

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

**“Factores asociados al riesgo obstétrico en pacientes que acuden
al Hospital de Acobamba 2020”**

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

AUTORA: Paucar León, Liz Violeta

ASESORA: Palacios Zevallos, Juana Irma

HUÁNUCO – PERÚ

2023



U

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

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

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

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

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): 40645190

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22418566

Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0003-4163-8740

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 pública	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 15:00 horas del día 29, 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° 2235-2023-D-FC5-UDH de fecha 28 de setiembre del 2023 para evaluar la Tesis intitulada: titulada "FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO OBSTETRICO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ACOBAMBA 2020", presentado por doña Liz Violeta PAUCAR LEON, 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 Unanimitad con el calificativo cuantitativo de 15 y cualitativo de Bueno.

Siendo las 16:30 horas del día 29 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

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

Yo, **Juana Irma Palacios Zevallos** (a) **asesora** del Programa de **Posgrado**, designado mediante documento: Resolución N° 255-2018-D-FCS-UDH, de fecha 03 de abril del 2018, de la estudiante: **LIZ VIOLETA PAUCAR LEON**, de la investigación titulada: **FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO OBSTETRICO EN PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ACOBAMBA 2020**

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 03 de octubre del 2023

Palacios Zevallos, J. Irma

DNI N° 22418566

CÓDIGO ORCID N° 0000-0003-4163-8740

SEGUNDA ENTREGA

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	es.wikipedia.org	Fuente de Internet	1%
2	www.buenastareas.com	Fuente de Internet	1%
3	aprenderly.com	Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad San Ignacio de Loyola	Trabajo del estudiante	1%
5	Submitted to Universidad Alas Peruanas	Trabajo del estudiante	1%
6	repositorio.unac.edu.pe	Fuente de Internet	1%
7	repositorio.unh.edu.pe	Fuente de Internet	1%
8	bvs.sld.cu	Fuente de Internet	< 1%
9	www.udh.edu.pe	Fuente de Internet	



Palacios Zevallos, J. Irma

DNI N° 22418566

CÓDIGO ORCID N° 0000-0003-4163-8740

DEDICATORIA

Dedico mi tesis principalmente a Dios, por darme la fuerza necesaria para culminar esta meta y a mi madre con mucho amor.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a la DOCTORA IRMA PALACIOS ZEVALLOS por su guía y orientación en el desarrollo de este proyecto de tesis, así como al HOSPITAL DE ACOBAMBA, por su apoyo y contribución en la investigación.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VIII
RESUMEN.....	IX
ABSTRACT.....	X
INTRODUCCIÓN	XI
CAPÍTULO I.....	13
PROBLEMA DE INVESTIGACION	13
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	16
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	16
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	16
1.3. OBJETIVOS.....	17
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	17
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICO	17
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
1.6.1. VIABILIDAD ACADÉMICA	18
1.6.2. VIABILIDAD INSTITUCIONAL	18
1.6.3. VIABILIDAD ECONÓMICA	19
CAPÍTULO II.....	20
MARCO TEÓRICO	20
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	20
2.2. BASES TEÓRICAS	24
2.2.1. FACTOR DE RIESGO.....	24
2.2.2. EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO.....	25
2.2.3. COMPONENTES MÉDICOS COLIGADOS A DIFICULTADES OBSTÉTRICAS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	26
2.2.4. HEMORRAGIAS	31

2.2.5. SHOCK HEMORRÁGICO OBSTÉTRICO.....	33
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	36
2.3.1. FACTORES ASOCIADOS	36
2.3.2. RIESGO	37
2.3.3. RIESGO OBSTÉTRICO	37
2.4. HIPÓTESIS.....	37
2.5. VARIABLES.....	37
2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE.....	37
2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE	38
2.5.3. VARIABLE INTERVINIENTE	38
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	39
CAPITULO III.....	40
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	40
3.1.1. ENFOQUE	40
3.1.2. ALCANCE O NIVEL	40
3.1.3. DISEÑO	40
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	41
3.2.1. POBLACIÓN	41
3.2.2. MUESTRA.....	41
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS... 41	
3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN, PLAN DE ACTIVIDADES SI ES EXPERIMENTAL	42
3.4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	42
3.4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL	42
CAPÍTULO IV.....	43
RESULTADOS.....	43
4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES	43
4.2. DATOS INDIVIDUALES.....	48
4.3. DATOS OBSTÉTRICOS.....	52
CAPÍTULO V.....	60
DISCUSION DE RESULTADOS.....	60
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES.....	64

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
ANEXOS.....	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad.....	43
Tabla 2. Estado civil.....	44
Tabla 3. Escolaridad	45
Tabla 4. Ocupación.....	46
Tabla 5. Religión	47
Tabla 6. Peso.....	48
Tabla 7. Número de atenciones prenatales	49
Tabla 8. Consumo de alcohol	50
Tabla 9. Consumo de tabaco	51
Tabla 10. Antecedentes patológicos	52
Tabla 11. Edad gestacional	53
Tabla 12. Paridad.....	54
Tabla 13. Periodo intergenésico	55
Tabla 14. Cesárea previa.....	56
Tabla 15. Antecedentes patológicos obstétricos.....	57
Tabla 16. Complicaciones maternas.....	58

ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico 1. Edad	43
Gráfico 2. Estado civil	44
Gráfico 3. Escolaridad.....	45
Gráfico 4. Ocupación	46
Gráfico 5. Religión	47
Gráfico 6. Peso	48
Gráfico 7. Número de atenciones prenatales.....	49
Gráfico 8. Consumo de alcohol.....	50
Gráfico 9. Consumo de tabaco	51
Gráfico 10. Antecedentes patológicos	52
Gráfico 11. Edad gestacional.....	53
Gráfico 12. Paridad	54
Gráfico 13. Periodo intergenésico.....	55
Gráfico 14. Cesárea previa	56
Gráfico 15. Antecedentes patológicos obstétricos	57
Gráfico 16. Complicaciones maternas	58

RESUMEN

El estudio titulado FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO OBSTETRICO EN PACIENTES GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ACOBAMBA 2020, fue desarrollado teniendo como objetivo Determinar los factores asociados al riesgo obstétrico, y finalizado dicho estudio se llegó a los siguientes resultados: edades de más porcentaje de 26 a 30 años, con el 44%, estado civil de la conviviente con el 50%, nivel educativo secundaria con el 53%, ocupación amas de casa con el 66%, religión católica con el 49%, peso adecuado en el 54%, atenciones prenatales el 53% tuvieron, consumo de alcohol el 34% si lo consumía de manera no frecuente, consumo de tabaco el 44% si las tenía, pero de manera esporádica, antecedentes patológicos, el 10% presentó hipertensión arterial, el 4% diabetes, el 3% miomas y el 10% otras patologías, edad gestacional, el 44% 28 a 36 semanas, el 33% 37 a 41 semanas y con el 11% , 22 a 27semanas y de 42 semanas a más respectivamente, paridad el 39% eran multíparas, espacio intergenésico, el 56% tuvo de menor o igual a 24 meses, a cesáreas previas, el 34% si tuvieron, antecedentes Patológicos obstétricos el 40% lo presentaron, complicaciones maternas que presentaron fueron muchas dentro de ellas con el 20% las pre eclampsias, el 13% RPM, el 11% Anemias, el 10% amenaza y partos pre términos, entre otras y no necesariamente tuvieron antecedentes previos a la gestación actual.

Palabras claves: Factores, riesgo, obstétrico, pacientes, gestantes.

ABSTRACT

The study entitled FACTORS ASSOCIATED WITH OBSTETRIC RISK IN PREGNANT PATIENTS WHO GO TO THE ACOBAMBA HOSPITAL 2017, was developed with the objective of Determining the factors associated with obstetric risk, and upon completion of said study, the following results were reached: ages of over a percentage of 26 to 30 years, with 44%, marital status of the partner with 50%, secondary education level with 53%, occupation of housewives with 66%, Catholic religion with 49%, adequate weight in 54%, attentions 53% had prenatales, 34% had alcohol consumption if they consumed it infrequently, tobacco consumption 44% if they had it, but sporadically, medical history, 10% had high blood pressure, 4% diabetes, 3% fibroids and 10% other pathologies, gestational age, 44% 28 to 36 weeks, 33% 37 to 41 weeks and with 11%, 22 to 27 weeks and 42 weeks or more respectively, parity 39% were multiparous, intergenetic space, 56% had less than or equal to 24 months, to previous cesarean sections, 34% if they had obstetric pathological antecedents, 40% presented it,

Maternal complications that presented were many within them, with 20% pre-eclampsias, 13% RPM, 11% Anemias, 10% threat and pre-term arrests, among others, and they did not necessarily have a history prior to the current pregnancy.

Keywords: Factors, risk, obstetric, patients, pregnant women.

INTRODUCCIÓN

Todas las gestaciones que conllevan riesgo, vienen siendo referidas aquellas en las que se descubren elementos de peligro, que pudieran ocasionar un peligro para el embarazo actual, logrando perturbar de manera negativa en los resultados de la salud de la madre y del feto.

Cualesquiera de los elementos de peligros que pudieran presentarse durante la atención a la gestante son: la edad de la madre, los estilos de vida no saludables, las patologías pre existentes, entre otras. Es muy necesario e indispensable las atenciones prenatales de manera periódica y precoz, puesto que al identificarse de manera precoz una gestación se logrará atender con mayor calidad a los elementos de peligro que pudieran presentarse. (1)

Una gestación representa en la fémina en edad reproductiva, la etapa comprendida desde el momento de la nidación del huevo fecundado, hasta el instante que se produzca el nacimiento del producto de la gestación, y posteriormente hasta los 42 días que es la etapa del puerperio. Esta etapa de la vida reproductiva de la mujer, es clasificada como de alto riesgo, cuando se presentan situaciones en las que la salud de la madre y del feto se vean comprometidas en toda su integridad física. La terminología de alto riesgo está referida a aquellas situaciones de carácter médico, social, ginecológico u obstétrico que logren poner en peligro la salud materna fetal. Las dificultades de orden obstétrico se exteriorizan a cualquier tiempo de la gestación, muchas señoras sufren de dificultades aún antes de estar embarazada, el peligro de presentar problemas de índole obstétrico suele manifestarse por vez primera, en las mujeres que jamás adolecieron de ningún tipo de problema de salud, o se pueden presagiar para una gestación futura en aquellas que tengan algún tipo de comorbilidad de rigor considerable. (2)

Aproximadamente desde los años setenta, las edades del inicio de la maternidad no han cesado de incrementarse en los países europeos, el anhelo de toda mujer de ser madre luego de los 35 años de edad e inclusive luego de los 40 años, se ha tornado por dicha situación, en un considerable fenómeno social.

Los concluyentes de esta transformación del modelo productivo logran exponerse por las modificaciones de las culturas culturales, sociales y financieros acontecidos en nuestra sociedad, visualizados de manera más objetiva durante el último tercio del siglo XX. (3)

El objetivo de nuestra investigación es el de establecer cuáles son los factores asociados al problema en estudio, analizando cada una de las variables establecidas y conociendo los factores que con mayor frecuencia conllevan riesgo en las gestantes que fueron atendidas.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Los embarazos originan en el cuerpo de la mujer, múltiples y serios cambios, desde el punto de vista anatómico y fisiológico, las modificaciones más notorias suelen ocurrir, como es habitual en los que se va a desarrollar el producto de la gestación, siendo las características de estos cambios gravídicos consistentes en una sobreactividad de las funciones, todas estas modificaciones en embarazadas que gozan de buena salud física se conservan dentro de los parámetros fisiológicos, sin embargo, cuando se torna excesiva se convierten en situaciones patológicas dando lugar a un real estado de morbilidad. Las gestaciones de alto riesgo son aquellas en las que las posibilidades de morbilidad y mortalidad pre, intra y post parto son mayores que las habituales ya sean maternas, fetales o para ambos, Todas las gestaciones de por sola si involucran algún grado de peligro, pero existe un más alto riesgo en aquellas en los embarazos con algún peligro.

En él tanto la mamá como el producto y/o el neonato tienen una mayor posibilidad de complicarse, fallecer o sufrir consecuencias anteriormente o posteriormente del nacimiento. (4)

De acuerdo a los informes emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), una señora fertilizada en una nación en vías de progreso, presenta cien a doscientas veces mayor grado de peligro a diferencia de las naciones desarrolladas, de la misma manera se enfatiza el dominio que despliegan los elementos, sociales, demográficos y de carácter obstétrico en la presencia de mortalidad materna, dentro de ellos se citan edad de la madre, nivel educativo, la etnia, la gesta paridad, el estado civil, espacio intergenésico, tiempo de gestación al momento del parto, personal que lo atiende, utilización y el acceso a los establecimientos de salud, entre otros.

Las gestaciones de alto riesgo representan problemas en la salud pública de inmensa dimensión; según los grados de tasas de mortalidad

perinatal, de acuerdo a la información proporcionada a nivel nacional, los porcentajes de muerte perinatal se encuentran elevadas, observándose un alza en las cifras de gestaciones de alto riesgo, llegando a un treinta por ciento. Actualmente la salud materna representa un problema, sobre todo en aquellas naciones en vías de desarrollo. Esto debido a situaciones como la inequidad y la vulnerabilidad, que se encuentra viviendo la mayoría de sus habitantes y las deficientes organizaciones que tienen para la atención de salud. En el caso del grupo etario de población femenina que se halla en edad reproductiva, su contorno endémico se determina por mostrar padecimientos y víctimas unidas fundamentalmente a sucesos obstétricos. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud a lo largo de su edad fértil representa 1/75 en los países en vías de desarrollo y 1/7300 en países desarrollados. Así encontramos que Colombia viene a ser la nación sudamericana con índices más elevados en muertes maternas, luego de Bolivia y el Perú. De otro lado, también la OMS reporta muertes maternas relacionados a las gestaciones y partos, las que representan más de la mitad de las muertes infantiles. Las muertes de madres y niños determinan el nivel del desarrollo social y financiero de una nación, debido a ello la salud sexual y reproductiva representa una de las prioridades sanitarias. (5)

Un sin número de damas en el universo sufren actualmente males de corta o larga permanencia, imputables a las gestaciones y partos o a la etapa del puerperio. Alrededor del diez por ciento mueren, varias de las que subsisten soportan contusiones e incapacidades, que con periodicidad conducen resultados para toda la vida.

La morbilidad materna enormemente peligrosas, es un indicador muy coligado a los fallecimientos de madres y es estimada una disyuntiva legítima para manejar como indicador de la eficacia en las atenciones y cuidados de las madres.

El beneficio progresivo de completar a la publicación de muertes maternas, el análisis de las enfermedades de madres enormemente peligrosas, consiente establecer los componentes de peligros que se hallan en las embarazadas, desde una gestación sin complicación alguna, hasta el

fallecimiento y la conducta apropiada para que estos evolucionen de manera favorable, evitaremos que se den nuevos casos de mortalidad materna.

Los cuidados y vigilancias epidemiológicas de muertes de las madres extremas, representan una de las estrategias planteadas internamente de las operaciones territoriales de OPS / OMS para optimizar la salud de las madres y conseguir comprimir los porcentajes de fallecimiento maternos en tres cuartas partes, como uno de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM).

De acuerdo a lo señalado por la OMS, alrededor del quince por ciento de las gestantes

consiguen sentir un alto riesgo de dificultades del embarazo o del parto, y estas pueden ser lo sobradamente peligrosas como para solicitar cuidado obstétrico en cualquiera de los establecimientos sanitarios. (6)

Coexisten otros componentes de peligro que se hallan en el embarazo, que se corresponden con las muertes de madres. Por ejemplo, las edades consideradas extremas, representan uno de los elementos de peligro en la etapa pre concepcional, que es identificada con mucha frecuencia. Así mismo se han descrito sobre consecuencias adversas de una gestación en edades tempranas y tardías como componentes de peligro conocidos. Están consideradas que las mujeres mayores de los treinta y cinco años, presentan tres veces mayores probabilidades de presentar algún tipo de complicación grave durante la etapa del puerperio.

De otro lado, se considera que las edades extremas de la reproducción las mujeres son expuestas a presentar alguna complicación, Los infantes productos de mamás adolescentes presentan entre uno y uno punto cinco más veces de peligro de fallecer antes de llegar al primer año de vida, que aquellos que nacieron de madres de entre 20 a 29 años de edad. Debido a que la mujer muy joven presenta mayor peligro de tener un parto obstruido, una labor de parto prolongada, enfermedades hipertensivas del embarazo, entre otros riesgos.

En estos casos específicos es un tema de creciente intranquilidad para la sociedad, el aumento de partos en madres muy jóvenes, principalmente si se relaciona con una inestabilidad sexual, con el subsiguiente peligro de presentar las ITS, específicamente con la presencia del SIDA, lo que representa un elemento de peligro obstétrico muy fuerte. (7)

Cada uno de los componentes riesgo identificados en una embarazada requiere de un adecuado seguimiento y control. Las atenciones del riesgo durante la etapa pre concepcional en una señora, representan unas aristas importantísimas que deben ser fortalecidas en las atenciones que se brindan en el programa de Planificación Familiar. Las atenciones pre natales son los espacios ideales para proporcionar un apoyo de manera integral a la embarazada, donde se hace necesario la identificación de todos los riesgos que se presenten y así instaurar procedimientos que afirmen que el nacimiento del producto se dé en un lugar seguro y adecuado, tratando de descartar, menguar o remediar estos peligros con una dirección clínica epidemiológica, que promueve la salud reproductiva y avala una buena disposición de vida sexual y reproductiva. (8)

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores asociados al riesgo obstétrico en pacientes gestantes que acuden al hospital de Acobamba 2020?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

✚ ¿Cuál es la incidencia de los factores asociados al riesgo obstétrico en pacientes gestantes?

✚ ¿Cuáles son los factores clínicos asociados al riesgo obstétrico en pacientes gestantes?

✚ ¿Cuáles son los factores epidemiológicos asociados al riesgo obstétrico en pacientes gestantes?

- ✚ ¿Cuál es la prevalencia de los factores asociados al riesgo obstétrico en pacientes gestantes?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados al riesgo obstétrico en pacientes gestantes que acuden al Hospital de Acobamba 2020

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICO

- ✚ Identificar los factores asociados al riesgo obstétrico en pacientes gestantes.
- ✚ Determinar la incidencia de los factores asociados al riesgo obstétrico en pacientes gestantes.
- ✚ Determinar los factores clínicos asociados al riesgo obstétrico en pacientes gestantes.
- ✚ Determinar los factores epidemiológicos asociados al riesgo obstétrico en pacientes gestantes.
- ✚ Calcular la prevalencia de los factores asociados al riesgo obstétrico en pacientes gestantes.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Las muertes que se originan debido a resultados de las complicaciones las etapas del embarazo, parto y puerperio, continúan representando un origen fundamental en las muertes de las madres a nivel mundial. Se calculan que alrededor de medio millón de mujeres fallecen como consecuencia de estos casos, muertes que en su mayoría pudieron ser prevenibles, de acuerdo a informaciones que brinda el UNICEF.

Existen escasa información sobre estadísticas precisas sobre cuál es la magnitud de las muertes y enfermedades de las madres.

Sin embargo, la investigación de que se disponen nos demuestra que los porcentajes indiscutiblemente a las mujeres que radican en situaciones de pobreza.

Muestra que las tasas de mortalidad materna más elevadas corresponden invariablemente a las mujeres que viven en condiciones de pobreza.

Con el desarrollo de nuestro trabajo, pretendemos apoyar en la reproducción de comprensión sobre los componentes de peligro para para dichas situaciones. Esto proporciona una cimienta razonado y cuantitativo para valorar el peligro de la mujer embarazada, y de este modo acoger la mejor habilidad para disminuir dicho riesgo, por ello la trascendencia de la justificación del presente estudio.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Las limitaciones que se presentaran son:

- Insuficiente bibliografía especializada sobre el tema investigado.
- La carencia de antecedentes locales de nuestros propios hospitales, lo cual dificultara en la recopilación de información.
- Insuficiencia de apoyo y orientación de profesionales especializados en el tema de investigación.

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. VIABILIDAD ACADÉMICA

El estudio es viable académicamente pues se sustenta en bases teóricas y conceptuales, seleccionadas de fuentes primarias y secundarias.

1.6.2. VIABILIDAD INSTITUCIONAL

El estudio es viable institucionalmente por contar con la autorización correspondiente de los directivos del establecimiento de salud.

1.6.3. VIABILIDAD ECONÓMICA

El estudio es viable desde el punto de vista económico ya que los recursos económicos necesarios para realizar dicho estudio estarán a cargo del investigador.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

HERNÁNDEZ FLORES MARINA: Efectuó un estudio que estuvo relacionado al manejo del personal de salud en la enfermedad hipertensiva del embarazo, al finalizar el estudio pudo detectar cuáles fueron las necesidades y las debilidades en la atención y en base a ello realizó las recomendaciones que creo fueron necesarias, estableció de la misma manera cuáles fueron las complicaciones en la madre y complicaciones perinatales.

Finalizada la aplicación del instrumento de recolección de datos, luego de realizar un análisis da cada uno de sus componentes, encontraron muchas fallas en cuanto al manejo de las pacientes maternas que presentaban complicaciones.

Hallaron que le personal de enfermería, que trabajaba en el servicio de gineco obstetricia poseía falta de conocimientos que les permitieran atender de manera adecuada a las gestantes, pese a ser profesionales, significando un potencial riesgo durante el cuidado y atención de las pacientes que requerían atención de parte de este personal, de la misma manera constataron que dichos profesionales no se informaban ni capacitaban de la forma correcta y adecuada para ejercer sus funciones durante el manejo de las gestantes con complicaciones, evidenciándose que las usuarias no recibían los cuidados establecidos y adecuados.

También, como resultado encontraron que el profesional de enfermería, en su mayoría no tenían los conocimientos en el manejo de gestantes con enfermedades hipertensiva, lo cual propiciaba, que, la atención que brindaban no era de calidad. El conocimiento que tenían de los protocolos de atención era muy baja, por los que recomendaron que se realice un curso de capacitación específicamente con temas relacionados a las complicaciones durante el embarazo y sobre la forma de realizar un buen examen físico, para que de esta manera se brinde una atención adecuada y de calidad a las

gestantes que acuden para ser atendidas. Evitando posteriormente acciones que puedan terminar en la vía judicial. (9)

MARTÍNEZ NUÑEZ VICTORIA LISBETH y colaboradora ejecutaron un trabajo que comprendió como problema cuáles fueron los componentes clínicos y epidemiológicos que estuvieron asociados a las complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y el puerperio, en un hospital de Guatemala, donde luego de finalizado el trabajo hallaron que las pacientes embarazadas presentaron complicaciones como las enfermedades hipertensivas del embarazo las hemorragias, el shock hipovolémico, sepsis, shock séptico entre otros, establecieron además que dichas complicaciones estuvieron ligadas a la gesta paridad, a la falta de atención pre natal, a la mala nutrición materna, complicaciones que en muchas oportunidades provocaron morbilidad y mortalidad materna, las morbilidades llevaron a que las gestantes sean en muchas ocasiones internadas en los servicios de cuidados intensivos . Por lo que los estudiosos concluyeron que si existe relación directa entre los elementos de peligro con las complicaciones obstétricas. (10)

HERRERA LEÓN, LORENZO I. Investigador que realizó un estudio sobre el embarazo múltiple como un factor de riesgo en gestantes en el año 2014, donde remarcó que todos los profesionales de la salud que estaban dedicados a la atención de gestantes, tenían el conocimiento o sabían de que los embarazos múltiples están relacionados con complicaciones del embarazo y era realmente un factor de riesgo latente que se relacionaba en muchos casos a muertes fetales, pese a ello indican los autores, que durante el control de peso que realizaban al momento del nacimiento, que los productos nacidos de las gestaciones múltiples tuvieron porcentajes menores de muertes en comparación con los fetos procedentes de gestaciones únicas. También constataron que la supervivencia del feto es más prolongada en referencia a las de embarazos sencillos. El estudio lo realizaron con el objetivo de demostrar cómo es que los embarazos múltiples representan un componente de peligro en pacientes obstétricas, cuando el peso en el instante del parto es alto y cómo este se torna para los de bajo peso e inmaduros. Los datos obtenidos fueron de las informaciones sobre las muertes perinatales y

de los recién nacidos vivos de la Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública y la Oficina Nacional de Estadística. Estimaron las tasas de las muertes fetales de acuerdo a las categorías del peso y la condición de la gestación, el cual les permitió encontrar la demasía de muertes en gestaciones múltiples en comparación con los embarazos únicos.

Así mismo. confeccionaron tableros de vida, con lo cual fue viable apreciar la función de persistencia o sobrevivencia del feto, de acuerdo al tipo de gestación. Como consecuencia notable obtuvieron que los productos de gestaciones múltiples probablemente se hallan mejores dispuestos que los de los embarazos sencillos para afrontar las derivaciones del bajo peso y la inmadurez, lo cual los sitúa en posición concerniente de superioridad para afrontar asimismo el peligro de morir en el los doce primeros meses de vida. (11)

CHAMBI MAMANI FRANZ: Estudios que realizó un trabajo de investigación sobre factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas y perinatales en embarazadas adolescentes en el año 2018, donde al término de su investigación arribaron a los siguientes conclusiones: Del total de la población sujeta, a estudio que fueron gestantes, la mayoría presentó algún tipo de complicación, se determinó la existencia de la relación de igual forma los recién nacidos presentaron complicaciones perinatales, en las embarazadas el mayor porcentaje de dichas complicaciones fueron las anemias y del recién nacido el síndrome de distrés respiratorio, se determinó la existencia de una relación entre complicaciones obstétricas y perinatales con la atención prenatal de las gestantes, así mismo hallaron relaciones entre con el bajo peso al nacer, los pretérminos, los pequeños para la edad gestacional con las complicaciones de la embarazada. También dentro de sus conclusiones señalan que las atenciones prenatales no adecuadas o no frecuentes están ligadas a las complicaciones obstétricas y perinatales, así como el estado nutricional de la embarazada. (12)

ALTAMIRANO GIRANO PAULA ANGÉLICA, estudiosa desarrollo un trabajo sobre los componentes de peligro ligados a las hemorragias inmediatamente luego de haberse producido el parto, los resultados que

obtuvo al finalizar su trabajo fueron: Dentro de estos elementos de riesgo en las gestantes estudiadas encontraron como primer factor la primiparidad, seguidas de las infecciones del tracto urinario, así mismo el espacio intergenésico largo, la estatura pequeña de la mujer, gestantes añosas, las anemias, por otro lado hallaron durante el parto las rupturas prematuras de las membranas ovulares, el parto precipitado, la labor de parto prolongada, las episiotomías, las inducciones, entre otros.

Dentro de las conclusiones determinaron que las hemorragias fueron causadas principalmente por los traumatismos del canal del parto, siendo los más frecuentes los desgarros, la atonía uterina, la existencia de restos placentarios. (13)

SILVA CONTRERAS VANNA: Desarrolló un trabajo teniendo como objetivo determinar cuáles fueron los componentes de peligro ligados a la presencia de abortos en las féminas que fueron atendidas en la emergencia obstétrica en un hospital de Arequipa durante el año 2016

Finalizado el trabajo y luego de analizados los resultados de la aplicación del instrumento de recolección de datos arribó a las siguientes conclusiones: En primer lugar, la incidencia de la patología estudiada fueron en mayor porcentaje los abortos incompletos, sin poder establecer las causas exactas que las produjeron, sin embargo, determinaron que estos casos se presentaron en mujeres en las cuales los entornos sociales y demográficos donde residían se hallaban dentro de los parámetros de normalidad y que estos casos posiblemente se hayan presentado por el desinterés en cuanto al cuidado de su salud en cuanto a sexualidad y reproducción se refieren. La segunda conclusión que llegó fue en relación a los componentes demográficos encontraron en primer lugar las edades de la población estudiada se hallaba entre los 35 a 39 años mayoritariamente, estado que lo consideran alarmante puesto que la madurez cronológica en estas mujeres carece de las decisiones adecuadas para el cuidado de su propia salud. Como tercera conclusión se refieren a las componentes sociales, que fueron analizados y hallaron resultados que el nivel educativo fue la superior, con una ocupación de empleadas, situación civil casadas, encontrándose en los

niveles ideales de un bienestar e independencia de las mujeres, pese a ello no se evidencia que tomen las decisiones adecuadas para el cuidado y protección de su salud, por el contrario, tienen comportamientos que atentan contra su propio bienestar y salud. Finalmente, como cuarta conclusión señala la autora, las mujeres carecen de decisiones para adoptar las medidas necesarias para cuidar y proteger su salud, así como para evitar las gestaciones no planificadas; ya que la mayoría de eventos patológicos, como ser la presencia de abortos, han sucedido en las féminas primigrávidas, por otro lado también concluye, que las señoras no utilizan ninguna metodología anticonceptiva y ni siquiera muestran alguna iniciativa en la búsqueda de atención que les garantice el buen cuidado de su propia salud y del producto de su gestación. (14)

OLORTEGUI RAMOS LILIBETH FEBA: Desarrolló una investigación basada en determinar cuáles fueron los elementos de riesgo obstétrico en embarazadas añosas, en el INMPN en el año 2013, donde al finalizar el estudio hallaron que del total de la población estudiada la mayoría presentaron algún tipo de complicación, siendo las más habituales la ruptura prematura de las membranas ovulares, la hipodinamia del útero, el alumbramiento incompleto, siendo los elementos más ligados a estas complicaciones de manera significativa el índice de masa corporal que se hallaba alta, la obesidad de las gestantes, las cesareadas anteriormente, y la gesta paridad.

En relación al componente de riesgo individual ligado a una complicación que encontraron fue en primer lugar la obesidad, representando un riesgo latente para la presencia de una complicación en su gestación. Así mismo determinaron que los elementos de peligro obstétrico estuvieron las cesáreas previas y la gesta paridad siendo el incremento de peligro dos veces mayor en este tipo de pacientes. (15)

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. FACTOR DE RIESGO

Un elemento de peligro se define como una particularidad o suceso que se puede detectar en las personas o conjunto de personas, ligadas

a una posibilidad de incrementarse a producir un daño en la salud de los individuos. Se debería tener mucho cuidado cuando se defina en qué reside un componente de peligro y qué es un deterioro de salud. Puesto de que muchas particularidades consiguen utilizarse en uno y otro caso. De igual manera los elementos de peligro pueden considerarse como indicadores de peligro como raíces determinantes del daño en la salud.

Los peligros en las madres vienen siendo definidas como aquella probabilidad que tienen de fallecer o de tener una complicación grave, como consecuencia de la gestación, del parto o del puerperio. Muchas señoras se ya presentaron algunas de las complicaciones en anteriores gestaciones poseen mayor probabilidad de presentar estas consecuencias. Pese a todo ello, es casi imposible presagiar que una embarazada pueda presentar complicaciones que le originen un estado de peligro para su vida.

Dentro de los componentes de peligro podemos citar a los elementos de tipo biológico: donde se encuentran la edad materna, la procedencia, las formas o estilos de vida, la gesta paridad, el estado civil, el tipo de parto, también están los componentes de índole social, cultural económico entre otros.

2.2.2. EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

La valoración del peligro es un instrumento manejado por los regímenes de salud con la intención de catalogar a las señoras embarazadas en condiciones de peligro, que generalmente estas son catalogadas en alto riesgo y bajo riesgo, acorde con incuestionables peculiaridades sociales, estadísticas o físicas, como ser el grado de educación, tiempo de vida, talla y la cantidad de gestaciones. Imaginativamente, a las señoras catalogadas en el rango de alto riesgo se les debe suministrar específica vigilancia para notificar o para manejar adecuadamente y oportunamente cualquier dificultad que muestren. Generalmente la valoración del peligro forma parte de los establecimientos en que se brindan los servicios de Atención pre natal.

La valoración del problema se confeccionó para apoyar a los provisos de salud a ofrecer su lapso y sus recursos a las señoras que más lo requirieran, fundamental por la OMS indicaron que esta evaluación no representa una estrategia eficiente en prevenir las muertes de las madres. (16)

2.2.3. COMPONENTES MÉDICOS COLIGADOS A DIFICULTADES OBSTÉTRICAS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

2.2.3.1. HIPERTENSIÓN GESTACIONAL

Mujer embarazada que se le encuentra con una presión arterial sistólica de 140mmHg o con una presión arterial diastólica de 90mmHG medida por lo menos en dos ocasiones, teniendo como intervalo mínimo de cuatro horas, en posición sentado y en reposo. Si se encontrarla la PA sistólica en 110mmHg no se hace necesaria de repetir la medida para establecer el diagnóstico, Por otro lado, se debe considerar el examen de orina para cuantificar la proteinuria en cualquier tiempo de la gestación, donde si se encuentra el dosaje de proteinuria de 300 mg. a más, la presencia de 1 a más mg. son cifras para sospechar de una hipertensión.

2.2.3.2. PREECLAMPSIA

Representa un disturbio hipertensivo congruentemente habitual en la etapa de la gestación, de exposición creciente, origen aún desconocido y que sobrelleva con periodicidad peligrosas dificultades maternas fetales) Se confunde en la gestación posteriormente a las 20 semanas o el puerperio; que se identifica por vaso convulsión y modificación de los componentes de congelación sanguínea. Los descubrimientos médicos particulares son hipertensión, proteinuria y edema. La pre eclampsia es una dificultad seria de la gestación cuyo origen es ignorada, pese a ello, se han planteado hipótesis que alternan de exponer este fenómeno, tales como: Placentación insuficiente, la cual quedaría mediada por

un trastorno inmunológico. Daño endotelial vascular, en el cual su primordial origen sería el estrés oxidativo celular. Modificación del sistema de coagulación, con aumento de los parámetros de tromboxano (vasoconstrictor) y mengua de las cifras de prostaciclina (vasodilatador). Este tipo de patologías suele clasificarse en:

a) Pre eclampsia leve: “Donde se puede encontrar una presión arterial sistólica < 160 mm Hg y diastólica < 110 mm Hg, la no presencia de daño de órgano blanco (criterios de severidad) 2. Proteinuria cualitativa desde trazas a 1 + (test de ácido sulfosalicílico).”

b) Preeclampsia severa: patología dende con la presencia de una presión arterial sistólica de 160mmHG y una presión arterial diastólica de 110mmHG, donde también existen evidencias de la presencia de daño de algún órgano blanco, así mismo la presencia de proteína cualitativa en orina. El compromiso de los órganos blancos manifestados por la oliguria, aumento de creatinina sérica, presencia de edema pulmonar, disfunción hepática, trastorno de coagulación, ascitis.

➤ **Diagnóstico**

- Parámetros de la presión arterial igual o superior a 140/90 mmHg en 2 tomas con intervalos de 4 a 6 horas
- Aumento de 15 mmHg en Tensión Arterial diastólica o 30 mmHg en la sistólica en relación con las cifras basales históricos operados por la paciente
- Proteinuria en orina de 24 horas (0.3 gramos en 24 horas)
- Edema de diferentes grados

➤ **Criterios Diagnósticos de Preeclampsia Leve:**

“Dentro de los criterios para realizar el diagnóstico de la preeclampsia leve estas los siguientes parámetros:

- ✓ Presión arterial diastólica menor a 110 mmHg
- ✓ Presión arterial sistólica inferior a 160 mmHg
- ✓ Presión arterial media inferior a 120 mmHg
- ✓ Creatinina en cantidades menores 1.2 mg/dl
- ✓ Proteína en la orina con cifras menores a 3 gramos
- ✓ Plaquetas con cifras por encima de 100,000 mm³
- ✓ Edema que solamente afectará a las extremidades

➤ **Criterios Diagnósticos de Preeclampsia Severa:**

- ✓ Presión arterial sistólica igual o superior a 160 mmHg
- ✓ Presión arterial diastólica igual o superior a 110 mmHg
- ✓ Acrecentamiento de 20 mmHg en la diastólica y 40 mmHg en la sistólica en relación a la basal
- ✓ Proteína por encima de 4 gramos en orina de 24 horas
- ✓ Cálculo de plaquetas menores de 100,000 mm³
- ✓ Creatinina sérica por encima de 1.2 mg/dl
- ✓ Edema que se amplía a la cara y extremidades superiores
- ✓ Variación de las enzimas hepáticas
- ✓ Modificaciones de los factores de coagulación
- ✓ Signos vasomotores (Cefalea, visión borrosa y acufenos)
- ✓ Dolor en zona del epigástrico.” (17)

➤ **Eclampsia**

Entorpecimiento sagaz de la preeclampsia en la que se muestran: convulsiones tónico - clónicas generalizadas

2.2.3.3. TRATAMIENTO

➤ **Preeclampsia Leve**

- ✓ Se manipulará de manera ambulatoria si es que existan garantías del acatamiento del procedimiento. En caso de gestaciones a término está correcto la entrada y la agilidad vía vaginal
- ✓ Disminución de la acción física
- ✓ Alimentación baja en sal (hiposódica)
- ✓ Dieta hiperproteica rica en calcio
- ✓ Atención semanal de la presión arterial y la proteinuria
- ✓ Cuidado de la actividad fetal clínica y sonográfica.
- ✓ Atención de movimientos fetales
- ✓ Perfil Biofísico semanal a partir de las 30 semanas

➤ **Preeclampsia Severa**

- ✓ Ingreso en área de labor
- ✓ Valorar el estado de conciencia y situación hemodinámica
- ✓ Requerir Hemograma completo, glucosa, Urea, creatinina, ácido úrico, electrolitos, las enzimas transaminasa glutámico oxalacética y pirúvica, coagulación sanguínea y proteína en orina, sangre y bilirrubinas.
- ✓ Valorar condición con Prueba No Estresante o Perfil Biofísico
- ✓ Lactato de Ringer 100-150 ml/hora
- ✓ Sonda vesical fija y calcular diuresis horaria

- ✓ Sulfato de Magnesio 4 gramos endovenoso de inicio y luego 2 gramos cada 2 horas
- ✓ Hidralazina 5 mg endovenoso (dosis respuesta) si presión arterial diastólica es igual o mayor a 110 mmHg.
- ✓ La culminación de la gestación independiente de la edad gestacional inmediatamente de conseguir estabilidad hemodinámica y neurológica
- ✓ Persistentemente se pretenderá el parto vaginal si las circunstancias cervicales son favorables o se vislumbre el parto en 4 a 6 horas
- ✓ Si las circunstancias cervicales son desfavorables, cesárea.
- ✓ En caso de cesárea siempre se tomará en consideración el recuento plaquetario y los factores de coagulación.

2.2.3.4. SÍNDROME DE HELLP

Cuadro clínico que se coliga por lo regular a la pre eclampsia eclampsia, representado por hemólisis, acrecentamiento de las enzimas hepáticas y trombocitopenia.

- 1) Anemia hemolítica microangiopática: Determinada por transformaciones en el frotis sanguíneo (esquistocitos) o hiperbilirrubinemia mayor de 1,2 mg/dl a predominio indirecto.
- 2) Elevación de enzimas hepáticas: Aspartato Aminotransferasa (TGO) 70 UI, o LDHde 600 UI.
- 3) Plaquetopenia: Plaquetas menores de 100,000 por mm.

➤ Diagnóstico Clínico

- ✓ Dolor de epigastrio y/o hipocondrio derecho
- ✓ Náuseas. Vómitos y cefalea
- ✓ Trastornos visuales

- ✓ Ictericia y edema
- ✓ Hipertensión arterial. (18)

2.2.4. HEMORRAGIAS

2.2.4.1. HEMORRAGIA PRENATAL

Patología denominada por la presencia de sangrado vaginal que ocurre antes de que se cumplan las 28 semanas de embarazo, se presentan generalmente por un aborto de cualquier tipo. Cuando las pérdidas hemolíticas ocurren posteriormente a las veintiocho semanas suelen deberse a la presencia de un desprendimiento prematuro de placenta o debido a cualquier lesión y muy pocas ocasiones por la presencia de patologías del tracto genital inferior. La mayor parte de la sangre que se pierde, se queda oculta en la cavidad uterina causando raudamente un estado de shock grave en la embarazada y el fallecimiento del producto.

La placenta previa representa uno de los orígenes de las pérdidas sanguínea en la etapa pre natal. Dentro de estos contextos, debe de pensarse en una causa de placenta previa, , en la cual la placenta está ubicada generalmente dentro de la cavidad uterina en una posición anormal, o la placenta está ubicada en la porción inferior del útero.

2.2.4.2. HEMORRAGIA POSTPARTO

Las hemorragias posteriores al nacimiento del feto, están consideradas como las pérdidas de sangre mayores a los quinientos mililitros, sean estos en partos vaginales o partos por cesárea durante las primeras 24 horas de ocurrida el parto. Este tipo de sangrado posterior al parto, representan las causas más fundamentales de sangrados durante las primeras horas del puerperio y está considerada como la primordial causa dela mortalidad materna y perinatal, sobre todo en los países en vías de desarrollo y la fundamental causa de morbilidad a nivel de todo el mundo.

2.2.4.3. CLASIFICACIÓN

Las pérdidas de fluido hemático, luego del nacimiento del feto, suele ser dividida en dos clases: La primera denominada Sangrado post parto temprano, esta ocurrencia se presenta dentro de las primeras veinticuatro horas luego de producido el parto y las hemorragias post parto tardías, que ocurren luego de las 24 horas hasta los 42 día de que se haya producido el nacimiento fetal. El mayor porcentaje de los sangrados posteriores al parto y que alcanzan casi el 99% son las hemorragias tempranas. Mayoritariamente en este tipo de pacientes se encuentran aún bajo los cuidados del personal de salud.

2.2.4.4. ETIOLOGÍA

Dentro de los trascendentales principios de pérdida sanguínea que se presentan luego de ocurrida el parto están las denominadas cuatro T:

- Tono: atonía uterina,
- Traumatismos físicos
- Tejidos placentarios retenidos
- Trombosis o coagulopatías

Atonía uterina: es la imposibilidad uterina para retraerse, la que produce una hemorragia incesante. La detención de tejido placentario suele ser la causa de esta atonía del útero.

Traumatismos: los traumatismos en el momento del nacimiento muchas veces producen desgarros de los tejidos y de los vasos sanguíneos de la vía del parto, conllevando a la presencia de hemorragias significativas.

Retención de tejido: Denominada así cuando existe la retención de fragmentos placentarios o fetales que se encuentran adheridos en la cavidad uterina originando sangrados persistentes.

Coagulopatías: Esta alteración que puede predisponer a la presencia de hemorragias post parto, se produce debido a una falla en la coagulación sanguínea.

2.2.4.5. DIAGNÓSTICO

Con mucha frecuencia se aumenta el discernimiento de una mengua del 10% en la hemoglobina en cotejo con los valores anteriores al nacimiento como si fuera una medición realmente objetiva dada por el resultado del laboratorio. Sin embargo, esos resultados no representan una medida de utilidad en circunstancias de hemorragias agudas, puesto que puedan tomarse horas para que las pérdidas sanguíneas provoquen modificaciones en los resultados de laboratorio en relación a las medidas de los glóbulos rojos.

En relación a la sintomatología o sea los signos y síntomas de hipovolemia (mareo, taquicardia, síncope, fatiga y oliguria) asimismo son de restringido provecho, ya que alcanzan simbolizar los descubrimientos estándar al final del nacimiento en una paciente joven y sana. Como consecuencia, cualquier sangrado que tiene el potencial de dar lugar a un desequilibrio hemodinámico, si se deja sin procedimiento, deben ser consideradas una hemorragia postparto y tratada como tal. (19)

2.2.5. SHOCK HEMORRÁGICO OBSTÉTRICO

2.2.5.1. ESTADO DE CHOQUE

Considerado como un Síndrome de Insuficiencia circulatoria sistémica representado por signos y síntomas de hipoperfusión en órganos vitales.

2.2.5.2. CHOQUE HEMORRÁGICO OBSTÉTRICO

Momento de choque coligado a un detrimento agudo y masivo del fluido hemático, donde por lo general se encuentran: presión arterial sistólica menor de 90 mm Hg, taquicardia perseverante

mayor de 120 por minuto, impresión aguda de sed y angustia o letargo, frialdad en extremidades y oliguria, coligados a una hemorragia de principio obstétrico. Donde se encuentran todos los signos y síntomas de gravedad. (20)

2.2.5.3. SEPSIS

Es un desorden cardiovascular, inmunológico y metabólico complejo; que prospera de manera gradual como resultado del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica desencadenada por una infección severa. La muerte materna estriba fundamentalmente del tiempo de vida y la presencia de cardiopatías coligadas. (21)

2.2.5.4. SEPSIS PUERPERAL

Patología a la que se denomina al proceso infectado septicémico y grave, que perturba a todo el organismo y que desencadena una respuesta inflamatoria general, causada por invasión directa de microorganismos patógenos a los órganos genitales externos o internos, antes, durante o después del aborto, parto o cesárea y que es favorecida por los cambios locales y generales del organismo, ocurridos durante la gestación; está causado habitualmente por gérmenes como el *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus pyogenes* o *Escherichiacoli* que colonizan e infectan el tracto genitourinario durante la expulsión del feto. Esta infección era muy habitual en los partos hospitalarios de mediados del siglo XIX, debido a la falta de higiene del personal que los asistía. (30) Se presenta después de las primeras 24 horas y durante los 10 primeros días del post aborto, post parto y post cesárea. Se reconocen como sinónimos de esta condición, aunque ya están en desuso: septicemia puerperal, fiebre puerperal.

2.2.5.5. CUADRO CLÍNICO

Con la invasión del endometrio la infección se extiende a la circulación linfática y al torrente sanguíneo. Esto provoca un cuadro

de septicemia: fiebre alta y afectación del estado general. También pueden producirse complicaciones locales como celulitis pélvica, tromboflebitis pélvica de origen séptico, peritonitis o abscesos pélvicos. La transmisión se produce habitualmente desde el personal sanitario portador de microorganismo que atiende al parto. Con mayor frecuencia se trata de estreptococos del grupo B, aunque también puede producirse por microorganismos anaerobios. A menudo la sepsis pueril se acompaña con signos de shock: taquicardia con pulso débil, hipotensión, frialdad cutánea, mal estado general y oliguria.

➤ **Síntomas y signos cardinales**

- ✓ Fiebre
- ✓ Dolor
- ✓ Sangrado o exudado con mal olor
- ✓ Pueden ser infecciones localizadas o generalizadas, su transmisión puede ser linfática, hemática o contigüidad a órganos vecinos.

➤ **Señales de peligro de sepsis severa y shock séptico**

- ✓ Hipotensión
- ✓ Estado de conciencia alterado
- ✓ Alza térmica
- ✓ Distensión abdominal
- ✓ Abdomen rígido o en tabla
- ✓ Útero subinvolucionado doloroso
- ✓ Dolor uterino intenso
- ✓ Loquios mal olientes, purulentos o achocolatados (22)

2.2.5.6. FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Dentro de estos parámetros a considerar tenemos

Tiempo de vida de la mujer en años cronológicos y que sean durante la edad fértil.

El nivel educativo, considerado los años de estudio que ha cursado la gestante.

Las atenciones pre natales, que son importantes y que puedan influir en la detección temprana de riesgos.

La gesta paridad, situación que puede determinar en la presencia de complicaciones obstétricas.

La ocupación, el trabajo que desempeña la embarazada debe de ser analizada.

El tipo de parto, considerarse que vía será factible para el momento del parto, o que vía de parto tuvo la gestante en sus anteriores gestaciones. (23)

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

2.3.1. FACTORES ASOCIADOS

Son los elementos que de manera coligada e integrándose unos con otros nos consienten establecer o estimar un escenario, el cual se

➤ Gestante

Señora que se halla en etapa de una gestación o es portadora de un embarazo. Viene a ser una Etapa fisiológica donde la señora empieza con la fecundación y va terminar en el momento del nacimiento del producto. (25)

2.3.2. RIESGO

El peligro es una disposición que nos va a reflejar la posibilidad de que se origine una situación de mal o deterioro de la salud de la persona. La dirección de riesgo está basada en la medida de esa posibilidad. La idea específica primaria, es decir la ausencia o la presencia del peligro, haya evolucionado a otras cantidades vale decir a peligros bajos o peligros elevados. (26)

2.3.3. RIESGO OBSTÉTRICO

Son las especificaciones o las ocurrencias que se puedan detectar en una gestante y que se liga a un aumento en la posibilidad de que acontezca un mal o deterioro de la salud de la mujer durante las etapas del embarazo, parto y puerperio. (27)

2.4. HIPÓTESIS

Ha: Los factores asociados al riesgo obstétrico en pacientes gestantes que acuden al Hospital de Acobamba 2020 son los trastornos maternos preexistentes, Características físicas y sociales, Edad, Problemas en embarazos previos, Problemas que se desarrollan durante el embarazo Problemas que aparecen durante el trabajo de parto y el parto.

Ho: Los factores asociados al riesgo obstétrico en pacientes gestantes que acuden al Hospital de Acobamba 2020 no son los trastornos maternos preexistentes, Características físicas y sociales, Edad, Problemas en embarazos previos, Problemas que se desarrollan durante el embarazo Problemas que aparecen durante el trabajo de parto y el parto.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores asociados al riesgo obstétrico.

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Gestantes

2.5.3. VARIABLE INTERVINIENTE

Edad, grado instrucción, estado civil, controles prenatales, referencia.

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	ESCALA	UNIDADES
Edad	Ciclo de lapso entendido a partir del nacimiento hasta la fecha de ingreso para la atención.	Años cumplido desde el nacimiento	Ordinal	<18 años 19-34 años >35 años
Referida	Si la paciente proviene centro de salud o si acude directamente a este hospital.	Expediente: historia clínica	Nominal	Referida No referida
Antecedentes Obstétricos	Datos relacionados con embarazos anteriores.	Expediente: historia clínica	Nominal	N° de gestaciones, CPN, abortos, cesárea, legrado, etc.
Factores de riesgo del embarazo	Se refiere a los factores de riesgos preconceptionales y del embarazo que estuvieron presentes antes del parto.	Expediente: historia clínica	Nominal	primigesta, adolescencia, CPN deficiente, ITU, Leucorrea, RPM, alteraciones en la edad del embarazo, etc.
Enfermedades concomitantes	Patología que se encuentre asociada al embarazo.	Expediente: historia clínica	Nominal	Anemia, hepatitis, asma, gastritis, Hernia, HTA, infecciones de vías urinaria, leucorrea, migraña, obesidad y alergias.
Grado de instrucción	Grado más elevado de estudios ejecutados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Expediente: historia clínica	Nominal	Primaria completa, primaria incompleta, secundaria completa, secundaria incompleta, superior
Estado civil	Relación en que se hallan las personas en la asociación social, respecto a los demás miembros del mismo agrupamiento.	Expediente: historia clínica	Nominal	Soltera, casada, conviviente.

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio descriptivo de corte transversal

3.1.1. ENFOQUE

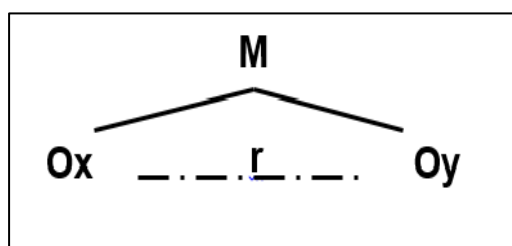
El estudio presenta un enfoque de representación cuantitativa.

3.1.2. ALCANCE O NIVEL

Trabajo investigativo con un nivel cuantitativo, retrospectivo, donde se tomaron datos correspondientes al año 2020.

3.1.3. DISEÑO

Diseño Transeccional Correlacional, que indaga la correspondencia entre las variables de la tesis.



Dónde:

M = Representa a la muestra en estudio.

Ox = Observación de la variable independiente.

Oy = Observación de la variable dependiente.

r = Representa la relación de variables en estudio

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La población estuvo representada por las gestantes que presentaron algún componente de peligro y que acudieron a ser atendidas y estuvo conformada por un total de 150 gestantes.

3.2.2. MUESTRA

El tamaño de la muestra fue establecido de acuerdo a un coeficiente de confianza al 95%, y con un error del 5%. Para ello se usaron la siguiente formula:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo

Z = 1,96

e = Es el margen de error máximo que admito (5%)

p = Probabilidad de éxito (0.5)

Q = Probabilidad de fracaso (0.5)

Luego de aplicada la fórmula se estableció la muestra que es de:

n= 105

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se manejaron como técnica el análisis documental el cual consiste en un documento que nos va a permitir recolectar la información necesaria a través de: Historias clínicas y libro de registro de atención de partos.

El instrumento utilizado fueron la Ficha de recolección de datos que se elaboró en función de las variables e indicadores

3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN, PLAN DE ACTIVIDADES SI ES EXPERIMENTAL

3.4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Se utilizará la estadística descriptiva a través de las tablas de frecuencia, proporciones, gráficos para caracterizar algunas variables.

3.4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL

Se utilizarán estadísticos como medidas de tendencia central y dispersión para analizar las variables en estudio. Y también estadística inferencial utilizando el Odds Ratio con 95% de intervalo de confianza. Para el análisis multivariado se empleará regresión logística. El análisis se realizará el programa Excel y el software estadístico SPSS versión 22.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. CARACTERISTICAS GENERALES

Tabla 1. Edad

Edad	N°	%
Menor de 19 años	10	10
20 a 25 años	11	10
26 a 30 años	46	44
31 a 35 años	24	23
Mayor de 35 años	14	13
TOTAL	105	100

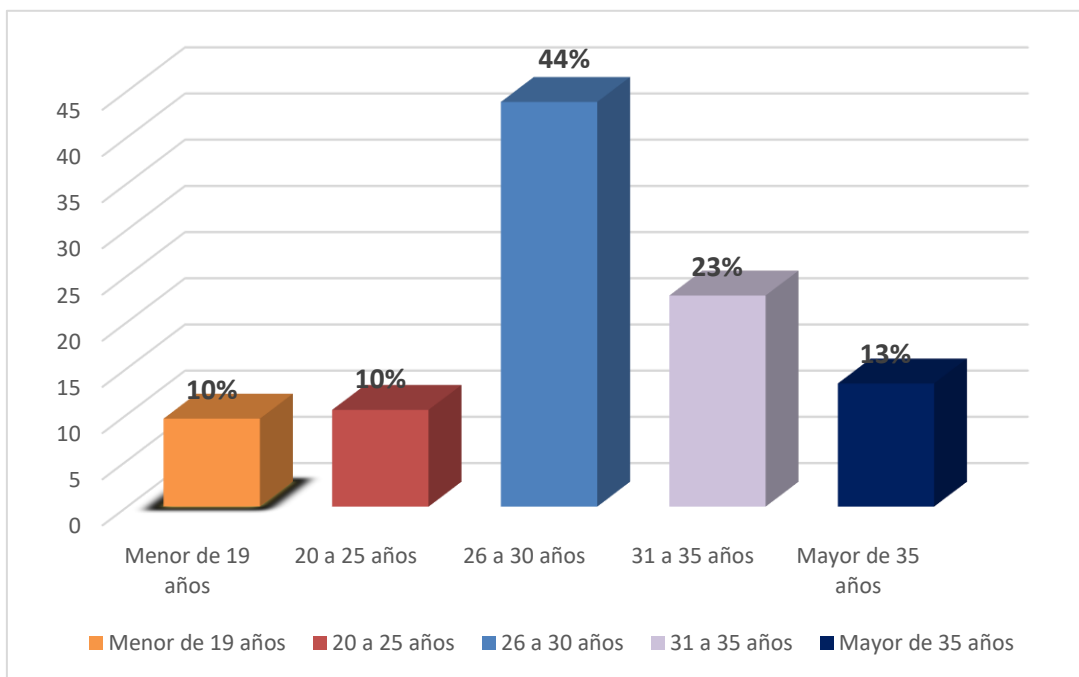


Gráfico 1. Edad

Análisis e interpretación

El resultado presente, nos muestra que el grupo de edades que más porcentaje obtuvo, en la población estudiada fue el de 26 a 30 años, con el 44%, seguidas de las de 31 a 35 años con el 23%.

Tabla 2. Estado civil

Estado civil	N°	%
Soltera	12	11
Casada	29	28
Conviviente	53	50
Otro	11	10
TOTAL	105	100

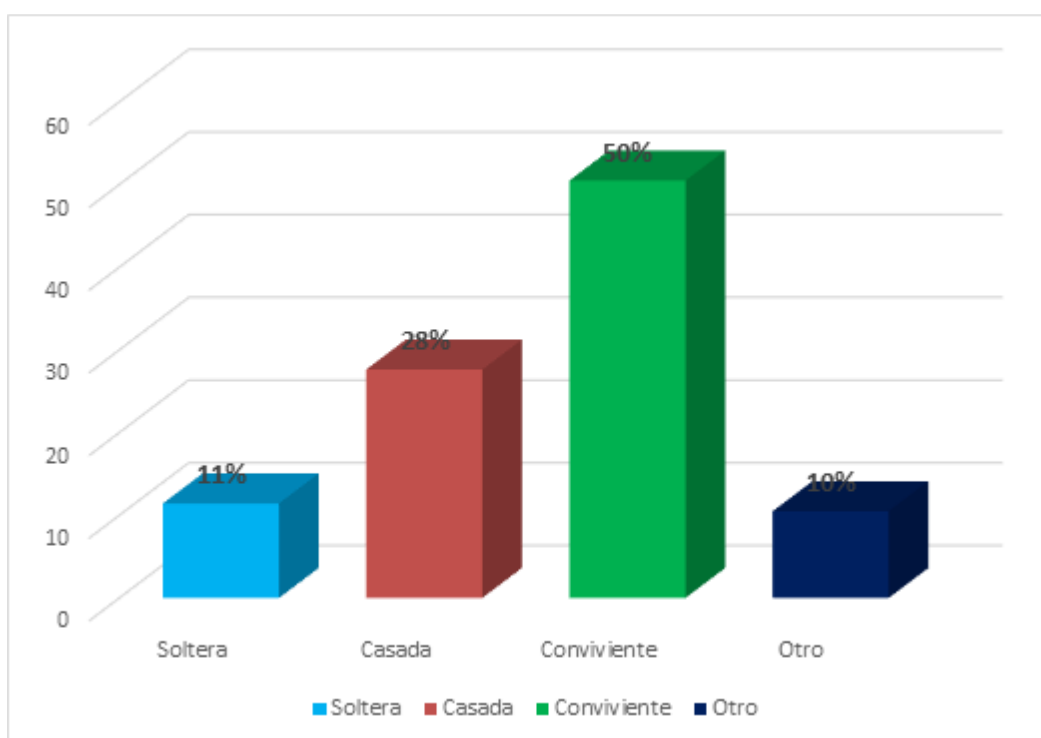


Gráfico 2. Estado civil

Análisis e interpretación

La tabla y el gráfico nos evidencian que el estado civil de la población estudiada mayoritariamente fue el de conviviente con el 50%, las casadas con el 28%, solteras con el 11% y de otro estado civil 10%.

Tabla 3. Escolaridad

Escolaridad	N°	%
Sin instrucción	5	05
Primaria	34	32
Secundaria	56	53
Superior	10	10
TOTAL	105	100

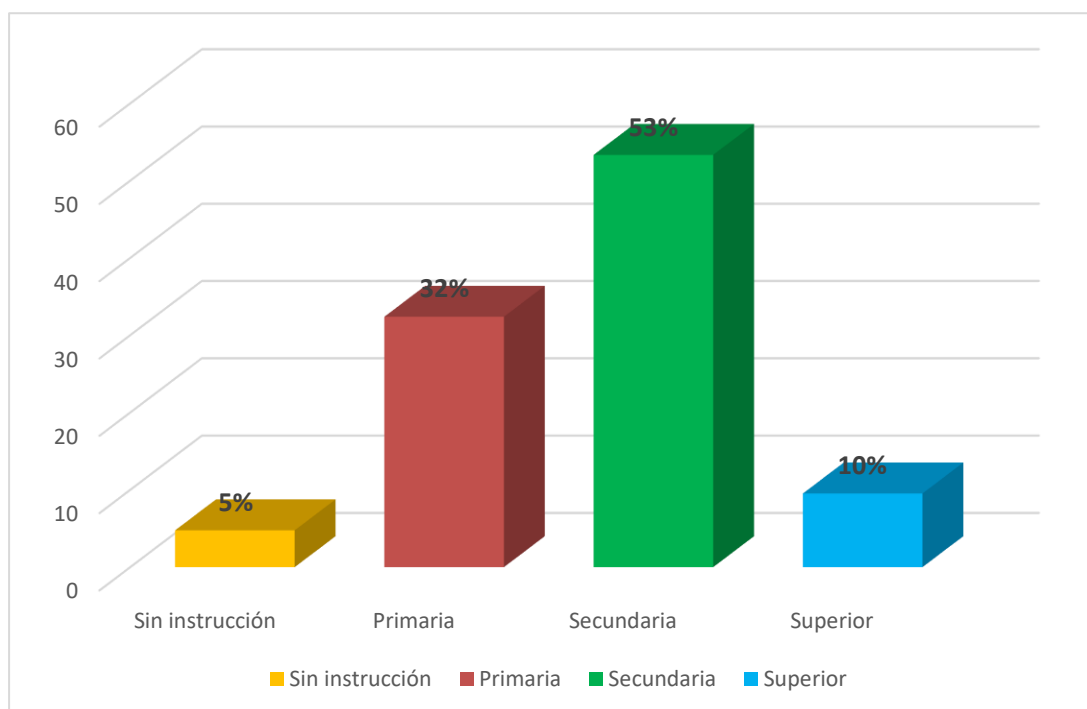


Gráfico 3. Escolaridad

Análisis e interpretación

Los resultados de la presente tabla nos demuestran que el nivel educativo que más porcentaje presentó fueron los de nivel secundaria con el 53%, seguidas del nivel primaria con el 32%, luego el nivel superior con el 10% y finalmente sin instrucción el 5%.

Tabla 4. Ocupación

Ocupación	N°	%
Ama de casa	69	66
Empleada	23	22
Estudiante	13	12
TOTAL	105	100

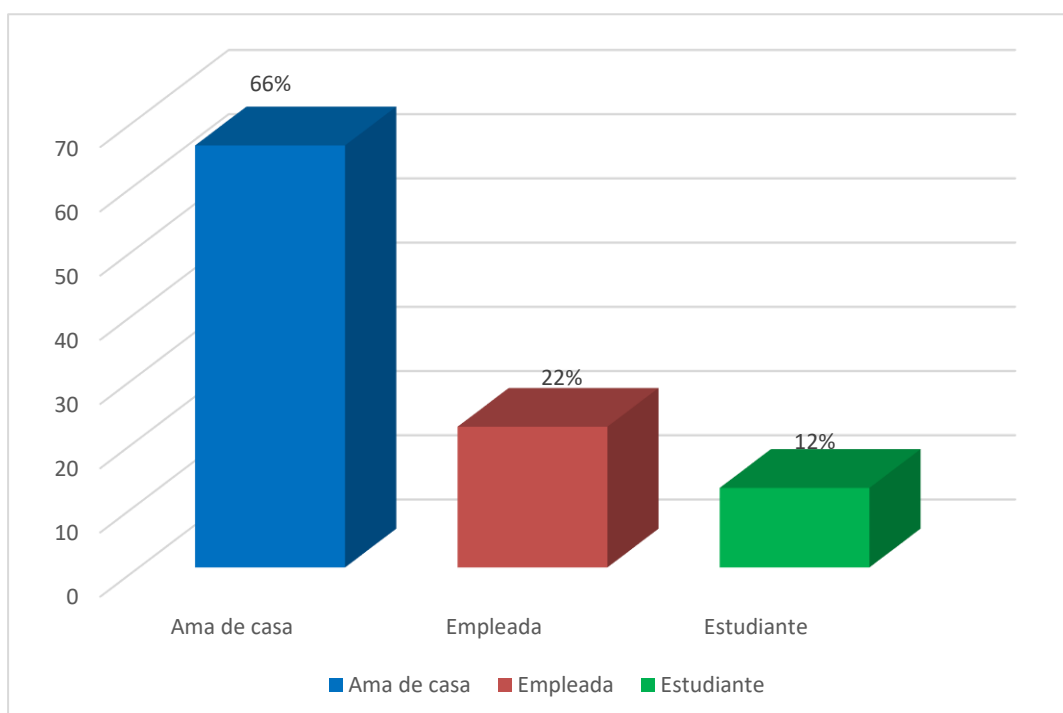


Gráfico 4. Ocupación

Análisis e interpretación

Referente a la ocupación el presente resultado nos evidencia que las amas de casa obtuvieron el mayor porcentaje con el 66%, mientras que las de ocupación empleadas fueron el 22% y las estudiantes con un 12%., lo que indica que la ITU pueden presentarse a cualquier edad de la vida.

Tabla 5. Religión

Religión	N°	%
Católica	51	49
Evangélica	35	33
Otro	19	18
TOTAL	105	100

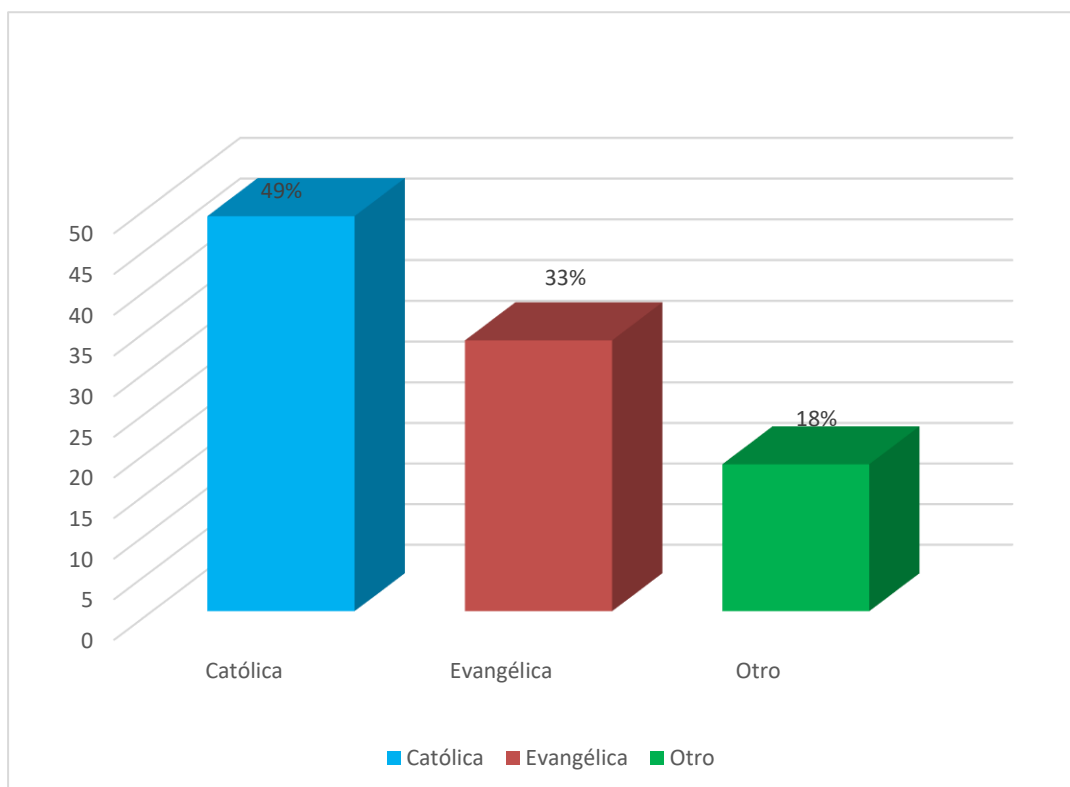


Gráfico 5. Religión

Análisis e interpretación

Se observan en los resultados de la presente tabla, que la religión que mayormente profesaban fue la católica con el 49%, seguidas de la evangélica con el 33% y de otras religiones el 18%.

4.2. DATOS INDIVIDUALES

Tabla 6. Peso

Peso	N°	%
Adecuado	57	54
Inadecuado	48	46
TOTAL	105	100

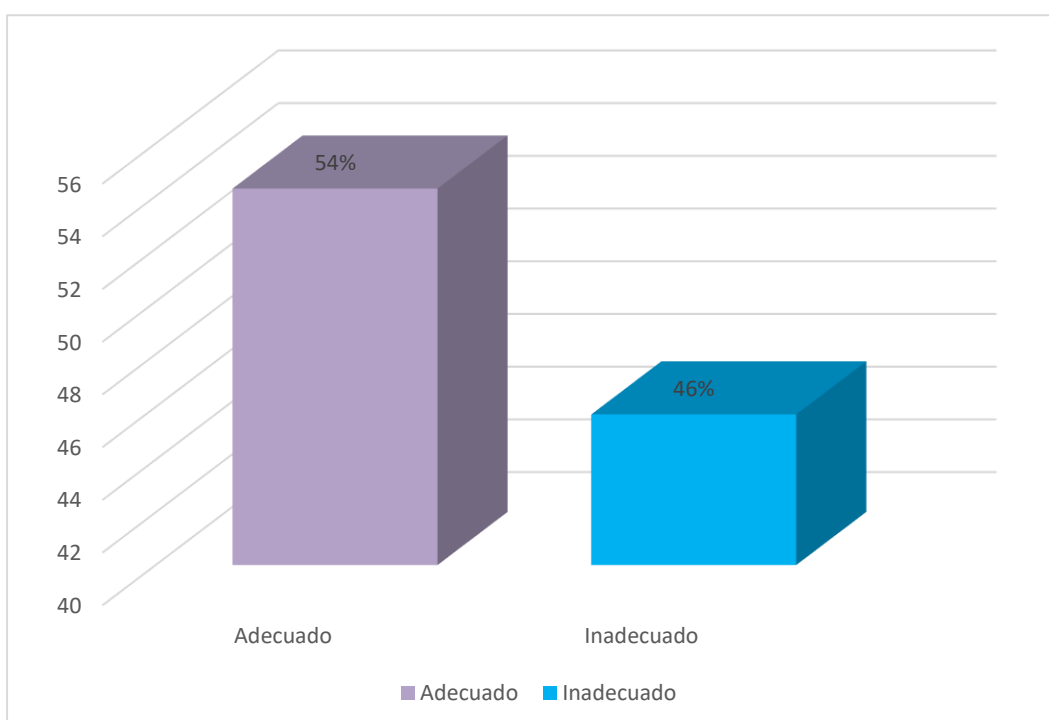


Gráfico 6. Peso

Análisis e interpretación

En relación al peso de la población estudiada, los resultados nos muestran que los que tenían el peso adecuado estaba en el 54%, mientras las de peso inadecuado estuvieron en el 46%, significando que hay población gestante con alto porcentaje de peso inadecuado lo que representa un factor de riesgo.

Tabla 7. Número de atenciones prenatales

Número de atenciones prenatales:	N°	%
De 0 - 3 APN	28	27
De 4 – 6 APN	56	53
De 7 a más APN	21	20
TOTAL	105	100

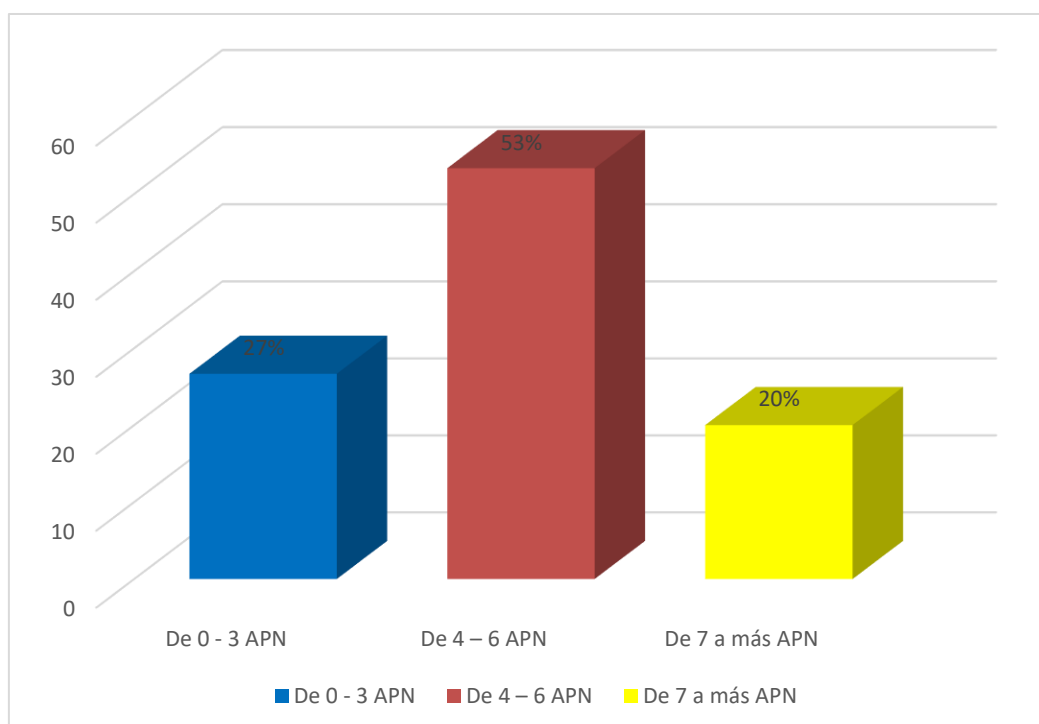


Gráfico 7. Número de atenciones prenatales

Análisis e interpretación

En cuanto a las atenciones prenatales recibidas por la población estudiada los resultados nos evidencian que el 53% tuvieron la atención establecida en las normas de APN, sin embargo, observamos que el 27% de las gestantes no tiene la APN establecida, lo que significa un elemento de riesgo para su salud, finalmente encontramos que el 20% tuvo más de 7 APN.

Tabla 8. Consumo de alcohol

Consumo de alcohol	N°	%
Sí (a veces)	38	36
No	67	64
TOTAL	105	100

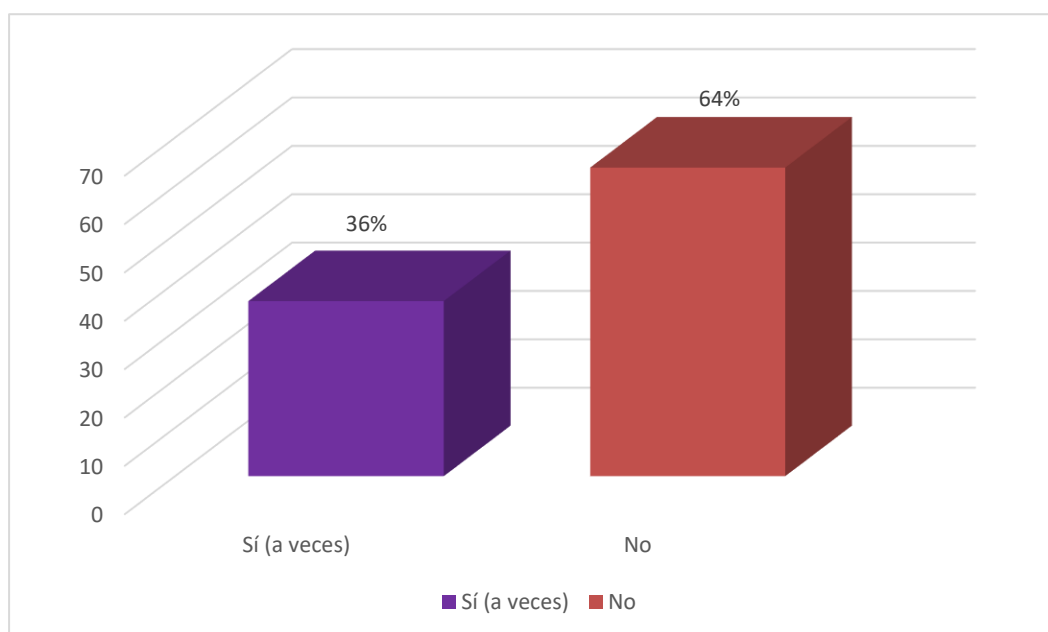


Gráfico 8. Consumo de alcohol

Análisis e interpretación

La presente tabla y gráfico nos muestra, el resultado relacionado al consumo de alcohol, que el 64% de la Población estudiada no consumía esta sustancia, mientras que el 34% si lo consumía de manera no frecuente, sin embargo, este hábito podría ser un factor de riesgo para las gestantes y que pueden ocasionarlas alguna complicación en su salud.

Tabla 9. Consumo de tabaco

Consumo de tabaco	N°	%
Sí (a veces)	46	44
No	59	56
TOTAL	105	100

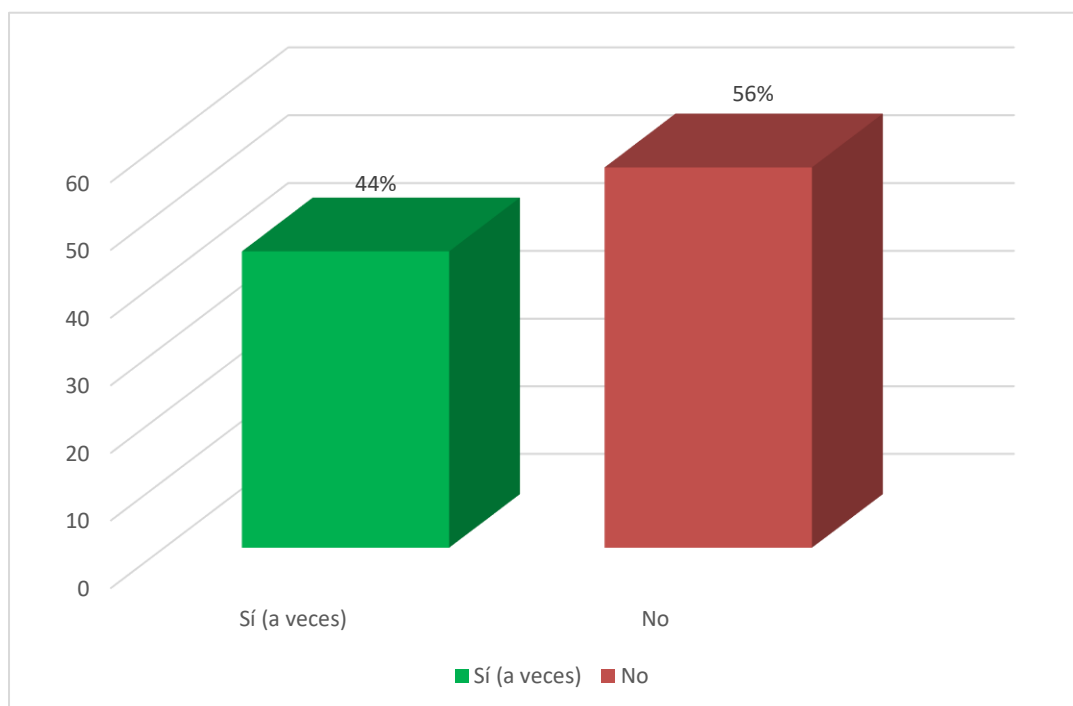


Gráfico 9. Consumo de tabaco

Análisis e interpretación

La tabla nos demuestra que referente al consumo de tabaco el 56% de gestantes en estudio manifestaron que no tenían el hábito de fumar, mientras que el 44% si las tenía, pero de manera esporádica, lo que pudiera originar alguna alteración en la salud de la madre y de su producto.

4.3. DATOS OBSTÉTRICOS

Tabla 10. Antecedentes patológicos

Antecedentes patológicos	N°	%
Hipertensión crónica	11	10
Diabetes mellitus	4	04
Miomas	3	03
Otros	11	10
Ninguna patología	76	72
TOTAL	105	100

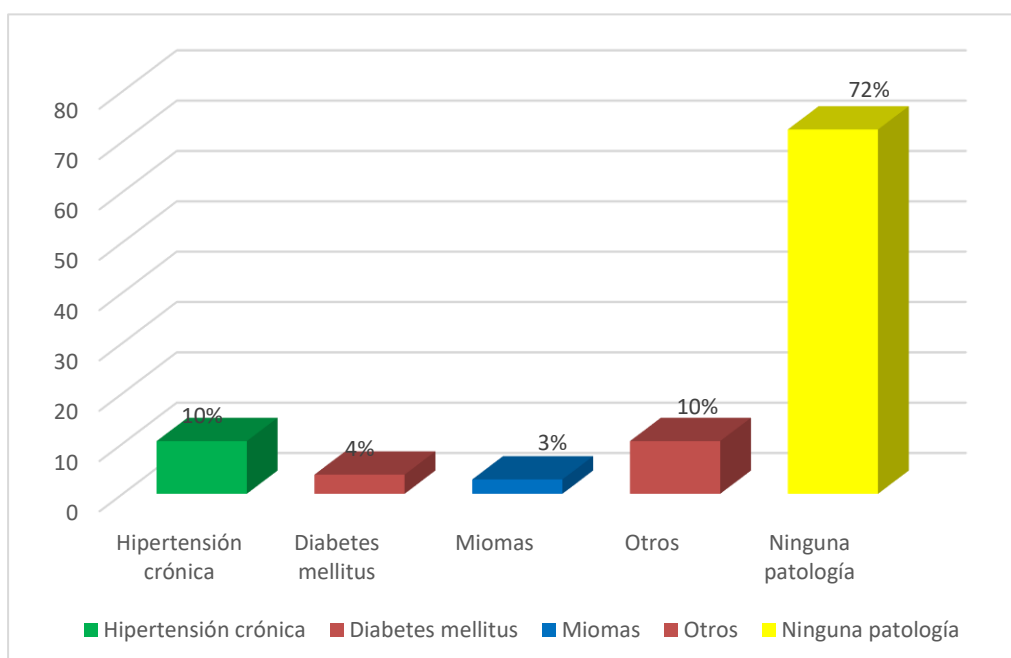


Gráfico 10. Antecedentes patológicos

Análisis e interpretación

Los resultados de la presente tabla nos evidencian, referente a los antecedentes patológicos, que el 72% no presentó como antecedente ninguna patología, sin embargo, el 10% presentó hipertensión arterial, el 4% diabetes, el 3% miomas y el 10% otras patologías.

Tabla 11. Edad gestacional

Edad gestacional (semanas)	N°	%
22 a 27 s.s.	12	11
28 a 36 s.s.	46	44
37 a 41 s.s.	35	33
42 a más	12	11
TOTAL	105	100

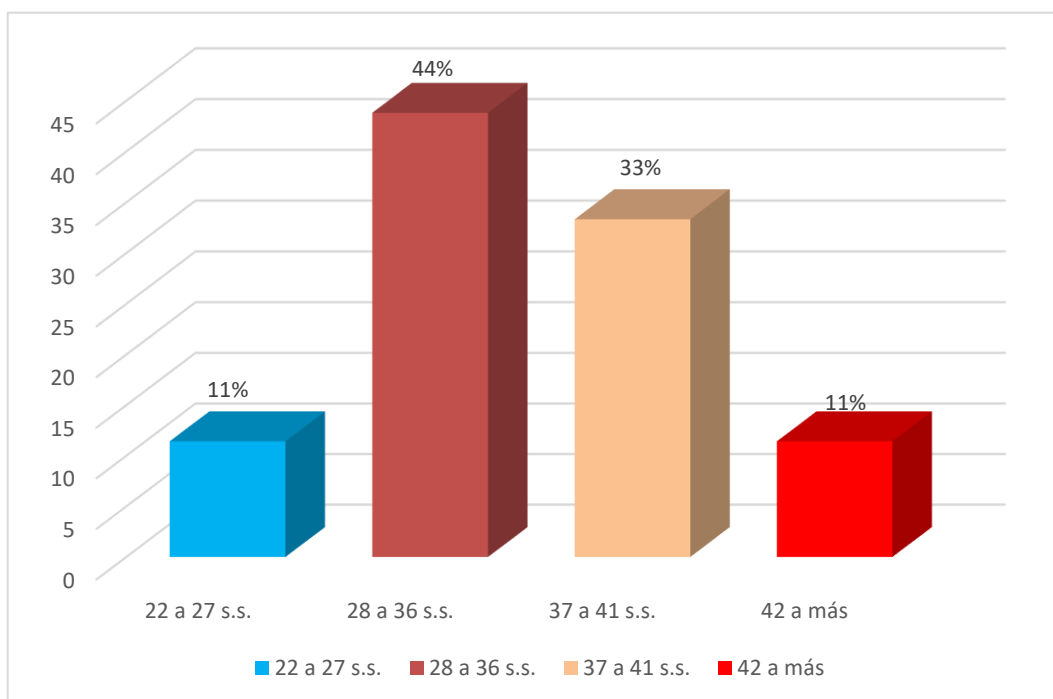


Gráfico 11. Edad gestacional

Análisis e interpretación

El presente resultado, relacionado a la edad gestacional, nos demuestra que el 44% de la población estudiada, presentaron edades gestacionales entre las 28 a 36 semanas, el 33% entre las 37 a 41 semanas y con el 11% entre las 22 a 27semanas y de 42 semanas a más respectivamente.

Tabla 12. Paridad

Paridad	N°	%
Nulípara	15	14
Primípara	31	30
Múltipara	41	39
Gran múltipara	18	17
TOTAL	105	100

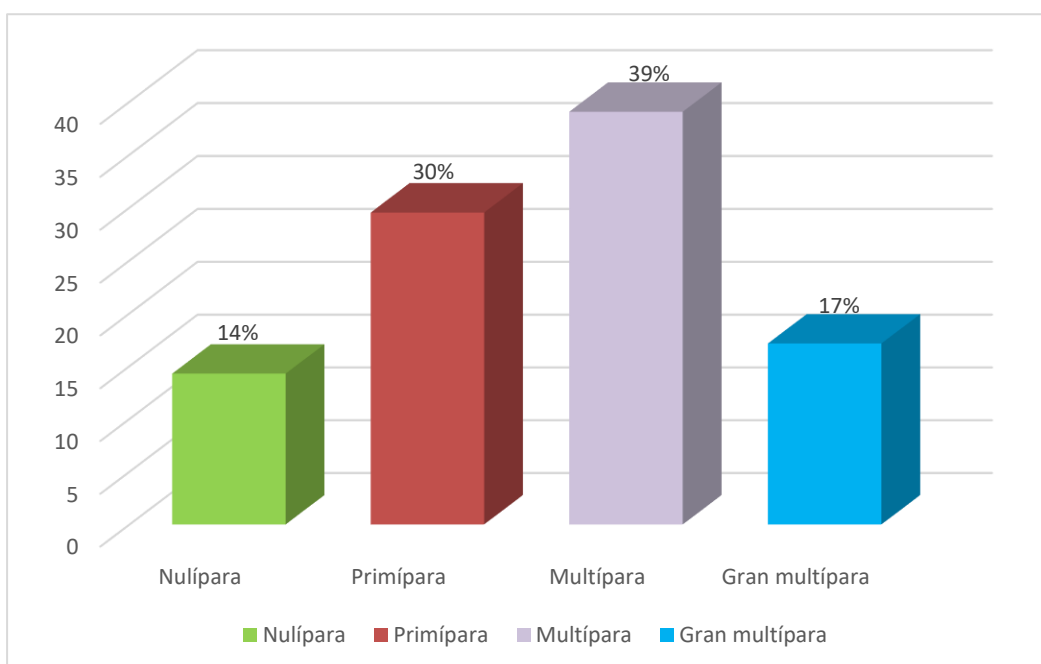


Gráfico 12. Paridad

Análisis e interpretación

Los resultados de la tabla nos evidencian que en referencia la paridad del grupo estudiado, el 39% eran múltiparas, el 30% fueron primíparas, el 17% gran múltiparas y el 14% fueron nulíparas, lo cual nos demuestra que todos los niveles de paridad presentan riesgos.

Tabla 13. Periodo intergenésico

Periodo intergenésico	N°	%
≤ 24 meses	59	56
25 a 36 meses	31	30
≥ 36meses	15	14
TOTAL	105	100

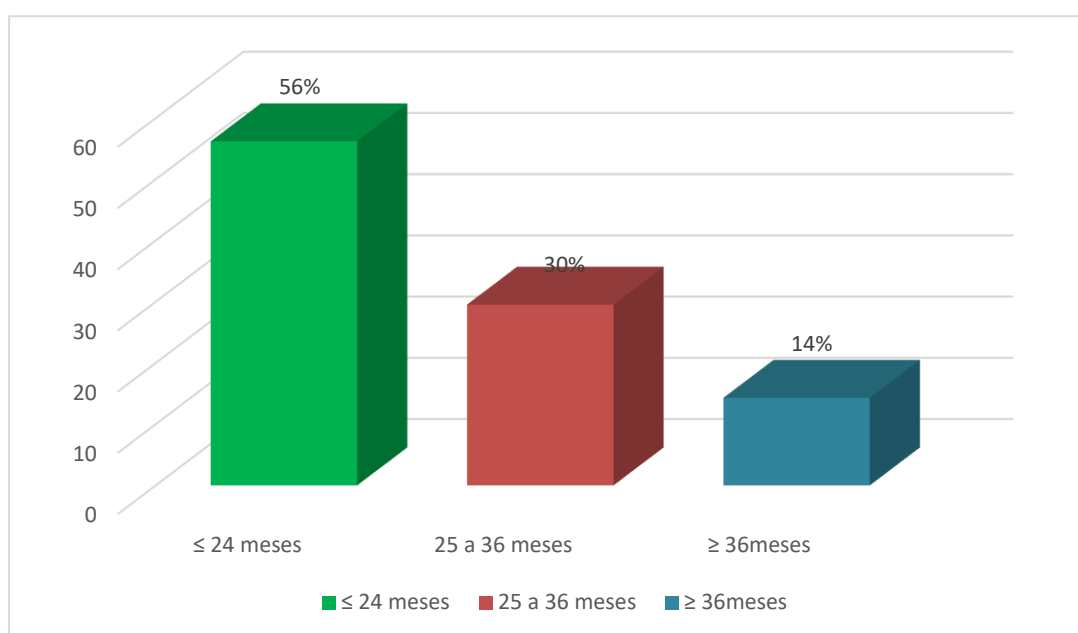


Gráfico 13. Periodo intergenésico

Análisis e interpretación

En referencia al espacio intergenésico, los resultados nos muestran que el 56% tuvo de menor o igual a 24 meses, lo que representa un factor de riesgo para las gestantes, el 30% el espacio intergenésico estaba entre las 25 a las 36 semanas y el 14% mayor o igual a las 36 semanas.

Tabla 14. Cesárea previa

Cesárea previa	N°	%
Sí	36	34
No	69	66
TOTAL	105	100

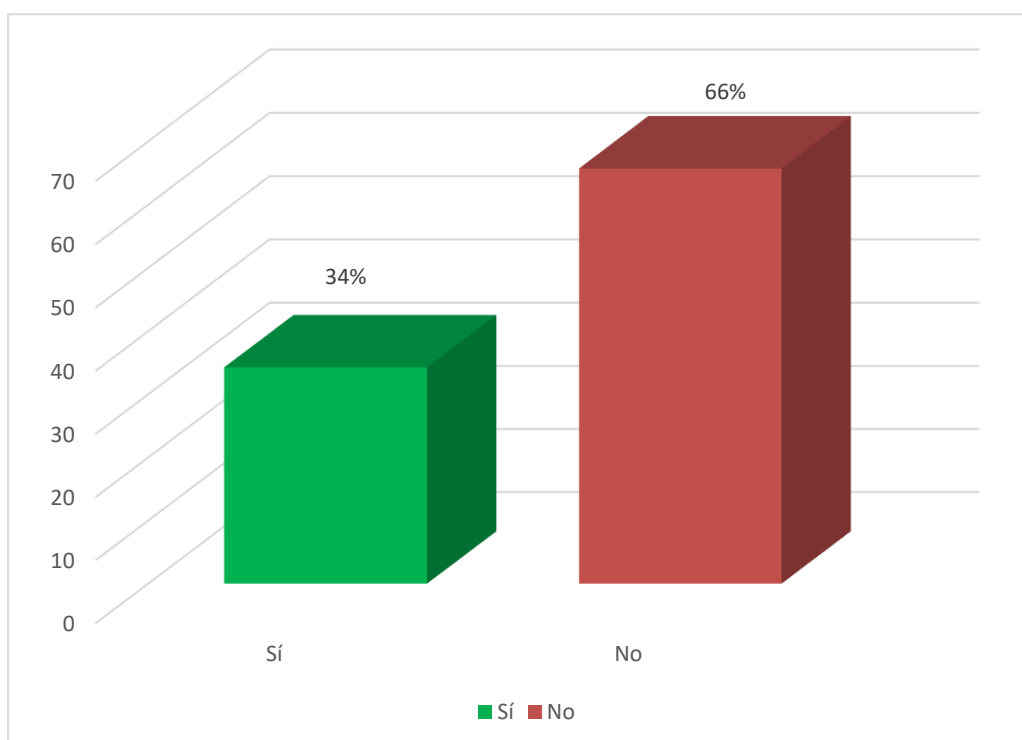


Gráfico 14. Cesárea previa

Análisis e interpretación

La tabla nos muestra los resultados referentes a cesáreas previas, donde el 34% si tuvieron y el 66% no las tuvieron. De donde se puede analizar que existe un 33% de gestantes con riesgos obstétricos que puedan llegar a producir daño o complicaciones en ellas.

Tabla 15. Antecedentes patológicos obstétricos

Antecedentes patológicos obstétricos	N°	%
Aborto recurrente	24	23
Embarazo ectópico	07	07
Óbito fetal	11	10
Ninguna	63	60
TOTAL	105	100

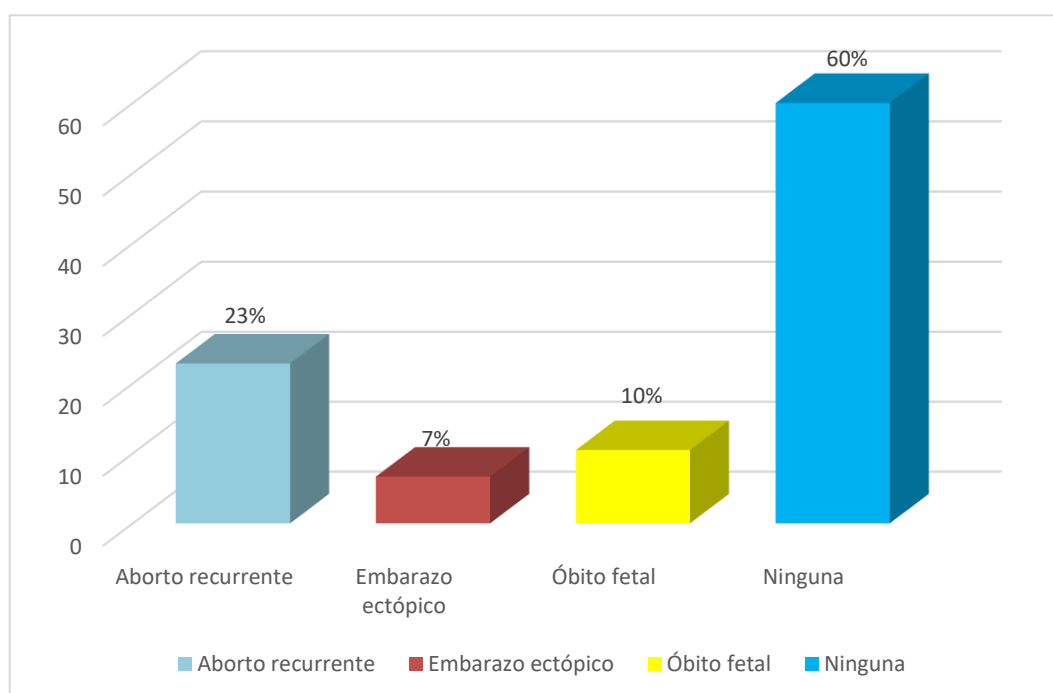


Gráfico 15. Antecedentes patológicos obstétricos

Análisis e interpretación

Los resultados en relación a los antecedentes Patológicos obstétricos nos demuestran que si bien es cierto el 60% no presentó ningún antecedente, pero el 40% lo presentaron, entre ella el 23% aborto recurrente, el 10% óbitos fetales, el 7% embarazos ectópicos riesgos en la salud de la madre, lo que significa que puedan alterar la salud de ellas.

Tabla 16. Complicaciones maternas

COMPLICACIONES MATERNAS:	N°	%
Diabetes gestacional	4	04
Hipertensión gestacional	5	05
Pre eclampsia	21	20
RPM	14	13
Amenaza de parto pre término	11	10
Parto pre término	11	10
Hipo dinamia uterina	4	04
Retención placentaria	5	05
Alumbramiento incompleto	13	12
Atonía/Hipotonía uterina	2	02
Desgarro Perineal II grado	3	03
Anemia moderada o severa	12	11
TOTAL	105	100

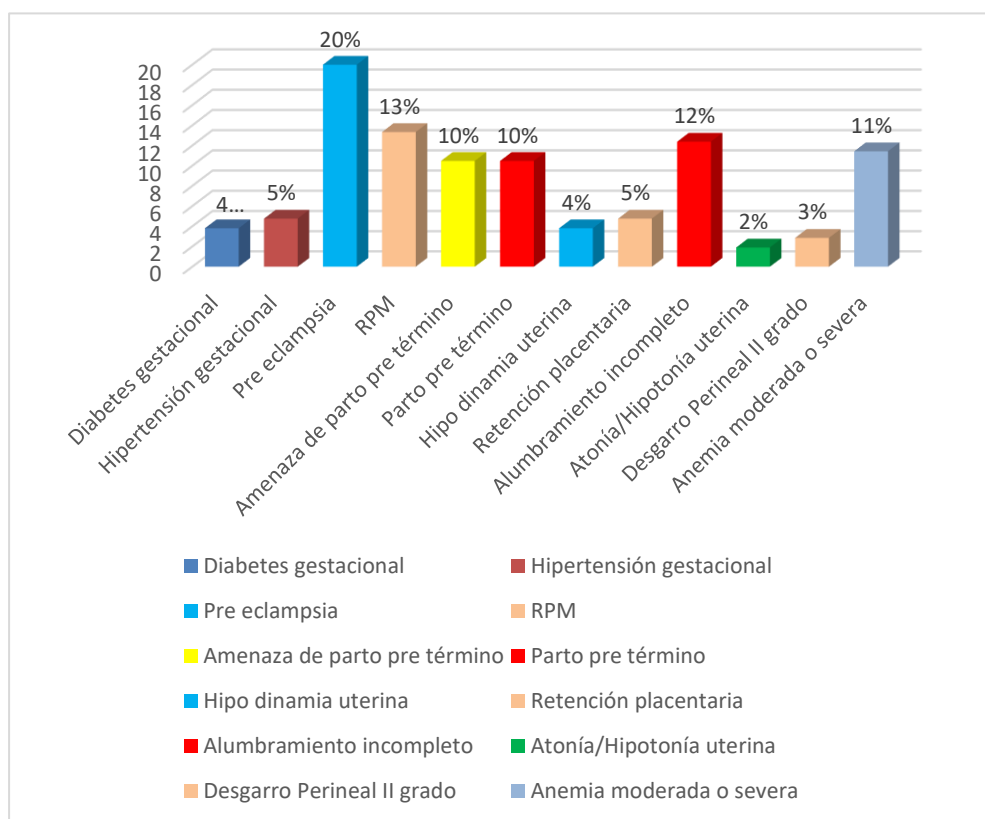


Gráfico 16. Complicaciones maternas

Análisis e interpretación

El presente resultado nos evidencia que dentro de las complicaciones maternas que presentaron las gestantes en estudio fueron muchas dentro de ellas con el 20% las pre eclampsias, el 13% RPM, el 11% Anemias, el 10% amenaza y paros pre términos, entre otras y no necesariamente tuvieron antecedentes previos a la gestación actual.

CAPÍTULO V

DISCUSION DE RESULTADOS

Al término del presente trabajo podemos establecer la existencia de similares estudios realizados por diversos profesionales, así tenemos a Martínez Núñez V, y colaboradores que desarrollaron un estudio para determinar los elementos clínicos y epidemiológicos asociados a las complicaciones obstétricas y como resultado hallaron que efectivamente las gestantes presentaron complicaciones como las enfermedades hipertensivas del embarazo las hemorragias, el shock hipovolémico, sepsis, shock séptico entre otros, establecieron además que dichas complicaciones estuvieron ligadas a la gesta paridad, a la falta de atención pre natal, a la mala nutrición materna, complicaciones que también fueron encontradas en nuestro estudio donde el 20% presentaron preeclampsias, el 11% anemias, de igual manera complicaciones como la gesta paridad, la falta de atención pre natal entre otros.

También tenemos a Chambi Mamani, F. Efectuó un estudio relacionado a riesgos asociados a complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes adolescentes, y al finalizar su trabajo estableció, que efectivamente hubo los factores asociados a las complicaciones siendo estas en primer lugar las anemias, la falta de atención pre natal en muchas de ellas, el estado nutricional de las embarazadas, etc. Similares resultados fueron encontrados en nuestro estudio donde se determino complicaciones como la anemia, el estado nutricional y la falta de atención prenatal en la población sujeto al estudio que hemos realizado.

Por otro lado, tenemos a Silvia Contreras, V. quien desarrollo la investigación sobre los componentes de riesgo asociados al aborto en gestantes, donde finalizado y luego de analizados los resultados fueron en mayor porcentaje los abortos incompletos, sin poder establecer las causas exactas que las produjeron, sin embargo, La segunda conclusión que llegó fue en relación a los componentes demográficos encontraron en primer lugar las edades de la población estudiada se hallaba entre los 35 a 39 años

mayoritariamente, Como tercera conclusión se refieren a las componentes sociales, que fueron analizados y hallaron resultados que el nivel educativo fue la superior, con una ocupación de empleadas, situación civil casadas, conclusiones que difieren de los resultados encontrados en nuestro estudio ya que nosotros encontramos que el nivel educativo prevalente en las gestantes estudiadas fu el nivel secundario, un estado civil conviviente, con una ocupación mayoritariamente amas de casa.

También, tenemos a Olortegui Ramos, L. elaboró un estudio sobre Los compontes de riesgo obstétrico en gestantes añosas, donde al finalizar el estudio hallaron que del total de la población estudiada la mayoría presentaron algún tipo de complicación, siendo las más habituales la ruptura prematura de las membranas ovulares, las cesareadas anteriormente, y la gesta paridad. Así mismo determinaron la existencia de las cesáreas previas y la gesta paridad siendo el incremento de peligro dos veces mayor en este tipo de pacientes. Parecidos resultados hallamos al finalizar nuestro estudio donde estuvieron presentes las complicaciones como la ruptura prematura de membranas ovulares, las cesáreas previas, la paridad, y el cien por ciento de nuestra población estudiada tuvo algún factor de riesgo asociado a su gestación.

CONCLUSIONES

Al término de la ejecución de nuestra investigación llegamos a concluir:

- Que existen muchos factores de riesgo que se encuentran asociados al riesgo obstétrico en las gestantes que son atendidas en el Hospital de Acobamba, factores que muchas veces producen complicaciones en la salud de ellas, que las puede conducir a la morbilidad y mortalidad materna
- Si bien es cierto que el 44%, de la población estudiada estuvo comprendida en edades adecuadas, pero existe el 56%, están en edades extremas muy precoces o añosas.
- El estado civil mayoritariamente convivientes, el nivel educativo que más porcentaje presentó fueron los de nivel secundaria con el 53%, la ocupación amas de casa con el 66%, religión que mayormente profesaban fue la católica con el 49%.
- Las APN recibidas 53% tuvieron la atención establecida en las normas de APN, sin embargo, observamos que el 27% de las gestantes no tiene la APN establecida, lo que significa un elemento de riesgo para su salud, finalmente encontramos que el 20% tuvo más de 7 APN.
- Si bien es cierto que el 64% de la Población estudiada no consumía esta sustancia, mientras que el 34% si lo consumía de manera no frecuente, sin embargo, este hábito podría ser un factor de riesgo para las gestantes y que pueden ocasionarlas alguna complicación en su salud.
- Referente al consumo de tabaco el 56% de gestantes en estudio manifestaron que no tenían el hábito de fumar, mientras que el 44% si las tenía, pero de manera esporádica, lo que pudiera originar alguna alteración en la salud de la madre y de su producto.
- Referente a los antecedentes patológicos, que le 72% no presentó como antecedente ninguna patología, sin embargo, el 10% presentó hipertensión arterial, el 4% diabetes, el 3% miomas y el 10% otras patologías.

- En relación a la edad gestacional, nos demuestra que el 44% de la población estudiada, presentaron edades gestacionales entre las 28 a 36 semanas, el 33% entre las 37 a 41 semanas y con el 11% entre las 22 a 27 semanas y de 42 semanas a más respectivamente.
- En referencia la paridad del grupo estudiado, el 39% eran multíparas, el 30% fueron primíparas, el 17% gran multíparas y el 14% fueron nulíparas, lo cual nos demuestra que todos los niveles de paridad presentan riesgos.
- En referencia al espacio intergenésico, los resultados nos muestran que el 56% tuvo de menor o igual a 24 meses, lo que representa un factor de riesgo para las gestantes, cesáreas previas, donde el 34% si tuvieron y el 66% no las tuvieron.
- En relación a los antecedentes Patológicos obstétricos nos demuestran que si bien es cierto el 60% no presentó ningún antecedente, pero el 40% lo presentaron, entre ella el 23% aborto recurrente, el 10% óbitos fetales, el 7% embarazos ectópicos riesgos en la salud de la madre, lo que significa que puedan alterar la salud de ellas.
- Complicaciones maternas que presentaron las gestantes en estudio fueron muchas dentro de ellas con el 20% las pre eclampsias, el 13% RPM, el 11% Anemias, el 10% amenaza y paros pre términos, entre otras y no necesariamente tuvieron antecedentes previos a la gestación actual.

RECOMENDACIONES

Dentro de las recomendaciones que se sugieren están:

- Reforzar y crear estrategias, para cubrir la atención pre natal al 100% de las gestantes, así como la atención del parto y puerperio institucionales.
- Reforzar las competencias especializadas de los profesionales que estén directamente relacionadas con la atención de las mujeres en edad de reproducción.
- Crear estrategias para la captación de gestantes de alto riesgo de manera temprana y sobre todo a las gestantes que no cumplen con sus controles pre natales como se encontró en el estudio.
- Diseñar programas de sensibilización dirigida a las gestantes y mujeres en edad reproductiva, a través de trabajos de campo, sobre aspectos de la salud sexual y reproductiva.
- Ejecutar programas de promoción y e incentivar las atenciones pre conceptuales, para reducir que se ocasionen componentes de peligro en las futuras gestantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez Gaitán Esteban: Factores para un embarazo de riesgo
ARTÍCULOS DE REVISIÓN <https://doi.org/10.31434/rms.v4i9.319>
2. Martínez Torrez Daysi del Carmen: Factores asociados a complicaciones obstétricas en embarazadas atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Dr. Luis Felipe Moncada San Carlos Rio San Juan, Enero – diciembre 2018.
3. EGO. Protocolos asistenciales en Obstetricia y Ginecología. In: SEGO, editor. Madrid, 1994. p. 31-6.
4. Martínez Royert1 Judith, Milena Pereira Peñate: Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia), 2015
5. Organización Mundial de Salud OMS ¿Por qué siguen muriendo tantas mujeres durante el embarazo y el parto? Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/12/es/index.html>
6. Morales Osorno B, Milena Martínez D, Cienfuentes Borrero R. Morbilidad materna extrema en la Clínica Rafael Uribe Uribe, en Cali Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol [seriada en Internet]. 2007 disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v58n3/v58n3a03.pdf>
7. Gómez Jiménez CA, Hernández Díaz M, Jiménez Cardoso J. Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos de control. Revisión bibliográfica. Gaceta Médica Espirituana, 2007; Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.\(1\)_18/resumen.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.(1)_18/resumen.html)
8. Rodríguez Núñez AC, Córdova A, Álvarez M. Factores epidemiológicos que influyen en la morbilidad puerperal grave. Cuba. Rev. cubana Obstet Ginecol. mayo2010; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-s

9. Hernández Flores Marina conocimientos, prácticas del personal de enfermería en el manejo del síndrome hipertensivo gestacional, servicio de gineco-obstetricia, Hospital Monte España Managua 2010
10. Martínez Nuñez Victoria Lisbeth, de Paz Morataya Cristina Eunice “Factores clínicos y epidemiológicos asociados a complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio” Guatemala 2013
11. Herrera León, Lorenzo I. El embarazo múltiple: ¿es realmente un factor de alto riesgo obstétrico? La Habana 2016
12. Chambi Mamani Franz factores asociados a complicaciones obstetricas y perinatales en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el periodo de junio a diciembre 2018 Puno – Perú 2019
13. Altamirano Girano Paula Angélica, Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009 Lima – Perú 2012
14. Silva Contreras Vanna : Factores asociados al aborto en mujeres atendidas en emergencia obstétrica del hospital i Edmundo Escomel : Es Salud Arequipa 2016
15. Olortegui Ramos Lilibeth Feba: Factores asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Enero – Junio 2013 Lima Perú 2014
16. Curiel-Balsera E, Prieto-Palomino MA, Muñoz-Bono J, Ruiz de Elvira MJ, Galeas JL, y Quesada García G. Análisis de la morbimortalidad materna de las pacientes con preeclampsia grave, eclampsia y síndrome de HELLP que ingresan en una Unidad de Cuidados Intensivos ginecoobstétrica. Med Intensiva 2011
17. Guerrero A, Briones CG, Diaz M, Briones JC. Cuidados intensivos en ginecología y obstetricia en el Hospital General de México. Revista de la

Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva; 2011:
Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2011/ti114e.pdf>

18. Ministerio de Salud Pública. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología. Perú: El Ministerio; 2010 Perú.
19. Rodríguez G, Delgado J, Pérez L. Experiencia de 12 años de trabajo en la atención de adolescentes obstétricas críticamente enfermas en la unidad de cuidados intensivos. Rev Cub Obstet Ginecol. 2009
20. Guerrero A, Briones CG, Díaz M, Briones JC. Cuidados intensivos en ginecología y obstetricia en el Hospital General de México. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva; 2011 Oct.-Dic. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2011/ti114e.pdf>
21. Moraga L, Irias J. "Hemorragia post parto en pacientes atendidas en Hospital Materno Infantil por médicos internos y residentes". Revista Médica de los Postgrados de Medicina UNAH Vol.10 No.1 enero-abril 2007
22. Schwartz R, Diverges C, Díaz A, Fescina R. Obstetricia. 5ª ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1999. p.137-146.
23. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Reducir la mortalidad materna es prioridad diaria de la OPS. Información de prensa. Mayo de 2002. Disponible en:
<http://www.paho.org/Spanish/DPI/100/100feature19.htm>
24. Williams. Complicaciones obstétricas del Embarazo. Manual de Obstetricia. 21ª ed. Caracas: McGraw-Hill; 2004. p. 371-468.
25. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012. Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012Full.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título del proyecto: “FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO OBSTETRICO EN PACIENTES GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE ACOBAMBA 2020”

FORMULACION DEL PROBLEMA	FORMULACION DEL OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLE DEL ESTUDIO	METODOLOGIA
<p>Problema general</p> <p>¿Cuáles son los factores asociados al riesgo obstétrico en pacientes gestantes que acuden al hospital de Acobamba 2020?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar los factores asociados al riesgo obstétrico en pacientes gestantes que acuden al Hospital de Acobamba 2020.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar los factores asociados al riesgo obstétrico en pacientes gestantes.</p> <p>Determinar la incidencia de los factores asociados al riesgo obstétrico en pacientes gestantes.</p> <p>Determinar los factores clínicos asociados al riesgo obstétrico en pacientes gestantes.</p> <p>Determinar los factores epidemiológicos asociados al</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Hi: Los factores asociados al riesgo obstétrico en pacientes gestantes que acuden al hospital de Acobamba 2020 son los trastornos maternos preexistentes, Características físicas y sociales, Edad, Problemas en embarazos previos, Problemas que se desarrollan durante el embarazo Problemas que aparecen durante el trabajo de parto y el parto</p> <p>Ho: Los factores asociados al riesgo obstétrico en pacientes gestantes que acuden al hospital de Acobamba 2020 no son</p>	<p>Variable independiente</p> <p>Factores asociados al riesgo obstétrico.</p> <p>Variable dependiente</p> <p>Gestantes</p>	<p>Tipo De Investigación</p> <p>observacional, prospectivo, transversal, porque estudia la Población y muestra</p> <p>Población: son 150 gestantes</p> <p>Muestra:</p> $= \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N-1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$ <p>105 gestantes</p> <p>Diseño de Investigación</p> <p>diseño no experimental, en su modalidad correlacional, cuyo esquema se representa así:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p style="text-align: center;">M</p> <p style="text-align: center;">Ox Oy</p> </div>

riesgo obstétrico pacientes gestantes	en	los trastornos maternos preexistentes, Característica s físicas y sociales, Edad, Problemas en embarazos previos, Problemas que se desarrollan durante el embarazo Problemas que aparecen durante el trabajo de parto y el parto
--	----	--

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA N°: _____

I. DATOS GENERALES:

1. Edad

Menor de 19 años

20 a 25 años

26 a 30 años

31 a 35 años

Mayor de 35 años

2. Estado civil

Soltera ()

Conviviente ()

Casada ()

3. Escolaridad

Sin instrucción ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior

4. Ocupación

Ama de casa ()

Empleada ()

Estudiante ()

5. Religión

Católica

Evangélica

Otro

II. DATOS INDIVIDUALES:

6. Peso

7. Número de atenciones prenatales: _____

De 0 - 3 APN ()

De 4 – 6 APN ()

De 7 a más APN ()

8. Consumo de alcohol

Si ()

No ()

9. Consumo de tabaco

Si ()

No ()

10. Antecedentes patológicos:

Hipertensión crónica ()

Diabetes mellitus ()

Miomas ()

Otros _____

III. DATOS OBSTÉTRICOS.

11. Edad gestacional (semanas): _____

22 a 27 ss. ()

28 a 36 Ss. ()

37 a 41 Ss. ()

42 a más ()

12. Paridad

Nulípara ()

Primípara ()

Multípara ()

Gran multípara \geq 6 ()

13. Periodo intergenésico: _____

\leq 24 meses ()

25 a 48 meses ()

\geq 49meses ()

14. Cesárea previa

Si (1 o más) ()

No ()

15. Antecedentes patológicos obstétricos

Aborto recurrente ()

Embarazo ectópico ()

Óbito fetal ()

IV. COMPLICACIONES MATERNAS:

Diabetes gestacional ()

Hipertensión gestacional ()

Pre eclampsia ()

RPM ()

Amenaza de parto pre término ()

Parto pre término ()

Hipo dinamia uterina ()

Retención placentaria ()

Alumbramiento incompleto ()

Atonía/Hipotonía uterina ()

Desgarro Perineal II grado ()

Anemia moderada o severa ()