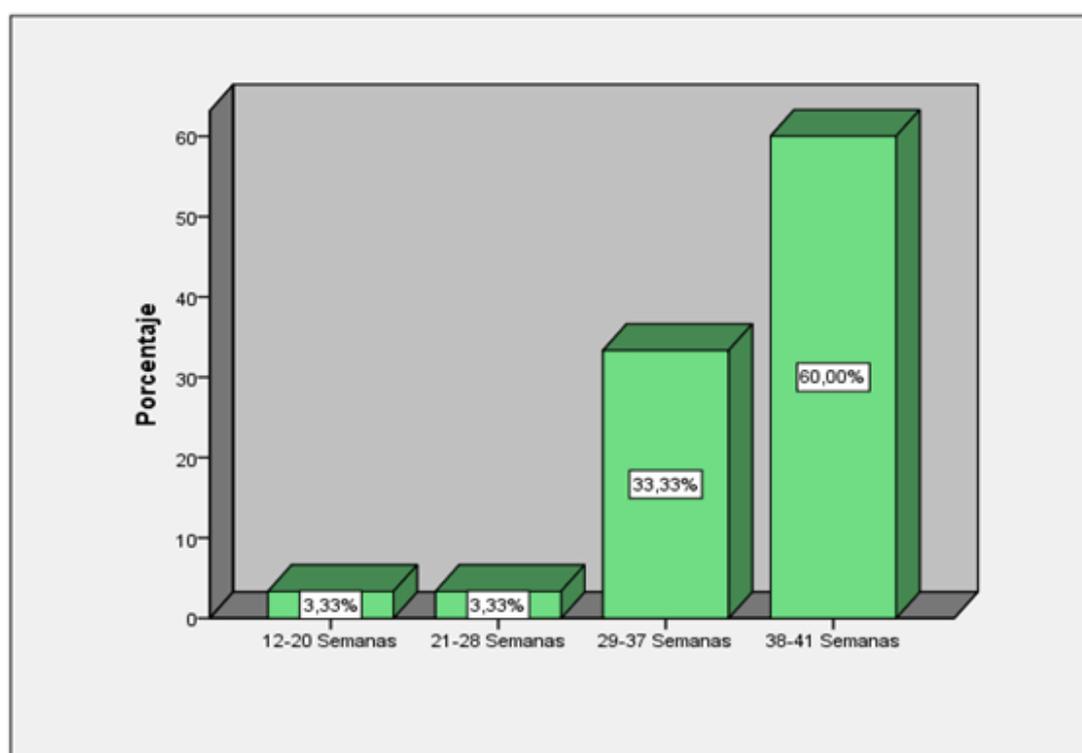


Figura 8. Edad gestacional por ecografía de las púerperas con embarazo no planeado

Interpretación: Se observa que la edad gestacional por ecografía, un 60.0% estuvo en el rango de las 38 a 41 semanas, un 33.33% entre las 29 a 37 semanas, un 3.3% entre 12 a 20 semanas, al igual que las estuvieron de 21 a 28 semanas, de acuerdo a los datos obtenidos.

Tabla 9. Tuvo atención prenatal de las puérperas con embarazo no planeado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	30	100,0	100,0	100,0

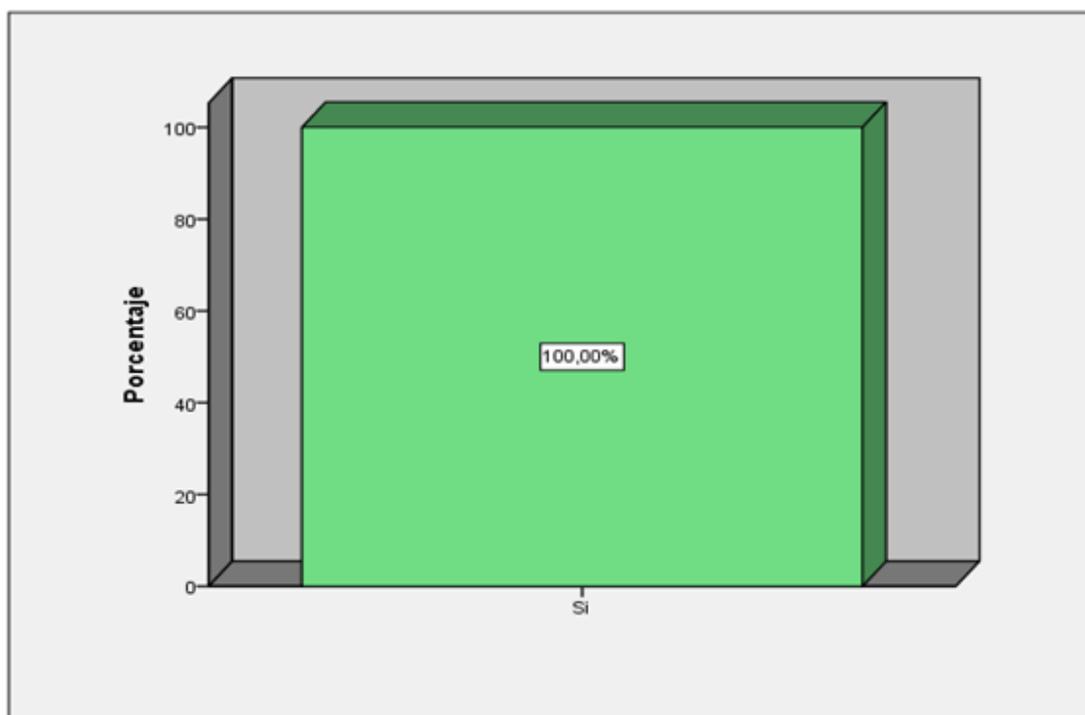


Figura 9 . Tuvo atención prenatal de las puérperas con embarazo no planeado

Interpretación: Se observa de acuerdo a los resultados obtenidos acerca de que, el 100% de las encuestadas efectivamente tuvo atención prenatal.

Tabla 10. N° de atenciones pre natales de las puérperas con embarazo no planeado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	3-4	4	13,3	13,3	13,3
	5-6	8	26,7	26,7	40,0
	Más de 6	18	60,0	60,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

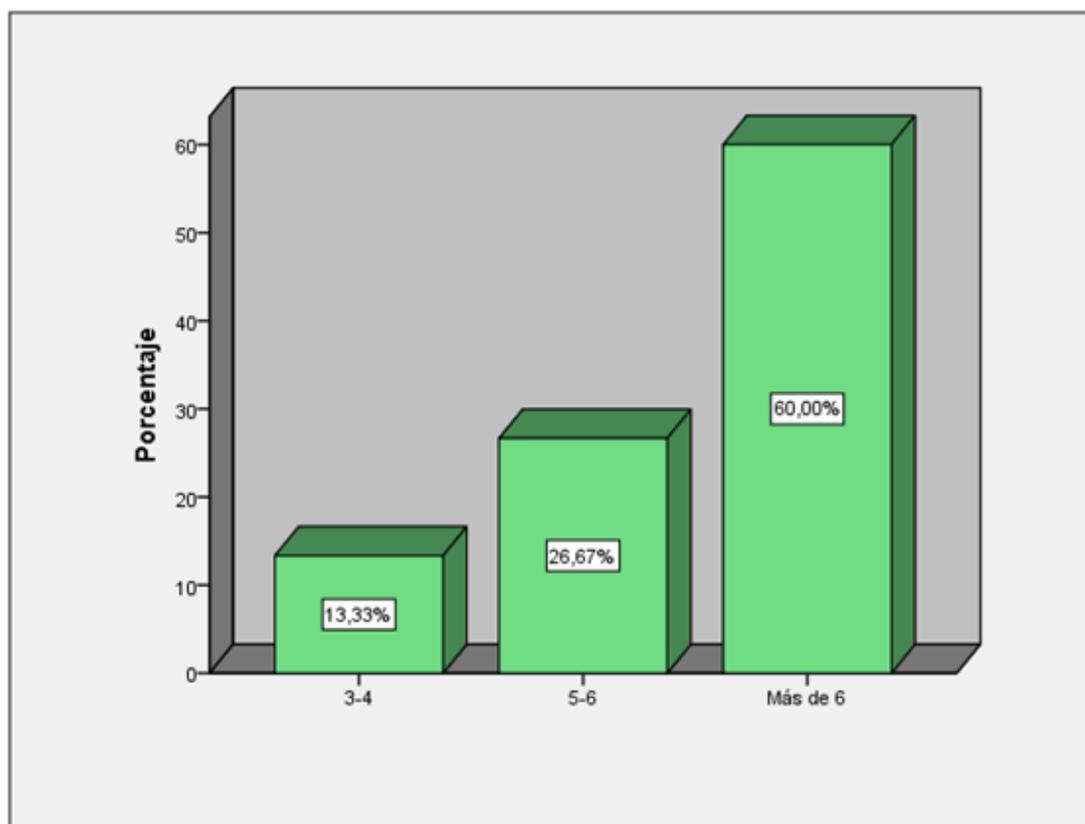


Figura 10. N° de atenciones pre natales de las puérperas con embarazo no planeado

Interpretación: Se observa en los resultados obtenidos que el 60.0% de las entrevistadas tuvieron más de 6 atenciones pre-natales, un 26.67% indica que tuvieron de 5 a 6 atenciones pre-natales, un 13.3% que tuvieron de 3 a 4 atenciones pre-natales.

Tabla 11. Uso de método anticonceptivo de las puérperas con embarazo no planeado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	30	100,0	100,0	100,0

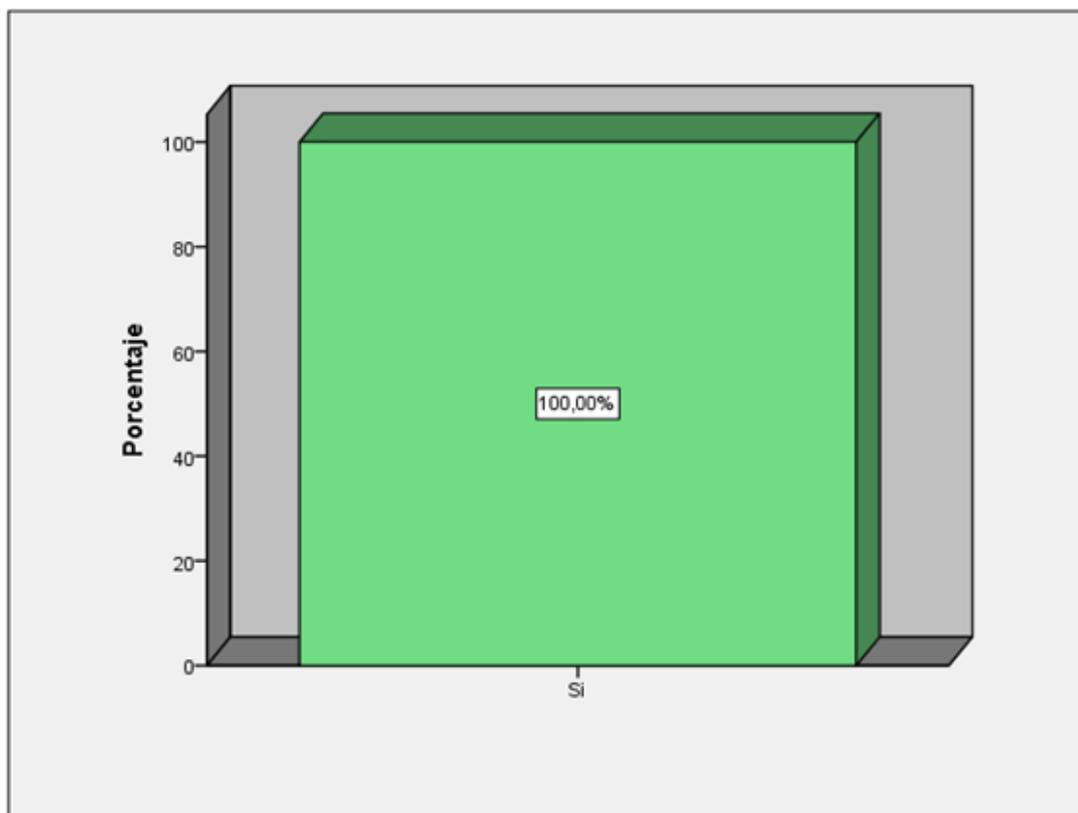


Figura 11. Uso de método anticonceptivo de las puérperas con embarazo no planeado

Interpretación: Podemos observar las respuestas de las encuestadas que el 100 % indica que hicieron uso de un método anticonceptivo.

Tabla 12 . Tipo de método anticonceptivo que estuvo utilizando: de las puérperas con embarazo no planeado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hormonales	13	43,3	43,3	43,3
	De barrera	12	40,0	40,0	83,3
	De emergencia	5	16,7	16,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

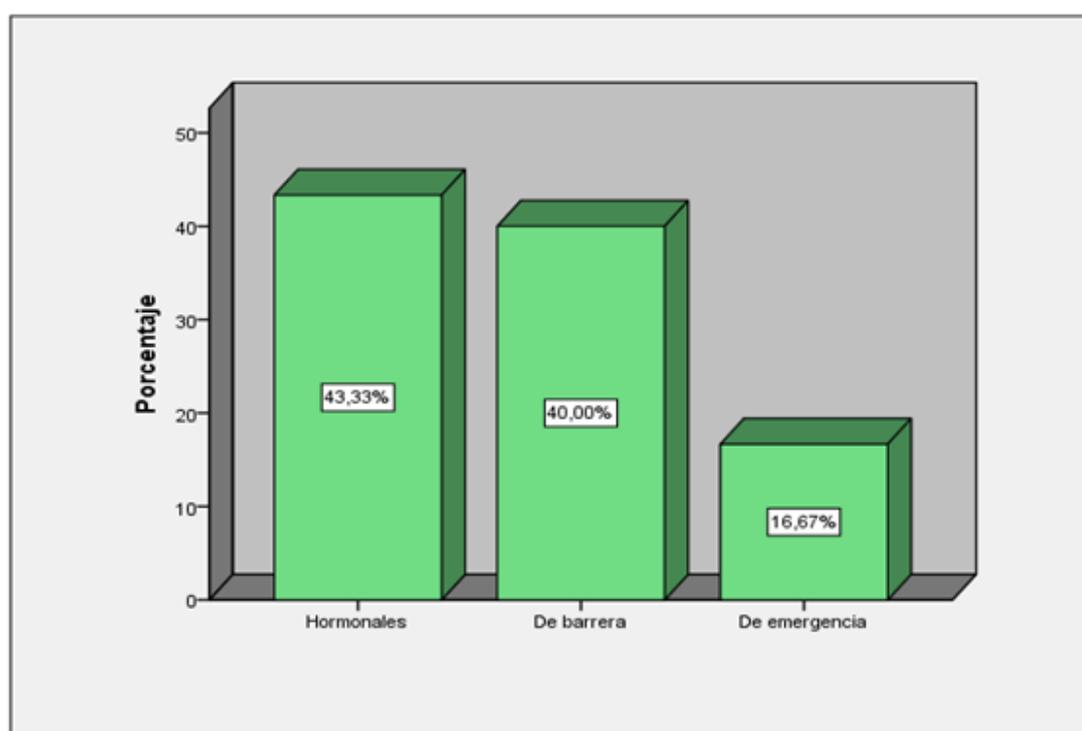


Figura 12 . Tipo de método anticonceptivo que estuvo utilizando: de las puérperas con embarazo no planeado

Interpretación: Podemos observar que el 43.33 %, responde que uso métodos hormonales, el 40% señala que uso el método de barrera, y un 16.67% hizo uso de métodos de emergencia.

III. VARIABLE INDEPENDIENTE: EMBARAZO NO DESEADO

Tabla 13. Violencia sexual de las puérperas con embarazo no planeado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	1	3,3	3,3	3,3
	No	29	96,7	96,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

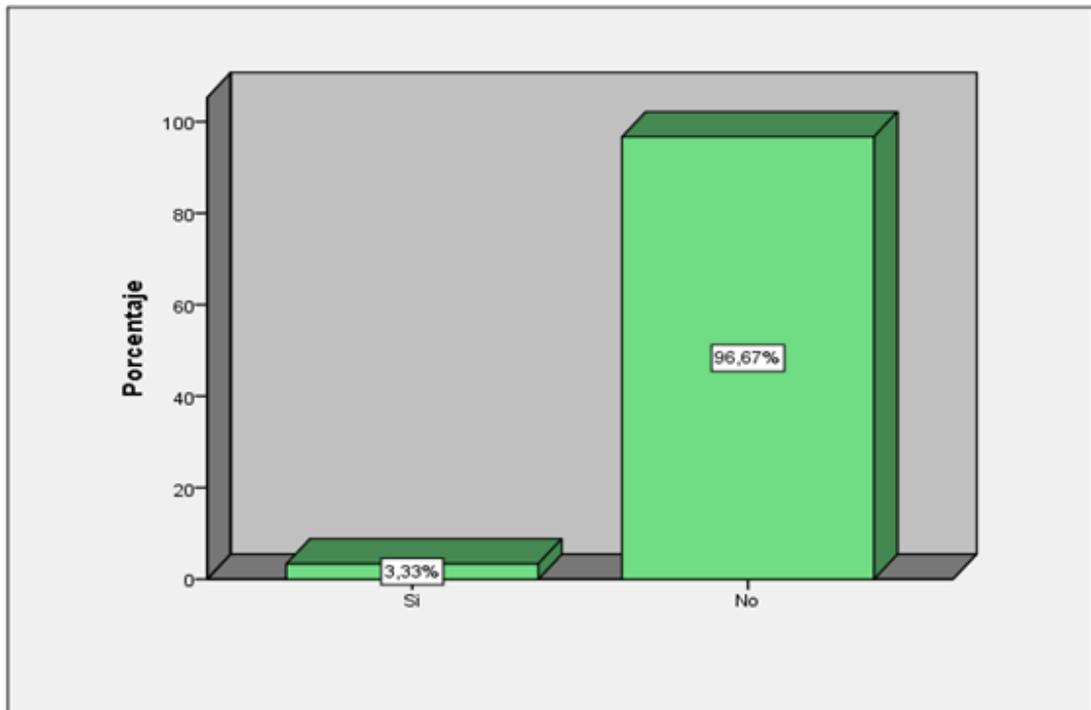


Figura 13. Violencia sexual de las puérperas con embarazo no planeado

Interpretación: Podemos observar de las respuestas obtenidas que un 96.67% de las encuestadas manifiestan que no tuvieron un embarazo como producto de violencia sexual, un 3.3% indica que si tuvieron el embarazo como producto de violencia sexual.

Tabla 14. Relaciones sexuales consentidas de las puérperas con embarazo no planeado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	29	96,7	96,7	96,7
	No	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

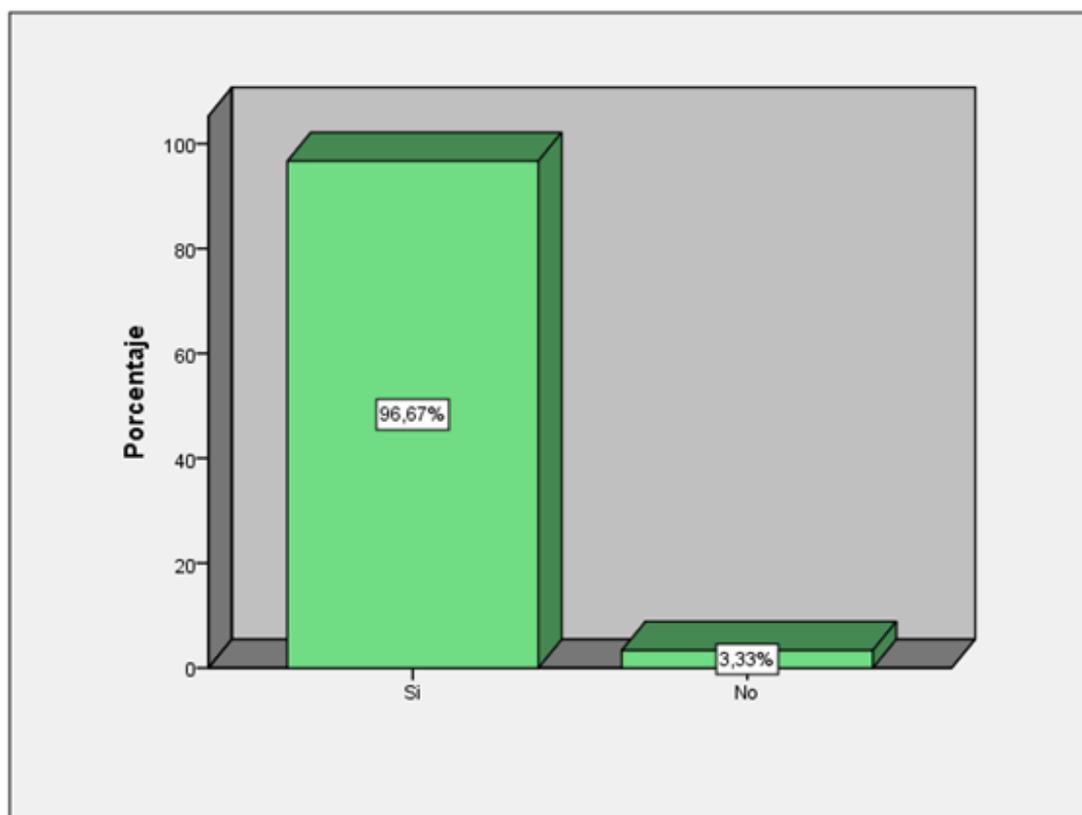


Figura 14. Relaciones sexuales consentidas de las puérperas con embarazo no planeado

Interpretación: Podemos observar que el 96.67% de las encuestadas señalan que tuvieron relaciones sexuales consentidas, y un 3.33% manifiestan que no tuvieron relaciones sexuales consentidas.

Tabla 15. Falla de método anticonceptivo de las puérperas con embarazo no planeado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	30	100,0	100,0	100,0

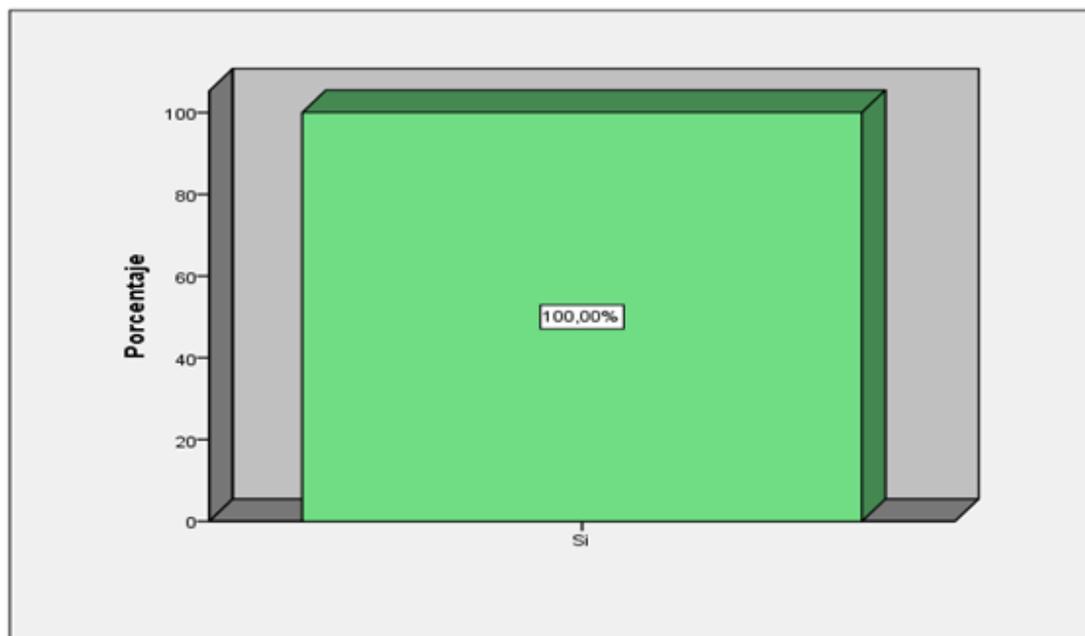


Figura 15. Falla de método anticonceptivo de las puérperas con embarazo no planeado

Interpretación: De acuerdo a los datos obtenidos a través de la encuesta se puede observar que 100.00% señalan que si falló el método anticonceptivo que usaron.

IV. VARIABLE DEPENDIENTE: COMPLICACIONES MATERNAS

Tabla 16. Complicaciones durante el I trimestre del embarazo de las púerperas con embarazo no planeado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hiperémesis gravídica	1	3,3	3,3	3,3
	Infección de tracto urinario	1	3,3	3,3	6,7
	Anemia	8	26,7	26,7	33,3
	No hubo complicación	18	60,0	60,0	93,3
	Aborto con legrado uterino	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

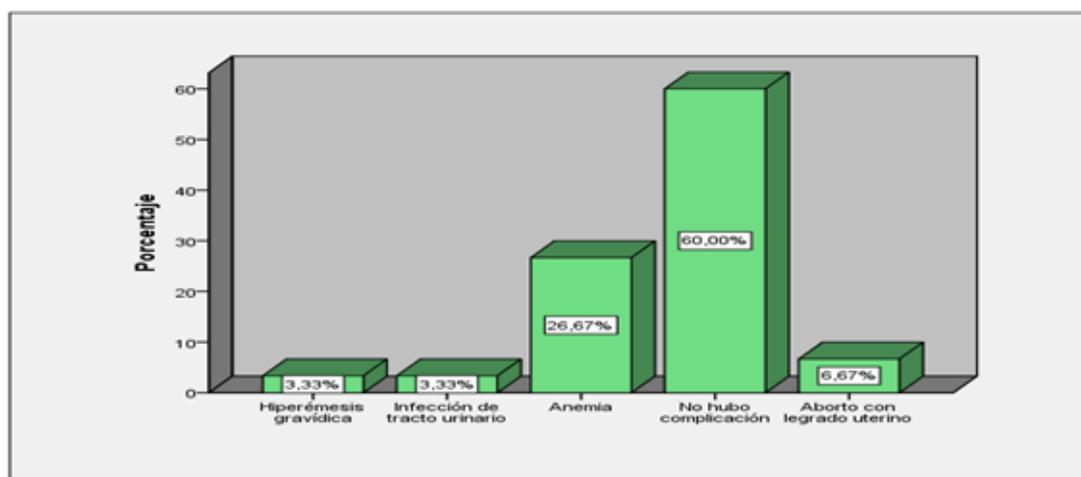


Figura 16. Complicaciones durante el I trimestre del embarazo de las púerperas con embarazo no planeado

Interpretación: Se observa de acuerdo a los resultados de la encuesta aplicada a la pregunta sobre las complicaciones durante el I trimestre del embarazo, que el 60.0% indica que no hubo complicaciones, un 26.7% tuvo anemia como complicación durante el I trimestre, un 6.7% tuvo aborto con legrado uterino, un 3.3% señala que tuvo complicaciones hiperémesis gravídica, durante el I trimestre, repitiéndose el mismo porcentaje (3.3%) para los casos de complicaciones de infección de tracto urinario.

Tabla 17. Complicaciones durante el II trimestre del embarazo de las púerperas con embarazo no planeado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Amenaza de parto pretérmino	7	23,3	23,3	23,3
	No hubo complicación	18	60,0	60,0	83,3
	No aplica porque el embarazo termino en aborto de 12 semanas	2	6,7	6,7	90,0
	Pielonefritis	1	3,3	3,3	93,3
	Anemia	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

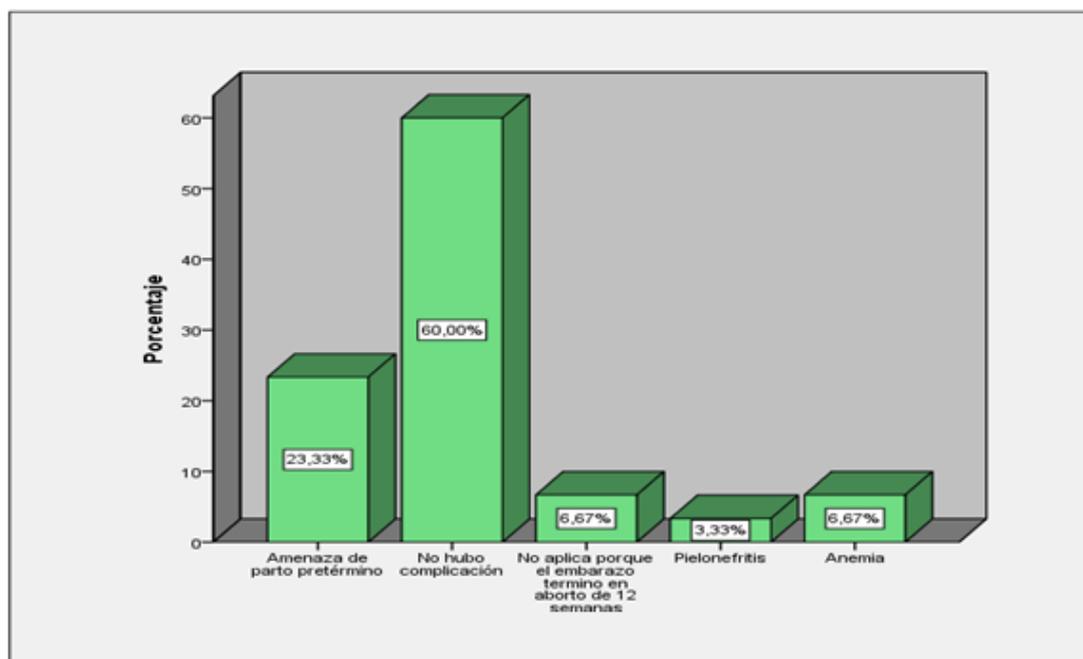


Figura 17. Complicaciones durante el II trimestre del embarazo de las púerperas con embarazo no planeado

Interpretación: Podemos observar de acuerdo a los resultados de la encuesta aplicada a la pregunta sobre las complicaciones durante el II trimestre del embarazo, que el 60.0% indica que no hubo complicaciones, un 23.33% señala que tuvo amenazas de parto pre término, un 6.67% que tuvo anemia como complicación durante el II trimestre, un 3.3% señala que tuvo complicaciones de pielonefritis, durante el II trimestre, y un 6.67% no aplica porque el embarazo terminó en aborto de 12 semanas.

Tabla 18. Complicaciones durante el III trimestre del embarazo de las puérperas con embarazo no planeado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Preeclampsia	2	6,7	6,7	6,7
	Rotura prematura de membranas	4	13,3	13,3	20,0
	Placenta previa	2	6,7	6,7	26,7
	No hubo complicación	10	33,3	33,3	60,0
	Anemia	3	10,0	10,0	70,0
	Taquicardia materna	1	3,3	3,3	73,3
	Infección tracto urinario	1	3,3	3,3	76,7
	Inminencia de rotura uterina	1	3,3	3,3	80,0
	Obesidad mórbida	1	3,3	3,3	83,3
	Colestasis intrahepática	1	3,3	3,3	86,7
	Obesidad	2	6,7	6,7	93,3
	No aplica porque embarazo termino en aborto de 12 semana	1	3,3	3,3	96,7
	Vaginitis	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

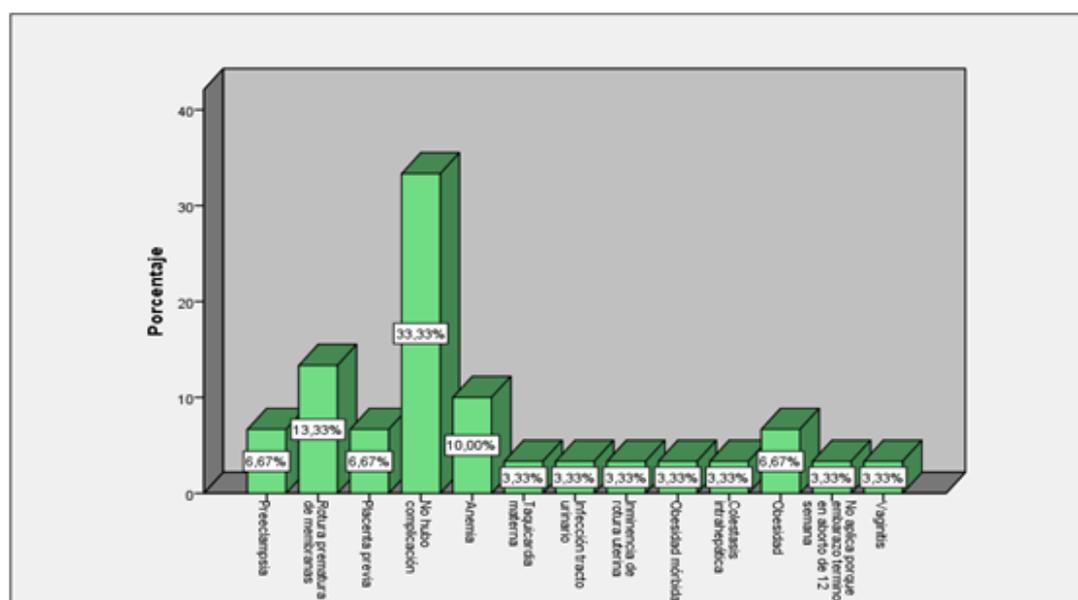


Figura 18. Complicaciones durante el III trimestre del embarazo de las puérperas con embarazo no planeado

Interpretación: Se observa y de acuerdo a los resultados de la encuesta aplicada y a la pregunta sobre las complicaciones durante el III trimestre del embarazo, que el 33.3% indica que no hubo complicaciones, el 13.3% tuvo rotura temprana de membranas, un 10% presentó un cuadro de anemia, el 6.7% tuvo preeclampsia, un 6.7% presentó placenta previa, el 6.7% desarrollo

obesidad, de igual manera un 6.7%, un 3.3% presentó taquicardia materna, el 3.3% presentó ITU (Infección del tracto urinario), similar porcentaje para obesidad mórbida, el mismo porcentaje (3.3%) para los casos de aborto y vaginitis, colestasis intrahepática, respectivamente,

4.2. RESULTADOS INFERENCIALES

Tabla 19. Estadísticos descriptivos

	Media	Desviación estándar	N
TABLA 15.- Falla de método anticonceptivo	1,68	,476	30
TABLA 16.- Complicaciones durante el I trimestre del embarazo	1,04	,200	30

Tabla 20. Correlaciones

		TABLA 15.- Falla de método anticonceptivo	TABLA 16.- Complicaciones durante el I trimestre del embarazo
TABLA 15.- Falla de método anticonceptivo	Correlación de Pearson	1	,140
	Sig. (bilateral)		,504
	N	30	30
TABLA 16.- Complicaciones durante el I trimestre del embarazo	Correlación de Pearson	,140	1
	Sig. (bilateral)	,504	
	N	30	30

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05

Interpretación: Teniendo en cuenta las tablas 15 y 16 se puede analizar la relación mediante el coeficiente de correlación de Pearson, entre la falla del método anticonceptivo y las complicaciones durante el I trimestre del embarazo, se puede apreciar que existe correlación bajo con un nivel de (0,140) y un nivel de significancia medio (0.504).

Tabla 21. Estadísticos descriptivos

	Media	Desviación estándar	N
TABLA 15.- Falla de método anticonceptivo	1,52	,510	30
TABLA 17.- Complicaciones durante el II trimestre del embarazo	1,04	,200	30

Tabla 22. Correlaciones

	Correlación de Pearson	TABLA 15.- Falla de método anticonceptivo	TABLA 17.- Complicaciones durante el II trimestre del embarazo
TABLA 15.- Falla de método anticonceptivo	1		,196
	Sig. (bilateral)		,347
	N	30	30
TABLA 17.- Complicaciones durante el II trimestre del embarazo	,196		1
	Sig. (bilateral)	,347	
	N	30	30

Interpretación: Considerando las tablas 15 y 17 se puede analizar la relación mediante el coeficiente de correlación de Pearson, entre la falla del método anticonceptivo y las complicaciones durante el II trimestre del embarazo, se puede apreciar que existe correlación baja con un nivel de (0,196) y un nivel de significancia medio bajo de (0.347).

Tabla 23. Estadísticos descriptivos

	Media	Desviación estándar	N
TABLA 15.- Falla de método anticonceptivo	1,16	,374	30
TABLA 18.- Complicaciones durante el III trimestre del embarazo	1,04	,200	30

Tabla 24. Correlaciones

		TABLA 15.- Falla de método anticonceptivo	TABLA 18.- Complicaciones durante el III trimestre del embarazo
TABLA 15.- Falla de método anticonceptivo	Correlación de Pearson	1	,468*
	Sig. (bilateral)		,018
	N	30	30
TABLA 18.- Complicaciones durante el III trimestre del embarazo	Correlación de Pearson	,468*	1
	Sig. (bilateral)	,018	
	N	30	30

Interpretación: Teniendo en consideración las tablas 15 y 18 se puede analizar la relación mediante el coeficiente de correlación de Pearson, entre la falla del método anticonceptivo y las complicaciones durante el III trimestre del embarazo, se puede apreciar que existe correlación media baja con un nivel de (0,468) y un nivel de significancia bajo de (0.18).

4.3. CONTRASTACION DE HIPOTESIS

Hipótesis

Ha: El embarazo no planeado, es un factor significativo que predispone a complicaciones materna en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.

Dimensión I trimestre de gestación

Tabla 25. Complicaciones durante el I trimestre del embarazo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hiperémesis gravídica	1	3,3	3,3	3,3
	Infección de tracto urinario	1	3,3	3,3	6,7
	Anemia	8	26,7	26,7	33,3
	No hubo complicación	18	60,0	60,0	93,3
	Aborto con legrado uterino	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

De acuerdo a la dimensión Complicaciones durante el embarazo, y en el I trimestre del embarazo se puede observar que un **26.7%** tuvo anemia como complicación durante el I trimestre, un **6.7%** tuvo aborto con legrado uterino, un 3.3% señala que tuvo complicaciones hiperémesis gravídica, durante el I trimestre, repitiéndose el mismo porcentaje (3.3%) para los casos de complicaciones de infección de tracto urinario. Por lo tanto, podemos establecer que el embarazo no planeado es un factor significativo que predispone a complicaciones maternas.

II Trimestre de Gestación

Tabla 26. Complicaciones durante el II trimestre del embarazo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Amenaza de parto pretérmino	7	23,3	23,3	23,3
	No hubo complicación	18	60,0	60,0	83,3
	No aplica porque el embarazo terminó en aborto de 12 semanas	2	6,7	6,7	90,0
	Pielonefritis	1	3,3	3,3	93,3
	Anemia	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

De acuerdo a la dimensión Complicaciones durante el embarazo, y en el II trimestre del embarazo se puede observar que un **23.3%** tuvo amenaza de parto pretérmino como complicación durante el II trimestre. Por lo tanto, podemos establecer que el embarazo no planeado es un factor que predispone a complicaciones maternas

III Trimestre de gestación

Tabla 27. Complicaciones durante el III trimestre del embarazo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Preeclampsia	2	6,7	6,7	6,7
	Rotura prematura de membranas	4	13,3	13,3	20,0
	Placenta previa	2	6,7	6,7	26,7
	No hubo complicación	10	33,3	33,3	60,0
	Anemia	3	10,0	10,0	70,0
	Taquicardia materna	1	3,3	3,3	73,3
	Infección tracto urinario	1	3,3	3,3	76,7

Inminencia de rotura uterina	1	3,3	3,3	80,0
Obesidad mórbida	1	3,3	3,3	83,3
Colestasis intrahepática	1	3,3	3,3	86,7
Obesidad	2	6,7	6,7	93,3
No aplica porque embarazo termino en aborto de 12 semana	1	3,3	3,3	96,7
Vaginitis	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

De acuerdo a la dimensión Complicaciones durante el embarazo y en el III trimestre del embarazo se puede observar que un **13.3% tuvo rotura prematura** de membranas, un 6.7% presentó un cuadro de preeclampsia, un 6.7 % tuvo obesidad, también un 6.7% tuvo placenta previa amenaza de parto pretérmino como complicación durante el III trimestre. Por lo tanto, podemos establecer que el embarazo no planeado es un factor que predispone a complicaciones maternas.

Ha: Por lo tanto, se acepta la hipótesis que El embarazo no planeado, es un factor significativo que predispone a complicaciones materna en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018

CAPITULO V

DISCUSION DE RESULTADOS

5.1. CONTRASTACIÓN DE RESULTADOS

Tania Torres Tacuri (Huancavelica 2020) en su trabajo de investigación titulado Características presentes en adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista, se planteó como objetivo de estudio el determinar las características presentes en adolescentes embarazadas, con un tipo de investigación descriptiva, al analizar los resultados manifiesta, que las adolescentes tardías fueron un total de 66,4%, son convivientes 51,4% y con familias integradas 67,3%, dentro de las características obstétricas se identifican que 63,6% de ellas tuvieron un parto, embarazo no deseado 99,1%, presentaron complicaciones el 52,3% y estas fueron la anemia 47,1%, infección del tracto urinario 35,3%, hiperémesis gravídica con un 13,7%.

- En esta investigación se observa que un 26.7% tuvo anemia como complicación durante el I trimestre (Tabla 16)

Omar A. Medina Rodríguez, (Guayaquil 2018) en su publicación sobre Complicaciones y consecuencias del embarazo adolescente en un Hospital. Este estudio fue retrospectivo, observacional y descriptivo, donde obtuvieron los datos de historias clínicas de gestantes adolescentes, contando con un universo de 9,036, de las cuales 3426 (37.91%) de los casos tuvieron complicaciones como infecciones de vías urinarias, aborto y amenaza de parto pre término.

- En la presente investigación se puede observar de acuerdo a los resultados de la encuesta aplicada a la pregunta sobre las complicaciones durante el II trimestre del embarazo, que un 23.3% señala que tuvo amenazas de parto pre término, y un 6.7% presentaron anemia, según (Tabla 17)

Alava Lucas Génesis (Ecuador 2017) en su investigación sobre Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años. En cuanto a las complicaciones maternas diagnosticadas, reportaron incidencia de infecciones vaginales y urinarias con el 44%, la anemia le siguió como segundo caso con un 21%, la preeclampsia.

- En la investigación que hemos realizado se observa y de acuerdo a los resultados de la encuesta aplicada y a la pregunta sobre las complicaciones durante el III trimestre del embarazo, que un 13.3% tuvo rotura temprana de membranas, un 10% tuvo anemia, un 6.7% indica que tuvo preeclampsia, también 6.7% tuvo placenta previa, también un 6.7% tuvo obesidad, y un 3.3 % para cada una de las siguientes complicaciones: taquicardia materna, ITU, inminencia de rotura uterina, obesidad mórbida, vaginitis

CONCLUSIONES

1. Se concluye de manera general que el embarazo no planeado con sus dimensiones planteadas para el presente estudio: Violencia sexual, relaciones sexuales consentidas, falla de método anticonceptivo, es un factor de riesgo predisponente de complicaciones maternas durante la gestación, en gestantes del Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018, esto se demuestra en los resultados obtenidos en las tablas 15, 16, 17, y 18. Así también se debe tener en cuenta las complicaciones generadas durante la gestación de acuerdo a las dimensiones de la variable interviniente sobre las características socio demográficas y obstétricas de las gestantes, las mismas que se describen en las siguientes conclusiones.
2. Se llegó a la conclusión que las complicaciones maternas más frecuentes durante el I trimestre en gestantes con embarazo no planeado en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018, de acuerdo a la tabla (16) en la cual se observa que un 26.7% tuvo anemia como complicación durante el I trimestre, un 6.7% tuvo aborto con legrado uterino, un 3.3% señala que tuvo complicaciones de hiperémesis gravídica, durante el I trimestre, repitiéndose el mismo porcentaje (3.3%) para los casos de complicaciones de infección de tracto urinario
3. Se concluye que las complicaciones maternas más frecuentes durante el II trimestre en gestantes con embarazo no planeado en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018, de acuerdo a la tabla 17, en la que se puede apreciar que el 23.3% indica que tuvo amenazas de parto pre término, un 6.7% tuvo anemia, un 3.3% señala que tuvo complicaciones de pielonefritis, durante el II trimestre.
4. Se concluye que entre las complicaciones maternas más frecuentes durante el III trimestre en gestantes con embarazo no planeado en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018, de acuerdo a la tabla 18, que un 13.3% tuvo rotura temprana de membranas, un 10% tuvo anemia, un 6.7% indica que tuvo preeclampsia, también 6.7% tuvo

placenta previa, también un 6.7% tuvo obesidad, y un 3.3 % para cada una de las siguientes complicaciones: taquicardia materna, ITU, inminencia de rotura uterina, obesidad mórbida, vaginitis

5. Se concluye que las características obstétricas de las gestantes con embarazo no planeado atendidas en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018, respecto al número de gestaciones (tabla 5) son: el 40 % de las encuestadas manifiestan que eran primerizas, un 20% era su tercer embarazo, 20% su cuarto embarazo, 10.0% que tenían de 6 a más embarazos, y un 10% que era su segundo embarazo. Sobre gestaciones y paridad (tabla 6), un 40% no tuvieron embarazos previos, ni abortos, un 20% señala que tuvieron 2 embarazos que llegaron a su término, 1 aborto, un 10% indica que tuvieron 1 embarazo que llegó a su término, un hijo vivo, otro 10% señala que tuvieron 1 embarazo que llegó a su término, y que tuvieron un aborto, un hijo vivo, un 6.7% indica haber tenido 2 embarazos que llegaron a su término, dos hijos vivos, otro 6.7% indica que tuvieron 4 embarazos que llegaron a su término, 1 aborto, 4 hijos vivos, un 3.3% señala que tuvieron 2 embarazos que culminaron en su término, 1 aborto, un hijo vivo, otro 3.3% indica que tuvieron 6 embarazos que llegaron a su término, 2 abortos y 5 hijos vivos. A cerca de la edad gestacional (tabla 7), basada en la ecuación FUM, un 63.30% estuvo en el rango de las 38 a 41 semanas, un 33.30% entre las 29 a 37 semanas, y un 3.3% entre 12 a 20 semanas, de acuerdo a los datos obtenidos. Se observa que la edad gestacional por ecografía (tabla 8), un 60.0% estuvo en el rango de las 38 a 41 semanas, un 33.33% entre las 29 a 37 semanas, un 3.3 % entre 21 a 28 semanas, y un 3.3% entre 12 a 20 semanas, de acuerdo a los datos obtenidos. Acerca de si tuvo atención pre-natal (tabla 9) el 100.0% de las encuestadas indican que efectivamente si tuvo atención prenatal. Sobre el número de atenciones pre-natales (tabla 10) el 60.0% de las entrevistadas tuvieron más de 6 atenciones pre-natales, un 26.7% indica que tuvieron de 5 a 6 atenciones pre-natales, un 13.3% que tuvieron de 3 a 4 atenciones pre-natales. A cerca del uso de método anticonceptivo (tabla 11) el 100.0% indica que hicieron uso de un método anticonceptivo. Respecto al método anticonceptivo que estuvo usando

(tabla 12) el 43.3% hizo uso de métodos hormonales, un 40.0% de métodos de barrera, un 16.7% métodos de emergencia.

6. Se llega a la conclusión a cerca de las características sociodemográficas de las gestantes con embarazo no planeado atendidas en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018, sobre la edad de las gestantes (tabla 1) que el 46.7 % tienen la edad de 34 a más años, el 43.3% de las gestantes están entre las edades de 14 a 21 años, un 6.7% entre 22 a 27 años, el 3.3 % de 28 a 33 años. A cerca del lugar de procedencia de las gestantes (tabla 2), el 86.7% procede de la zona rural, mientras que el 13.3% de las encuestadas proceden de la zona urbana. Sobre el estado civil de las gestantes (tabla 3), el 73.3% de las gestantes son convivientes, el 16.70% son de estado civil solteras, el 10.0% son casadas. A cerca del grado de instrucción de las gestantes (tabla 4), el 76.7% cuentan con estudios secundarios, un 13.30% cuenta con estudios universitarios, y el 10.0% con estudios primarios.

RECOMENDACIONES

1. El embarazo no planeado como resultado de las relaciones sexuales consentidas, sin uso de métodos anticonceptivos, puede prevenirse utilizando la doble protección de métodos anticonceptivo o evitando el sexo vaginal. Si el embarazo no planeado es resultado de la violencia sexual o falla de método anticonceptivo, debería acudirse a un centro de salud pública o privada e iniciar una atención prenatal precoz que permitirá a los Obstetras, identificar factores de riesgo que podrían complicar la salud materno fetal en gestantes que no planificaron su gestación.
2. El Ministerio de Salud con sus establecimientos de salud, de sus Redes y Micro redes a nivel nacional, que realizan atenciones en control prenatal, deben disponer de tecnología electroquímicas (pruebas rápidas), para que en la primera atención prenatal se pueda hacer la valoración de hemoglobina, hematocrito, glucosa, examen de orina, etc; que permita la detección y tratamiento oportuno de complicaciones maternas como la anemia y la infección urinaria; además contar con medicamentos para el manejo de claves obstétricas, sales ferrosas, hierro polimaltosado, hierro sacarato, antibióticos de amplio espectro para el tratamiento de la infección urinaria y de esta manera mejorar el pronóstico materno fetal.
3. El obstetra juega un rol importante durante la atención prenatal al identificar gestantes con factores de riesgo (embarazo no planeado), que puedan condicionar una amenaza de parto pretérmino, anemia y pielonefritis. Las acciones de prevención (medidas higiénicas y dietéticas, utilización de preservativo o evitar relaciones sexuales, solicitar longitud cervical entre las 18 a 24 semanas, ganancia adecuada de peso para su IMC, etc) pueden evitar o atenuar la amenaza de parto pretérmino. La entrega y supervisión en la toma de sales ferrosas (60 mg de hierro elemental), según normativa vigente puede evitar la anemia durante el embarazo. El examen de orina completo, sedimento urinario, urocultivo (bacteriuria asintomática) para la detección y tratamiento oportuno de una infección urinaria, evitará complicaciones (pielonefritis) para el binomio madre niño.

4. El servicio de emergencias obstétricas debe encontrarse en un lugar accesible para la atención de complicaciones durante el embarazo; la atención calificada (pasantías y capacitación permanente teórico-práctico) por parte del equipo de salud (obstetra, médico especialista, técnicos, etc) puede prevenir o mitigar una complicación obstétrica; consejería a la gestante y familia en reconocer los signos y síntomas de alarma del embarazo y acudir inmediatamente a un establecimiento de salud.
5. Mejorar la información, educación y comunicación de los diferentes métodos anticonceptivos gratuitos que son ofertados por los obstetras en los servicios de planificación familiar del ministerio de salud. Una consejería previa a la utilización de métodos anticonceptivos ayudara a los usuarios a comprender el mecanismo de acción, las tasas de falla, contraindicaciones, efectos secundarios, formas de uso y programación de seguimiento de cada método anticonceptivo.
6. El conocimiento de la salud sexual y reproductiva en los jóvenes que inician sus prácticas sexuales, les ayudara a que tomen mejores decisiones, por lo que se recomienda trabajar articuladamente con las instituciones educativas para que el/la Obstetra pueda brindar sesiones educativas y talleres en salud sexual y reproductiva (ciclo menstrual, toma de decisiones autónomas e informadas sobre su sexualidad, el cuidado de su cuerpo y su función reproductiva, etc).
7. El empoderamiento de los obstetras en los diferentes escenarios (participación activa en las reuniones convocadas por los diferentes actores sociales, club de madres, reunión de padres de familia, actividades sociales, etc), para realizar charlas educativas en planificación familiar y métodos anticonceptivos, derechos sexuales y reproductivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Unidas N. Blog: Naciones Unidas Perú. [Online].; 2022 [cited 2022 abril. Available from: <https://peru.un.org/es/176601-blog-casi-la-mitad-de-todos-los-embarazos-no-son-intencionales#:~:text=En%20los%20%C3%BAltimos%20cinco%20a%C3%B1os,nacimientos%20ocurridos%20no%20fueron%20intencionales.>
2. Figueroa D, et al. Riesgos y complicaciones asociados al embarazo en la adolescencia. Scielo. 2021 sept-oct; 25(5).
3. Martínez, Enriqueta, et al. El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica. Revista Espacios. 2020 diciembre; 41(47).
4. Medina R O. Complicaciones y consecuencias del embarazo adolescente en Hospital Matilde Hidalgo de Procel entre 2015-2017. , Guayaquil; 2018.
5. Alva L G. Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años. , g; 2018.
6. Peñaherrera Cárdenas EM. Embarazo no planificado y su repercusión en gestantes mayores de 17 años. Tesis. Callao: Centro de Salud Manuel Bonilla, Lima; 2021.
7. Ticona Huanco DM. CONCYTEC. [Online].; 2021 [cited 2023 abril 23. Available from: [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPTI_1329a4859e4240050206d6d4d1073050.](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPTI_1329a4859e4240050206d6d4d1073050)
8. Torres T T. Características presentes en adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista. Tesis. Huancavelica: Centro de Salud San Juan Bautista, Huancavelica; 2019.
9. Tuesta Arévalo ZH. Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio de las adolescentes atendidas en el Hospital II 1 Moyobamba. Tesis. Moyobamba: Hospital II 1 , San Martín; 2020.
10. Aquino D RT. Complicaciones obstétricas en Primigestas adolescentes en Hospital Belén. Tesis. Lambayeque: Hospital Belén, Lambayeque; 2020.
11. Yucra G NM. Complicaciones Obstétricas de la segunda mitad del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Docente

- Materno infantil El Carmen. Tesis. Huancayo: Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín; 2019.
12. Pérez A. Slideshare. [Online].; 2013 [cited 2018 Agosto 22. Available from: <https://es.slideshare.net/miguelfloresrincon/anemia-en-el-embarazo-25810672>.
 13. Valenti Eduardo ANZECH. Actualización de Consenso de obstetricia FASGO2017. Estudio. Argentina: FASGO; 2017.
 14. Ginecología SEd. Parto pretérmino. Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2020; 63.
 15. Rodelgo T. Onmeda.es. [Online].; 2016 [cited 2018 Agosto 22. Available from: <https://www.onmeda.es/enfermedades/preeclampsia.html>.
 16. Moldenhauer JS. Manual MSD. [Online].; 2018 [cited 2018 Agosto 22. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/rotura-prematura-de-membranas-rpm>.
 17. Antonette D. Manual MSD. [Online].; 2020 [cited 2020 octubre. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/desprendimiento-de-placenta-abruptio-placentae>.
 18. Henríquez Bahamonde PA. portafoliomehb. [Online]. [cited 2018 Agosto 22. Available from: <https://sites.google.com/site/portafoliopamehb/caso-clinico-n-2/aspecto-psicologico/embarazo-deseado-y-no-deseado>.
 19. Ventura Producciones. elbebé.com. [Online].; 2018 [cited 2018 Agosto 22. Available from: <https://www.elbebe.com/embarazo/complicaciones-en-el-embarazo>.
 20. Departamento de Salud y Servicios Humanos. Office on Women's Health. [Online].; 2018 [cited 2018 Agosto 22. Available from: <https://espanol.womenshealth.gov/pregnancy/youre-pregnant-now-what/pregnancy-complications>.
 21. Institución Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta demográfica y de salud familiar 2016 - Nacional y Regional Lima; 2017.

22. Embarazo no deseado - teoría - 1C. [Online].; 2017 [cited 2018 Agosto 22. Available from: <https://sites.google.com/site/embarazonodeseadoteoria1c/system/app/pages/sitemap/hierarchy>.
23. Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Ríos M, Leighton L. Riesgo Obstétrico y Perinatal en Embarazadas Mayores de 35 años. Revista Cgilena de Obstetricia y Ginecología. 2009; LXXVI(4).
24. Rivas E. Asociación entre edad materna avanzada y los resultados perinatales en una clínica universitaria de Cartagena (Colombia), 2012. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2015; LXVI(3).
25. Donoso E, Villaroel L. Edad Materna Avanzada y Riesgo Reproductivo. Revista Médica de Chile. 2003 Enero; CXXXI(1).
26. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de Salud Pública. 2002; XI(3): p. 192-204.
27. Morales Díaz E, Solanelles Rojas AM, Mora González SR, Miranda Gómez O. Embarazo no deseado en alumnas universitarias. Revista Cubana de Medicina Militar. 2013 Abril-Junio; XLII(2).
28. Ramirez Chiroque AM, Valladares Querevalú PY. Factores predisponentes de embarazo no deseado y aborto en mujeres atendidas en el Hospital II-1 Essalud Tumbes, junio-agosto 2016. Tesis profesional. Tumbes: Universidad Nacional de Tumbes, Escuela Académico Profesional de Obstetricia; 2016.
29. Ríos Canales CI. Morbimortalidad en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Víctor Lázarte Echeagaray. IV Essalud. Trujillo. Tesis doctoral. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, Escuela de Postgrado; 2016 Agosto.
30. Alfaro C. Blogspot. [Online].; 2012 [cited 2018 Agosto 22. Available from: <http://embarasosnodesea.blogspot.com/2012/10/embarazo-no-deseado-definicion.html>.
31. Álfaro D, Lovaton R. Embarazo adolescente ¿hay motivos para preocuparnos? 2004; XXVII(11).
32. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Salud materna y neonatal New York; 2009.

33. Grupo Banco Mundial. Banco Mundial. [Online].; 2016 [cited 2018 Agosto 22. Available from: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.NMRT>.
34. Nuevo González JA. Webconsultas. [Online].; 2016 [cited 2018 Agosto 22. Available from: <https://www.webconsultas.com/embarazo/complicaciones-del-embarazo/anemia-en-el-embarazo>.
35. Gallaga S. Slideshare. [Online].; 2009 [cited 2018 Agosto 22. Available from: <https://es.slideshare.net/M.D.antrax/parto-pretermino-presentation-884190>.
36. Sibaja Muñoz L, Vargas Quesada N. Manejo de la Hiperemesis Gravídica. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2011; LXVIII(599).
37. Supo J. Seminarios de Investigación científica en salud. Primera ed. Bioestadístico.com , editor. Arequipa: Bioestadístico.com; 2016.
38. Bogantes R JySDG. Infecciones urinarias en el embarazo. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. 2010;(68).
39. Guzmán R S. Adolescencia "Embarazo no planeado". Puerto Vallarta: Secretaria de Salud del Estado de México, México; 2020.

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Venturo A. Embarazo no planeado como factor predisponente de complicaciones maternas durante la gestación. Hospital Tingo Maria. julio – diciembre 2018 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2023 [Consultado]. Disponible en: <http://...>

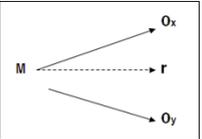
ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“EMBARAZO NO PLANEADO COMO FACTOR PREDISPONENTE DE COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE LA GESTACIÓN. HOSPITAL TINGO MARIA. JULIO – DICIEMBRE 2018”

PROBLEMA General y Específico	OBJETIVOS General y Específicos	HIPÓTESIS	VARIABLES y DIMENSIONES	INDICADORES	DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	METODOLOGÍA
<p>GENERAL</p> <p>¿El embarazo no planeado es un factor predisponente de complicaciones maternas durante la gestación en mujeres atendidas en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018</p> <p>ESPECÍFICO</p> <p>- ¿Cuáles son las complicaciones maternas más frecuentes durante el I trimestre en gestantes con embarazo no planeado en el</p>	<p>GENERAL</p> <p>Determinar si el embarazo no planeado es un factor de riesgo predisponente de complicaciones maternas durante la gestación, en gestantes del Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <p>- Identificar las complicaciones maternas más frecuentes durante el I trimestre en</p>	<p>GENERAL</p> <p>Ha</p> <p>El embarazo no planeado, es un factor significativo que predispone a complicaciones materna en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.</p> <p>Ho</p> <p>El embarazo no planeado, no es un factor significativo que predispone a complicaciones maternas en el</p>	<p>V. INDEPENDIENTE (Vx)</p> <p>Embarazo no planeado.</p> <p><u>DIMENSIÓN:</u></p> <p>Violencia sexual</p> <p>Relaciones consentidas</p> <p>Falla de método anticonceptivo</p> <p>V. DEPENDIENTE (Vy)</p> <p>Complicaciones maternas.</p>	<p>Si</p> <p>No</p> <p>Si</p> <p>No</p> <p>Si</p> <p>No</p>	<p>NIVEL Y TIPO DE INV.</p> <p>El nivel de investigación</p> <p>Nivel Relacional: se relacionan los fenómenos en una circunstancia temporal y geográfica determinada. Su finalidad será describir y/o estimar parámetros y demostrara dependencia probabilística entre eventos.</p> <p>El tipo de investigación</p> <p>Enfoque cuantitativo</p> <p>Tipo observacional, retrospectivo, analítico, transversal (Supo., Metodología de la investigación)</p> <p>Enfoque</p>	<p>POBLACIÓN: La población estará constituida por todas las puérperas con embarazo no planeado y que tuvieron el parto en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018, siendo un total de 30.</p> <p>MUESTRA: El tamaño de la muestra será el mismo tamaño de la población: 30 puérperas.</p> <p>MUESTREO: El muestreo será el probabilístico, puesto que se trabajará con el total de la población.</p> <p>TÉCNICA: La técnica será la documental a través de la Encuesta.</p>

<p>Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018?</p> <p>- ¿Cuáles son las complicaciones maternas más frecuentes durante el II trimestre en gestantes con embarazo no planeado en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018?</p> <p>- ¿Cuáles son las complicaciones maternas más frecuentes durante el III trimestre en gestantes con embarazo no planeado en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018?</p> <p>- ¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes con embarazo no</p>	<p>gestantes con embarazo no planeado en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.</p> <p>- Identificar las complicaciones maternas más frecuentes durante el II trimestre en gestantes con embarazo no planeado en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.</p> <p>- Identificar las complicaciones maternas más frecuentes durante el III trimestre en gestantes con embarazo no planeado en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018?</p> <p>- Identificar las características</p>	<p>Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018</p>	<p>DIMENSIÓN: Trimestre de Gestación</p>	<p>I Trimestre: Hiperemesis ITU Anemia</p> <p>II Trimestre: RCIU Amenaza de parto pretérmino</p> <p>III Trimestre: Preeclampsia Eclampsia RPM DPP PP</p>	<p>Cuantitativo</p> <p>Diseño de inv. - Relacional, transeccional, retrospectivo.</p> <p>Esquema:</p>  <p>M= Muestra O_x= Observación de la Var. Independiente. O_y= Observación de la variable dependiente. R= relación de dependencia entre variables</p>	<p>INSTRUMENTO: El instrumento será una ficha de recolección de datos.</p> <p>TECNICAS ESTADISTICAS Estadístico de prueba (SPSS v 22): Chi cuadrado:</p> $\chi^2_{calc} = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$ <p><i>f_o : Frecuencia del valor observado.</i> <i>f_e : Frecuencia del valor esperado.</i></p>
--	--	--	---	--	--	---

planeado atendidas en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018?

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes con embarazo no planeado atendidas en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.

obstétricas de las gestantes con embarazo no planeado atendidas en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.

- Identificar las características sociodemográficas de las gestantes con embarazo no planeado atendidas en el Hospital de Tingo María de julio a diciembre del 2018.

ANEXO 2

INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Nº DE FICHA:.....

I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad: ...
2. Lugar de procedencia:
Zona urbana () zona rural ()
3. Estado civil:
Casada () Conviviente () Soltera ()
4. Grado de instrucción
Analfabeta () Primaria () Secundaria () Superior ()

II. CARACTERISTICAS OBSTÉTRICAS

1. G: P:
2. Edad gestacional por FUM:...
3. Edad gestacional por Ecografía: ...
4. Tuvo atención prenatal:
Si () No ()
5. Nº de atenciones pre natales:
1 – 2 ()
3 – 4 ()
5 – 6 ()
Más de 6 ()
6. Uso método anticonceptivo
Si () No ()
Tipo de método anticonceptivo que estuvo utilizando:
 - Hormonales ()
 - De barrera ()
 - De emergencia ()

III. VARIABLE INDEPENDIENTE: EMBARAZO NO DESEADO

1. Violencia sexual:
Si () No ()
2. Relaciones sexuales consentidas:
Si () No ()
3. Falla de método anticonceptivo:
Si () No ()

IV. VARIABLE DEPENDIENTE: COMPLICACIONES MATERNAS

1. Complicaciones durante el I trimestre del embarazo:

Hiperémesis gravídica ()

Infección de tracto urinario

Anemia

2. Complicaciones durante el II trimestre del embarazo:

RCIU ()

Amenaza de parto pretérmino ()

3. Complicaciones durante el III trimestre del embarazo:

Preeclampsia ()

Eclampsia ()

Desprendimiento prematuro de placenta ()

Rotura prematura de membranas ()

Placenta previa ()