

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

**“COMPLICACIONES MATERNO FETALES ASOCIADAS A
EMBARAZO A TERMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL MATERNO
INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI DURANTE EL AÑO 2019”**

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

AUTORA: Alvarado Vicente, Neomi Yolanda

ASESORA: Palacios Zevallos, Juana Irma

HUÁNUCO – PERÚ

2022

U

D

H



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

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

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

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud Materno y Perinatal

AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

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 ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22511113

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	Ballarte Baylon, Natalia	Magister en ciencias de la educación docencia en educación superior e investigación	22486754	0000-0002-0795-9324
2	Quiroz Tucto, Mariella Mariyu	Maestra en ciencias de la salud con mención en salud pública y docencia universitaria	41168800	0000-0002-4216-1553
3	Sinche Alejandro, Marisol	Magister en gestión pública	22489669	0000-0001-5710-8424



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco siendo las 11:00 horas del día 19 del mes de abril del año 2022, 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 se reunió mediante la plataforma virtual Google meet el jurado calificador integrado por los siguientes docentes:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------|
| • Dra. Natalia Ballarte Baylon, | Presidenta |
| • Mg. Mariella Mariyu Quiroz Tucto, | Secretaria |
| • Mg. Marisol Sinche Alejandro, | Vocal. |

Nombrados mediante RESOLUCIONES N° 484-2022-D-FCS-UDH de fecha 11 de abril del 2022, para evaluar la Tesis intitulada: **“COMPLICACIONES MATERNO FETALES ASOCIADOS A EMBARAZO A TERMINO TARDÍO EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI DURANTE EL AÑO 2019”**, presentado por doña: **Neomi Yolanda ALVARADO VICENTE**, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional mención en 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) **Aprobada** Por **Unanimidad** con el calificativo cuantitativo de **16** y cualitativo de **Bueno**

Siendo las 12:15 horas del día 19 de abril del año 2022, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTA

Mg. Natalia Ballarte Baylon

SECRETARIA

Mg. Mariella Mariyu Quiroz Tucto

VOCAL

Mg. Marisol Sinche Alejandro

DEDICATORIA

Al señor todopoderoso y mi familia por ser luz en mi camino y me alienta a cumplir mis objetivos y metas.

AGRADECIMIENTO

- A la facultad de Postgrado de la UDH por la oportunidad de realizar la especialidad
- A mi familia por ser mi fuente de inspiración.
- A las docentes por todo el esfuerzo que realizan para poder compartir sus enseñanzas
- A mi Dios todo poderoso que siempre me acompaña e ilumina mi camino.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE GRAFICOS	viii
RESUMEN	ix
INTRODUCCIÓN	xi
CAPÍTULO I	12
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
1.1. Descripción del problema.	12
1.2. Formulación del problema:	13
1.2.1. Problema general:	13
1.2.2. Problemas específicos:	13
1.3. Objetivo general:	14
1.4. Objetivos específicos:	14
1.5. Justificación e importancia:	15
1.5.1. A nivel teórico	15
1.5.2. A nivel práctico:	15
1.5.3. A nivel metodológico:	15
1.6. Limitaciones	16
1.7. Viabilidad	16
CAPÍTULO II	17
2. MARCO TEÓRICO	17
2.1. Antecedentes de investigación.	17
2.1.1. A nivel internacional	17
2.1.2. A nivel nacional	19
2.1.3. A nivel local	21
2.2. Bases teóricas que sustentan el estudio	22
2.2.1. Modelo de la conservación	22
2.2.2. Teoría del talento para el papel materno	22
2.3. Bases conceptuales:	22
2.3.1. Embarazo	22

2.3.2. Complicaciones materno fetales	25
2.4. Hipótesis:	33
2.4.1. Hipótesis general:.....	33
2.4.2. Hipótesis específicas:.....	34
2.5. Identificación de variables:.....	34
2.5.1. Variable independiente:.....	34
2.5.2. Variables de caracterización:	35
2.6. Operacionalización de las variables:	36
CAPÍTULO III.....	37
3. METODOLOGIA.....	37
3.1. Tipo de investigación:	37
3.1.1. Enfoque de la investigación	37
3.1.2. Alcance o nivel de la investigación.....	37
3.1.3. Diseño de estudio.....	37
3.2. Población y muestra	38
3.2.1. Criterios de exclusión.	38
3.2.2. Unidad de análisis	39
3.2.3. Unidad de muestreo	39
3.2.4. Tamaño de la muestra	39
3.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	39
3.3.1. Análisis e interpretación de datos.....	41
3.4. Aspectos éticos de la investigación	41
CAPITULO IV.....	42
4. RESULTADOS	42
4.1. Descriptivos	42
4.2. Resultados inferenciales.....	53
CAPÍTUL V	58
5. DISCUSION DE RESULTADOS.....	59
5.1. Contrastación de resultados	59
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES.....	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
ANEXOS.....	71

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad en años de las pacientes	42
Tabla 2. Zona de procedencia de las pacientes.....	43
Tabla 3. Estado civil de las pacientes	44
Tabla 4. Numero de parto de las pacientes	45
Tabla 5. Presento insuficiencia útero placentaria.....	46
Tabla 6. Presento Oligoamnios.....	47
Tabla 7. Aspiración meconial en recién nacidos de las pacientes	48
Tabla 8. Macrosomía fetal de las pacientes.....	49
Tabla 9. Riesgo de pérdida de bienestar fetal	50
Tabla 10. Retención de restos placentarios	51
Tabla 11. Embarazo a término tardío.....	52
Tabla 12. Análisis de la distribución de datos mediante la prueba Chi Cuadrado sobre la insuficiencia útero placentaria y el embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el año 2019.	53
Tabla 13. Análisis de la distribución de datos mediante la prueba Chi Cuadrado sobre la presencia de oligoamnios y el embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el año 2019.	54
Tabla 14. Análisis de la distribución de datos mediante la prueba Chi Cuadrado sobre la aspiración meconial y el embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el año 2019.	55
Tabla 15. Análisis de la distribución de datos mediante la prueba Chi Cuadrado sobre la macrosomía fetal y el embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el año 2019.	56
Tabla 16. Análisis de la distribución de datos mediante la prueba Chi Cuadrado sobre el riesgo de pérdida del bienestar fetal y el embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el año 2019.	57

Tabla 17. Análisis de la distribución de datos mediante la prueba Chi Cuadrado sobre la retención de restos placentarios y el embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el año 2019.	58
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Edad en años de las pacientes	42
Gráfico 2. Zona de procedencia de las pacientes	43
Gráfico 3. Estado civil de las pacientes	44
Gráfico 4. Número de partos de las pacientes	45
Gráfico 5. Presencia de insuficiencia útero placentaria en las pacientes.....	46
Gráfico 6. Presencia de Oligoamnios en las pacientes.....	47
Gráfico 7. Presencia de aspiración meconial en los recién nacidos de las pacientes	48
Gráfico 8. Macrosomía fetal en los recién nacidos de las pacientes.....	49
Gráfico 9. Riesgo de pérdida de bienestar fetal en los recién nacidos de las pacientes	50
Gráfico 10. Retención de restos placentarios de las pacientes	51
Gráfico 11. Embarazo a término tardío de las pacientes	52

RESUMEN

Objetivo: Identificar las complicaciones materno fetales asociadas a embarazo a término tardío.

Métodos y técnicas: La investigación fue descriptiva, transversal, se recolecto los datos en una sola medición.

Resultados: El 15,3% presentaron insuficiencia útero placentaria, el 6,9% tuvieron oligohidramnios, el 22,2% presentaron aspiración meconial, el 30,6% tuvieron macrosomía fetal, el 94,4% no tuvieron pérdida de bienestar fetal y el 5,6% tuvieron retención de restos placentarios.

Conclusión: Las complicaciones materno fetales se asocian al embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, las principales complicaciones que se presentaron fueron insuficiencia útero placentaria, presencia de oligohidramnios, aspiración meconial y la macrosomía fetal.

Palabras claves: Complicaciones, Materno fetales, Embarazo a término tardío

ABSTRACT

Objective: To identify the maternal-fetal complications associated with late-term pregnancy at the Carlos Showing Ferrari Maternal and Child Hospital during 2019.

Methods and techniques: The research was descriptive, cross-sectional, the data was collected in a single measurement.

Results: 15.3% had uterine failure, 6.9% had oligohydramnios, 22.2% had meconium aspiration, 30.6% had fetal macrosomia, 94.4% had no loss of fetal well-being, and 5.6% had retention of placental remains.

Conclusion: Maternal-fetal complications are associated with late-term pregnancy in the Hospital Materno Infantil, the main complications that occurred were uterine-placental insufficiency, presence of oligohydramnios, meconium aspiration and fetal macrosomia.

Key words: Complications, Maternal-fetal, Late-term pregnancy

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones materno fetales hoy en día ocupan uno de los primeros lugares de muertes maternas y neonatales, estas cifras motivan a realizar el presente estudio para poder conocer si uno de los factores de las complicaciones son los embarazos a término tardío frente a esta situación motiva a realizar el presente estudio.

A continuación, la estructura del contenido será de la siguiente manera:

En el capítulo I se hace referencia de toda la situación problemática, objetivos y la razón por la que se realiza el estudio.

En el capítulo II se presenta todas las teorías que abarcan el estudio, estudios anteriores y conceptos.

En el capítulo III se describe el método que se va usar y población.

En el capítulo IV se describe los resultados obtenidos en tablas y gráficos.

En el capítulo V, se dan las recomendaciones y conclusiones.

En la parte final los anexos y bibliografías.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema.

El embarazo es una etapa que atraviesa la mujer en el transcurso de su vida que necesita atención oportuna. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el embarazo comienza al final de la implantación, que comienza cuando el blastocisto se pega a la pared uterina (aproximadamente al 5to o 6to día luego de la fertilización); Luego pasa a través del endometrio y penetra en el estroma. Por lo tanto, la implantación termina cuando se cierra la superficie del epitelio y se completa la implantación, y luego comienza el embarazo, que ocurre 12-16 días después de la fertilización.¹

En cuanto a los embarazos maduros, sugirió: “término temprano” (edad gestacional 37 a 38 semanas), “término completo” (edad gestacional 39 a 40 semanas), “término tardío” (edad gestacional 41 0/7 y 41 6/ 7 semanas) y “posttérmino” (42 semanas de gestación o más) Para describir con mayor precisión los nacimientos que ocurren a las 37 semanas de gestación o más, tenga en cuenta que la determinación precisa de la edad gestacional con buenos criterios clínicos o una ecografía temprana es esencial para el diagnóstico y el tratamiento.²

En el comportamiento obstétrico, la evaluación de la incidencia del embarazo a término tardío es clínicamente importante, ya que se asocia con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal; Considerando que, la insuficiencia placentaria puede provocar hipoxia fetal, pone en peligro la viabilidad del producto del embarazo, porque a medida que el embarazo continúa más allá de su fecha probable de parto, aumenta la probabilidad de que el bebé muera en el útero o inmediatamente en el período neonatal.³

Es entonces fundamental contar con una estimación real de la edad gestacional; ciertamente es el mejor predictor; sin embargo, a veces esta

puede ser imprecisa, de allí la necesidad de evaluar este dato valorando aspectos como la fecha de última menstruación, (FUM) y el hallazgo ecográfico a fin de contar con un mayor acercamiento a la estimación de la edad gestacional real y poder tener la conducta obstétrica adecuada.⁴

En el departamento de obstetricia del Hospital Materno Infantil, Carlos Showing Ferrari Huánuco, durante el año 2019, hubo 1,200 partos, se identificaron 6% de embarazos tardíos (según datos de edad gestacional). Su importancia clínica radica en la determinación oportuna y precisa de la edad gestacional, que es crucial en el cuidado obstétrico del binomio madre-hijo. Asimismo, la edad materna y la edad gestacional son aspectos interesantes a destacar en la clínica descrita anteriormente. Una vez que ocurre el parto, se evalúa al bebé para determinar la edad gestacional, para lo cual se usa la prueba de Capurro, dice la Organización Mundial de Salud.⁵

Los números en Perú son aún mayores, de ahí la importancia de estudiar cómo el embarazo tardío puede causar problemas tanto para la madre como para el feto.⁶

El estudio se realiza con el fin de determinar las complicaciones maternas fetales asociadas a embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el año 2019.

1.2. Formulación del problema:

1.2.1. Problema general:

¿Cuáles son las complicaciones materno fetales asociadas a embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el año 2019?

1.2.2. Problemas específicos:

¿La Insuficiencia Útero Placentaria es una de las complicaciones materno fetales asociadas a embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el año 2019?

¿El oligohidramnios es una de las complicaciones maternas fetales asociadas a embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el año 2019?

¿La aspiración de líquido meconial en el feto es una de las complicaciones materno fetales asociada a embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el año 2019?

¿La macrosomía fetal es una de las complicaciones materno fetales asociada a embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el año 2019?

¿El riesgo de pérdida de bienestar fetal es una de las complicaciones materno fetales asociada a embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el año 2019?

¿La retención de restos placentarios es una de las complicaciones materno fetales asociada a embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el año 2019?

1.3. Objetivo general:

Determinar cuáles son las complicaciones materno fetales asociadas a embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el año 2019.

1.4. Objetivos específicos:

Determinar si la insuficiencia útero placentaria es una complicación materno fetal asociada a embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el año 2019.

- Determinar si el oligohidramnios es una complicación materno fetal asociada a embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el año 2019.
- Establecer si la aspiración de líquido meconial en el feto es una complicación materno fetal asociada a embarazo a término tardío en

el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el año 2019.

- Comprobar si la macrosomia fetal es una complicación materno fetal asociada a embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el año 2019.
- Comprobar si el riesgo de pérdida de bienestar fetal es una complicación materno fetal asociada a embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el año 2019.
- Describir si la retención de restos placentarios es una complicación materno fetal asociada a embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el año 2019.

1.5. Justificación e importancia:

1.5.1. A nivel teórico

El estudio permitirá reunir los fundamentos teóricos y aspectos clínicos relacionados con las complicaciones maternas y fetales; asociadas al embarazo a término tardío.

1.5.2. A nivel práctico:

En la práctica, De hecho, los resultados del estudio serían útiles institucionalmente para evaluar mejor la edad gestacional, optimizar el manejo de la conducta obstétrica y determinar el nivel de confianza en la información proporcionada por la clasificación anterior utilizadas en el Servicio de Gineco -Obstetricia.

1.5.3. A nivel metodológico:

La evidencia identificada en este estudio ayudará a ampliar los aspectos cognitivos y prácticos de la estratificación con respecto a las complicaciones maternas y fetales relacionadas con el embarazo a término tardío.

1.6. Limitaciones

En cuanto a las limitaciones, existen dificultades en la selección de la población y la recopilación de datos.

1.7. Viabilidad

Sobre la disponibilidad de recursos financieros, será abonado por el investigador para el desarrollo de la investigación.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigación.

2.1.1. A nivel internacional

En Cuba 2018, Baleztena J, González y Balestena A ⁷, en la tesis titulada: "Comportamiento del embarazo postérmino y su asociación con diferentes factores maternos". Utilizaron métodos retrospectivos, observacionales, transversales y analíticos en el Hospital Universitario "Abel Santamaría" de Pinar del Río. El universo estuvo conformado por todas las gestantes ingresadas durante el período mencionado, la muestra estuvo conformada por pacientes con embarazo prolongado (grupo de estudio) y un grupo control conformado por gestantes de entre 38 y 41 semanas. Resultados encontraron que los embarazos a largo plazo o a término, una tasa de morbilidad del 1,82%, con una tasa de 18,2 x 1000 nacidos vivos. Este tipo de embarazo se asocia con la adolescencia y el oligohidramnios es una complicación típica del embarazo prolongado, el 15,2% perdió la salud del feto y el 45,7% presentó insuficiencia útero placentaria. Concluyeron que: el embarazo prolongado es una entidad que debe tenerse en cuenta para la ocurrencia de eventos adversos del embarazo.

Este antecedente permitió delimitar las dimensiones identificadas consideradas en la presente investigación.

En Ecuador 2017, Salamea y Torres ⁸, en su estudio titulado: "Estimación de la edad gestacional mediante los métodos Ballard y Capurro comparados con la fecha de última menstruación confiable, en recién nacidos a término y post término, en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2014". Método estudio descriptivo y cuantitativo, que incluyó a bebés con condiciones de FUM en HVCM, 2014. El universo es de 1314, con una muestra de 297 lactantes el instrumento fue la prueba de Capurro y Ballard. Entre los resultados encontraron que la tasa

promedio de respuestas correctas de Ballard es 71.38% y la de Capurro es 64.31% en comparación con FUM. Concluyeron que ambos métodos tuvieron una alta tasa de respuesta correcta en comparación con FUM, al tomar en cuenta la edad gestacional, se observó mayor éxito en lactantes, RNAEG y neonatos de bajo peso al nacer, que pesan > 3500 g. Sin embargo, los dos tienen un bajo grado de correlación en relación con una FUR confiable.

Este antecedente sirvió para la construcción de las variables.

En Colombia 2017; Cifuentes M⁹, en un estudio titulado. “A Propósito de una nueva clasificación del embarazo a término Resultados Neonatales en una clínica de tercer nivel de atención en Cali, Colombia. Método estudio transversal. Resultados describen las características socioeconómicas y los resultados perinatales de la madre, así como la frecuencia de cada uno; Las comparaciones de grupos se generaron mediante análisis de varianza (ANOVA) de los 502 nacimientos, 200 (39,8%) se clasificaron como prematuros, 254 (50,6%) fueron a término y 48 (9,6%) fueron post término. Hubo una mayor frecuencia de cobertura de contribución materna y embarazos de alto riesgo en el grupo de prematuros. Se encontraron diferencias significativas en los recién nacidos con bajo peso al nacer y con peso medio al nacer en el grupo pre término hubo más asfixia neonatal que en el grupo a término. No hubo diferencias en el síndrome de dificultad respiratoria y la duración de la estancia hospitalaria. Se concluye que es posible una nueva clasificación de embarazo a término para ACOG. La alta tasa de nacimientos prematuros en Colombia.

Este antecedente ayudo a la construcción de la problemática del estudio.

En Colombia, Gomez Gonzales L, Salgado Cerna MS, Gonzales VGVV, Arenas OV¹⁰ en un estudio “Comparación de la confiabilidad de la ecografía obstétrica del primer trimestre y la fecha de la última menstruación en la predicción de la fecha de parto vaginal espontáneo

en pacientes admitidas en un centro de atención de I nivel en Manizales (Colombia) 2012-2013. Materiales y métodos: Estudio transversal con 647 mujeres de muestra. Resultados: de 344 nacimientos (53,2%). El 56,4% de las mujeres tuvo un período poco confiable. La edad gestacional media al momento del parto fue de 39 semanas más 3 días. Circunferencia media de cintura 101,8 cm y altura base 34 cm. La precisión de la ecografía precoz es del 95,1% y el método de laboratorio es del 90,7%. Bebés prematuros detectados: 5% en la última menstruación, 9% con prueba de Capurro y solo 4,3% con ecografía precoz. Conclusión: La ecografía precoz es útil para predecir la fecha de nacimiento y este método supera las respuestas correctas utilizando la fecha de FUR con respecto a la antropometría en mujeres embarazadas.

2.1.2. A nivel nacional

En Lima 2019, Arroyo Calderon J¹¹, realizo un estudio con el objetivo de Para determinar el estado materno y fetal asociado con macrosomía fetal en gestantes después de cesárea, un estudio transversal, analítico y observacional, en el Hospital Vitarte, en términos de resultados, mostró que el 16,6% se acompaña de macrosomía fetal y el 13,6 poliploidía haploide, retrasó el embarazo en un 8,7% y un 5,2% Diabetes materna antes del embarazo, en términos de nivel educativo, el 92,1% tiene educación primaria, el 2,5% tiene calificaciones profesionales y técnicas superiores y el 2,7% tiene títulos universitarios. Se concluyó que la diabetes gestacional, el embarazo múltiple y los antecedentes obstétricos son factores de riesgo asociados a la macrosomía fetal.

En Lima Piscoya Mendoza L ¹³ realizo un estudio con el objetivo de Identificar factores obstétricos asociados al embarazo pos término, en el Hospital Hipólito Unanue enero-junio de 2019, estudio observacional transversal. Los resultados mostraron que el 35,7% eran madres primerizas, el 26,7% dio a luz a dos bebés, el 86,7% nació muerto, el 80% no interfirió con el trabajo de parto, el 80% tenía entre 20 y 35 años de edad y el 95% tenía 42 semanas de gestación y el 4% tenía insuficiencia

uterina y solo el 2% había inhalado meconio. Concluyeron que los factores obstétricos tienen asociación al embarazo post termino.

En Lima 2017, Salas J¹⁴, realizó un estudio con el objetivo de establecer la relación entre la edad gestacional por ecografía, FUR y Test de Capurro. Estudio de asociación descriptiva, retrospectiva, no experimental y con diseño transversal. La población incluyó a 182 mujeres embarazadas nacidas en esta instalación, y 35 mujeres embarazadas que cumplieron con nuestros criterios de inclusión y exclusión con un supuesto muestreo no probabilístico. Dentro de los hallazgos, la mayoría de las mujeres embarazadas de entre 18 y 29 años 65%, polígamas 54,3%, viudas 68,6%, amas de casa 85,7%, frente al 51,4% de los hombres. Finalmente, concluyeron que existe relación entre EG por ultrasonido y EG por FUR, existe relación entre EG por ultrasonido y EG por prueba de Capurro, y no existe relación entre EG por prueba de Capurro y EG por FUR.

En Lima 2016, Ventura ¹⁵, en la tesis tuvo como objetivo: Comparar la edad gestacional Determinado por evaluación pediátrica al nacer (prueba de CAPURRO) y prueba de oro, ecografía del primer trimestre (10 0-14 2 semanas) en mujeres embarazadas con FUR confiable. Estudio de asociación retrospectivo en una muestra de 167 mujeres embarazadas a las que se les realizó una ecografía a las 10-14 2 semanas. Finalmente, concluyeron que la edad gestacional determinada por la prueba de Capurro tiende a sobrestimar la edad gestacional a pesar de que existe una relación directa entre los dos métodos, que la correlación es imperfecta y que este método no es reproducible, como se indicó. Por varios coeficientes aritméticos.

En Piura 2016, Ordinola F ¹⁶, tuvo como objetivo: Relacionar la edad gestacional por ecografía del primer trimestre del embarazo y la edad gestacional por Capurro en los recién nacidos del Hospital Las Mercedes de Paita., Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. Incluyeron 50 gestantes en el diagnóstico de edad gestacional. Entre los principales hallazgos de la madre que pudimos destacar en nuestro estudio se

encuentra la edad de la madre, entre 20 y 35 años, que representa el 72% de los casos estudiados, por otro lado, presentando el nivel educativo a través de pacientes de secundaria en el 45% de los casos, la proporción de pacientes analfabetos es muy baja en el 2% de los casos. Entre las conclusiones, la edad materna obtenida de 20-35 años es del 72%, el nivel educativo de secundaria o superior representa el 49%, y la ecografía del primer trimestre cuando se toman la mayoría de los casos es de 12 semanas 20% de los casos.

En Ayacucho 2016, Tito C ¹⁷, en su estudio tuvo como objetivo: Determinar la edad gestacional por ultrasonografía del primer trimestre, en relación con el test de Capurro en recién nacidos. Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. El tipo de estudio planificado durante la recopilación de datos retrospectiva, dependiendo de la frecuencia con la que se miden las variables del estudio, es un estudio transversal, donde las variables se miden solo una vez. Dependiendo de la profundidad del estudio, se analiza. Las variables más importantes son: la prueba de ecografía del primer semestre y la prueba de Capurro. Concluyeron que la ecografía es muy útil para predecir la fecha probable de nacimiento y este método supera las respuestas correctas utilizando la prueba de Capurro porque existe una correlación media.

En Lima 2016, Solano Soto C¹⁸. En su estudio tuvo como objetivo Identificación de complicaciones maternas y perinatales en gestantes que prolongan el embarazo, estudio observacional de casos, controles y prospecto. En cuanto a los resultados, encontraron que 60,8% requirió cesárea, 66,7% esterilidad, 45,1% parto espontáneo, 16,9% desgarro perineal, 10,3% oligohidramnios, entre las complicaciones neonatales 21,6% fueron de causas uterinas, 17,6% asfixia. Finalmente, concluyeron que las complicaciones maternas y perinatales persistían más en las pacientes con embarazos prolongados que en las que no.

2.1.3. A nivel local

No se ha identificado antecedentes de la problemática en estudio.

2.2. Bases teóricas que sustentan el estudio

2.2.1. Modelo de la conservación

Para Mira Estrin Levine, la sociedad define la salud. En su modelo, muestra claramente que los grupos sociales predeterminan la salud y no solo la ausencia de patologías. Presente a la persona en su totalidad y es el centro de la acción. Dado que el papel del obstetra es ayudar al individuo a mantener el funcionamiento óptimo de todos los órganos, esto se logrará respetando los principios básicos, a saber: Conservación de la energía personal; mantener la integridad estructural; Mantener la integridad personal. Mantener la comunidad segura. ¹⁹

2.2.2. Teoría del talento para el papel materno

Esta teoría se centra en el rol de la maternidad en diferentes poblaciones. La aplicación de esta teoría tiene un conjunto de resultados para la práctica obstétrica en el campo de la salud de la mujer y del recién nacido. La forma manera en que las madres identifican y perciben los eventos está determinada por un auto núcleo respectivamente estable, adquirido a través de la socialización de por vida. Su percepción de su hijo y otras reacciones a su maternidad, así como su socialización, están influenciadas por sus rasgos de personalidad innatos y su nivel de desarrollo.²⁰

2.3. Bases conceptuales:

2.3.1. Embarazo

Según Pedraza²¹ Un solo embarazo dura un promedio de 40 semanas (280 días) desde el primer día de su último período menstrual, lo que le da una estimación de la fecha de parto.

Para Sucken²² La periodicidad de efectos neonatales desfavorables fue menor en los embarazos sin complicaciones entre las 39 y 40 semanas de gestación.

2.3.1.1. Embarazo Post Término

Un embarazo prolongado es un embarazo que excede las 41 a 42 semanas.²³

Etiología del embarazo postérmino

- a) Causas endocrinas-paracrinas feto placentarias. La hipoplasia suprarrenal e hipofisaria y los niveles bajos de estrógeno fetal pueden estar asociados con un embarazo prolongado.²⁴
- b) La predisposición genética (paterna y materna). El linaje descrito en (Madre, Hermana) puede explicar algunos de los embarazos prolongados en orden cronológico.²⁵
- c) Mecanismo de desencadenamiento del parto. La disminución de la liberación de óxido nítrico del cuello uterino puede retrasar el inicio del trabajo de parto.
- d) Otros factores asociados con el embarazo prolongado son: etnia caucásica, obesidad e hipotiroidismo.²⁶

Con algunas excepciones, se desconoce la causa del retraso del embarazo. Las malformaciones congénitas como la hipoplasia cerebral y la hipoplasia suprarrenal pueden considerarse como la causa. La genética, el origen étnico y la dieta pueden ser factores relacionados causalmente con el embarazo posparto. La insuficiencia placentaria se considera un factor responsable. El aumento de la muerte placentaria también es una posible causa.²⁷

Diagnostico

La edad gestacional debe evaluarse y determinarse de manera segura. Considere una edad gestacional mínima de 42 semanas para una FUR segura y confiable y / o un ecografía temprano. La evaluación cuidadosa de la edad gestacional mediante ecografía reduce las tasas de embarazo pos término de un promedio de 10%, al final del último

período menstrual, a 1 a 2% usando la combinación de ecografía precoz y el FUR.²⁸

La estimación de la edad gestacional a partir de la fecha del último período menstrual, incluso cuando se registra con precisión, puede conducir a errores significativos en la historia clínica, con una sobreestimación de la edad gestacional.²⁹

2.3.1.2. Manejo

1. Las ecografías periódicas tempranas reducen significativamente las tasas de embarazo pos término.³⁰
2. La inducción sistémica reduce la mortalidad perinatal (evaluada inicialmente a las 41 semanas)
3. La inducción para el trabajo de parto no afecta la tasa de cesárea, el parto vaginal y la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal. Además, se reduce el riesgo de desarrollar líquido amniótico que contenga meconio, pero aún existe el riesgo de desarrollar síndrome de aspiración de meconio y convulsiones neonatales.
4. Una ecografía cervical facilita una predicción útil de la probabilidad de un parto vaginal dentro de las 24 horas.³¹

En los métodos de salud donde se dispone de ecografías tempranas, esto debe hacerse con frecuencia.

- En los procedimientos de salud donde la inducción es una opción segura y aceptable, se recomienda una conversación con el paciente después de las 41 semanas.
- En pacientes que eligen un manejo juicioso, deben ser conscientes de la falta de evidencia que respalde la eficacia de un método de monitoreo prenatal en particular. Por tanto, se recomienda³²
- Evaluación a las 41 semanas:

- Ecografía para evaluar el estado del líquido amniótico y / o del cuello uterino.
- Evaluación del estado obstétrico ³³.
- Considere suspender después de 41 semanas si:
- Hay evidencia de crecimiento fetal inadecuado.
- Enfermedad materna que afecte el bienestar fetal.
- Se puede continuar hasta 42 semanas con control siempre y cuando:
- Madre saludable
- Feto con buen desarrollo
- Normal líquido amniótico

2.3.2. Complicaciones materno fetales

2.3.2.1. Oligoamnios.

Puede causar presión del cordón umbilical durante el parto y un aumento de la viscosidad del líquido amniótico, lo que conduce a una frecuencia cardíaca fetal anormal y al síndrome de aspiración de meconio.

Las mediciones Doppler del útero, ombligo, mesencéfalo, arterias torácicas y renales descendentes durante un embarazo prolongado sin complicaciones no son diferentes de las del embarazo a término.³⁴

2.3.2.2. Aspiración de líquido meconial

Puede causar una morbilidad y mortalidad significativas en los lactantes. Es responsable de aproximadamente el 10% de los casos de insuficiencia respiratoria en recién nacidos a término que requieren intubación.³⁵

La aspiración de meconio se ha asociado con cambios en el sangrado uterino. En embarazos a largo o corto plazo, la obstrucción de las vías respiratorias distales por partículas de meconio puede provocar embolia

gaseosa y neumotórax. Los componentes del meconio son tóxicos para los pulmones, contienen ácidos grasos, que pueden ser directamente tóxicos para la membrana epitelial. Además, el ácido oleico, la hemoglobina y otros componentes del meconio pueden alterar el tensioactivo, provocando inestabilidad alveolar y daño celular.³⁶

ETIOLOGIA

El estrés fisiológico dentro del trabajo de parto (p. Ej., Secundario a hipoxia debido a presión del cordón umbilical, insuficiencia placentaria o infección) puede resultar en la excreción de meconio del feto al líquido amniótico prenatal. La secreción de meconio también puede ser normal antes del nacimiento, especialmente en los recién nacidos a término.³⁷

FISIOPATOLOGIA

- Liberación inespecífica de citocinas
- Obstrucción de las vías aéreas
- Disminución de la producción e inactivación del surfactante.
- Neumonitis química.³⁸

SIGNOS Y SINTOMAS

Los signos son respiración rápida, inflamación nasal, constricción, cianosis o desaturación, sarpullido, urticaria y decoloración amarillo verdosa del cordón umbilical, las uñas o la piel. La tinción de meconio aparece en la faringe y (tras la intubación) en la laringe y la tráquea.³⁹

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de síndrome de aspiración de meconio se sospecha cuando un bebé experimenta dificultad respiratoria en presencia de meconio en el líquido amniótico.⁴⁰

TRATAMIENTO

- Intubación endotraqueal y presión positiva continua en la vía aérea (CPAP)
- Ventilación mecánica según sea necesario
- O2 suplementario según sea necesario
- Agente tensioactivo (surfactante)
- Antibióticos IV
- Óxido nítrico inhalado
- Oxigenación por membrana extracorpórea (OMEC)⁴¹

2.3.2.3. Macrosomia fetal

Termino que se utiliza para describir a un bebé que es significativamente más grande que el promedio.

El gigantismo fetal se define como un peso al nacer igual o superior a 4000 g, con una incidencia de aproximadamente el 10%. Se asocia con muchos factores de riesgo como la masa corporal antes del embarazo, la diabetes mellitus, el embarazo múltiple, el sexo fetal masculino, etc.⁴²

Síntomas

La macrosomía fetal durante el embarazo es difícil de detectar y diagnosticar.

- Gran altitud orbital. Una altura inicial mayor a la esperada podría ser un signo de macrosomía fetal.⁴³
- Exceso de líquido amniótico (hidramnios). Demasiado líquido amniótico, el líquido que rodea y protege a su bebé durante el embarazo.

- La cantidad de líquido amniótico refleja la producción de orina del bebé y los bebés más grandes producen más orina.⁴⁴

CAUSAS

La causa de la macrosomía fetal puede ser genética, así como una enfermedad de la madre, como la obesidad o la diabetes. En casos raros, el niño puede desarrollar una enfermedad que acelera el crecimiento del feto.⁴⁵

FACTORES DE RIESGO

Aumento excesivo de peso durante el embarazo. El aumento de peso excesivo durante el embarazo aumenta el riesgo de macrosomía fetal.

Embarazos previos.⁴⁶

Carga a término completo. Si el embarazo continúa más de dos semanas después de su fecha de parto, su bebé tiene un mayor riesgo de macrosomía fetal.⁴⁷

COMPLICACIONES

Problemas de parto Las complicaciones fetales pueden hacer que el bebé se atasque en el canal de parto, que se traumatice durante el parto o que tenga que usar fórceps o un dispositivo de succión durante el parto (parto con pinza o con ventosa). A veces se requiere una cesárea.⁴⁸

Rotura genital. Durante el parto, los fibromas fetales pueden dañar el canal de parto del bebé.

Sangrado después del parto. El prolapso uterino eleva el riesgo de que el útero no se contraiga adecuadamente después del parto (atonía uterina). Esto puede provocar un sangrado abundante después del parto.⁴⁹

Ruptura uterina. Si ha tenido una cesárea anterior o se ha sometido a una cirugía uterina mayor, un embarazo prolongado aumenta el riesgo de ruptura uterina.⁵⁰

2.3.2.4. Riesgo de Pérdida de Bienestar Fetal

“Riesgo de Pérdida de la Salud Fetal” (RPBF), como sustituto del “sufrimiento fetal” para el propósito judicial original. De esta manera, en el informe pericial, se evita que pueda indicar una falta de control sobre el feto; Aceptar que el feto estaba en una posición en la que estaba RPBF ahora nombra condiciones clínicas que pueden indicar la presencia de acidosis metabólica hipóxica.⁵¹

TIPOS

Hipoxia aguda: Desaceleración prolongada única con caída abrupta de la FCF a <80 lpm, continua> 3 min. Si se debe a un accidente intrauterino (DPPNI, prolapso del cordón umbilical, rotura uterina), una desaceleración tan repentina y prolongada conduce a la acidosis metabólica. El rango de pH disminuyó 0.01 / min.

Hipoxia Subaguda: Ocurre cuando el feto tiene menos de 30 segundos en FCF basal estacionario y > 90 segundos en desaceleración. El feto pasa más tiempo reduciendo la velocidad para proteger el corazón que con el FCF primario para intercambiar gases y proteger el cerebro. El corto tiempo de oxidación produce acidosis fetal en un promedio de 0.01 / 2-3 min. Caída estimada de 7,25 a 7,15 en unos 20 minutos.⁵²

Crónica: El feto se ve afectado por insuficiencia placentaria crónica o eventos prenatales que duran días o semanas. Se manifiesta con FCF basal descompensada (taquicardia) con enlentecimiento secundario de los quimiorreceptores (recuperación leve y tardía) y signos de descompensación (pérdida de la capacidad de cambio).⁵³

2.3.2.5. Retención De Restos Placentarios

En casi todos los casos, esto se debe a manipulaciones tempranas durante el parto, como apresurarse y apretar el cordón umbilical.⁵⁴

Diagnóstico: Se realiza mediante un examen completo de la placenta, que se lleva a cabo posteriormente de cualquier nacimiento y, por lo tanto, con la observación de que uno o más cotiledones no están presentes.

Evolución Clínica: Esto puede tener varios significados: puede separarse y expulsar de forma espontánea, a menudo provocando hemorragias, a veces muy peligrosas, poniendo en peligro la vida de la madre, posteriormente, en el período posparto, en ocasiones sufren el proceso de descomposición. Es una infección bacteriana que aparece a través del canal vaginal.⁵⁵

Tratamiento: El tratamiento se puede realizar con terapia de abstinencia, siempre que no haya sangrado, exista una contracción del útero para obtener una expulsión normal, ya que el tratamiento estricto en caso de sangrado requiere la extracción de quistes. Si es necesario, se utilizará un raspador de herramientas, preferiblemente un raspador Pinard de bordes afilados.

Retención de la placenta: riesgos

- La atrofia uterina, o inactividad, es el proceso natural por el cual cuando una mujer da a luz, el útero regresa gradualmente a su tamaño anterior que no tenía.
- El riesgo de hemorragia posparto se cita, de hecho, como una de las causas más comunes de hemorragia posparto (junto con otras causas como rotura uterina, insuficiencia uterina e inversión uterina).
- Peligro de inhibición de la producción de leche (debido a estrógenos y secreciones placentarias). Además, el sangrado abundante durante o después del parto puede dañar la glándula pituitaria (síndrome de Sheehan) y también se cree que es una causa de insuficiencia mamaria.⁵⁶

CAUSAS EXTRAUTERINAS

DESGARROS O LACERACIONES DEL TRACTO GENITAL

Estos son accidentes comunes que ocurren durante el parto. La gravedad de estas lesiones varía según su hipertrofia y puede variar desde un pequeño desgarro persistente de la mucosa hasta un desgarro cervical paramétrico prolongado.⁵⁷

FACTORES DE RIESGO

Macrosomía fetal.

~ Atención de parto en presentación pélvica.

~ Aplicación de fórceps.

~ Parto precipitado.

~ Considerar los antecedentes obstétricos de riesgo, particularmente macrosomía.

~ Ingreso de la paciente a sala de labor con condiciones cervicales favorables de acuerdo a sus antecedentes obstétricos.⁵⁸

DIAGNOSTICO

El diagnóstico se realiza mediante un examen directo del área afectada. Esta posibilidad debe tenerse en cuenta cuando exista dificultad en el parto o cuando se utilicen fórceps, o cuando se observe sangre nueva y brillante de forma intermitente después del parto, aunque solo sea en pequeñas cantidades.⁵⁹

Se requiere una gran conexión vaginal-perineal, utilizando la válvula vaginal y especialmente las pinzas anulares para controlar el cuello uterino, así como para la toma de muestras anal de las fibras del esfínter y su agrandamiento si es necesario.⁵⁷

2.3.2.6. Insuficiencia útero placentario

La insuficiencia placentaria es una afección en la que la placenta no puede proporcionar los nutrientes necesarios al bebé durante el embarazo. Esto se debe a que la placenta no se está desarrollando o no funciona correctamente, lo que puede provocar un crecimiento uterino restringido y bajo peso al nacer.

La insuficiencia placentaria puede provocar bajo peso al nacer, bebés con retraso en el crecimiento, partos prematuros y defectos congénitos, además de aumentar el riesgo de complicaciones para la madre.

Cuando la placenta está inactiva, no puede proporcionar el suministro necesario de oxígeno y nutrientes de la sangre de la madre al bebé. Sin este suministro vital, el niño no puede crecer ni desarrollarse.

El diagnóstico precoz lo antes posible y el seguimiento prenatal adecuado son importantes ⁶⁰

Placenta

Se forma y se desarrolla a medida que el óvulo fertilizado se implanta en la pared uterina.⁶¹

Las principales funciones de la placenta son:

- Llevar oxígeno al bebé.
- Extraer el monóxido de carbono.
- Nutrir al bebé.
- Llevarse las sustancias de desecho del metabolismo del bebé hacia la madre⁶²

Causas de la Insuficiencia placentaria

La insuficiencia placentaria se asocia con problemas con el suministro de sangre, y los trastornos de los vasos sanguíneos y la sangre de la madre pueden ser factores en ella.⁶³

Síntomas de la Insuficiencia Placentaria

La mayor parte de mujeres no corren el riesgo de morir por insuficiencia placentaria, pero la preeclampsia es uno de los factores de riesgo más comunes para esto. En pocas palabras, la aparición de la preeclampsia, que incluye hipertensión arterial grave, aumento de peso inusual, hinchazón, proteína en la orina y dolor de cabeza intenso, puede poner en peligro la vida. ⁶⁴

Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia placentaria

- a) La ecografía periódica durante el embarazo puede revelar insuficiencia placentaria debido al pequeño útero y al tamaño de la placenta. El tamaño del feto también se puede ver en una ecografía.⁶⁵
- b) Análisis de sangre. El nivel de alfa-fetoproteína en la sangre de la madre puede ayudar a evaluar la salud del bebé (esta proteína se produce en el hígado).
- c) Prueba de esfuerzo fetal (una prueba en la que se colocan dos tiras en el abdomen de la madre y, por lo general, un timbre suave (para despertar al bebé).

Tratamiento de la Insuficiencia Placentaria

El tratamiento de la insuficiencia placentaria depende de exámenes y estudios adicionales y de cada paciente.⁶⁶

A la madre se le ofrece un programa de una serie de pruebas entre las semanas 12 y 16, y se diagnostica la insuficiencia placentaria antes de que aparezcan los efectos de alguna enfermedad en la madre (preeclampsia) o en el feto.⁶⁷

Definición operacional de términos

Embarazo a término tardío: Un embarazo entre 41 y 42 semanas se considera tardío. La mayoría de las mujeres dan a luz entre las semanas 37 y 42 de embarazo.⁶⁸

Complicaciones materno fetales: Las complicaciones maternas y fetales son un grupo de factores de riesgo para el feto y la madre.⁶⁹

2.4. Hipótesis:

2.4.1. Hipótesis general:

Ha: Si existe relación entre las complicaciones materno fetales y el embarazo a término tardío.

Ho: No existe relación entre las complicaciones maternas fetales y el embarazo a término tardío.

2.4.2. Hipótesis específicas:

Ha₁: Existe relación entre las complicaciones materno fetales oligoamnios y el embarazo a término tardío.

Ho₁: No existe relación entre las complicaciones materno fetales oligoamnios y el embarazo a término tardío.

Ha₂: Existe relación entre las complicaciones materno fetales aspiración del líquido meconial y el embarazo a término tardío

Ho₂: No existe relación entre las complicaciones materno fetales aspiración del líquido meconial y el embarazo a término tardío

Ha₃: Si existe relación entre las complicaciones materno fetales macrosomía fetal y el embarazo a término tardío

Ha₃: No existe relación entre las complicaciones materno fetales macrosomía fetal y el embarazo a término tardío

Ha₄: Si existe relación entre la complicación materno fetales sufrimientos fetales y el embarazo a término tardío

Ho₄: No existe relación entre la complicación materno fetales sufrimientos fetales y el embarazo a término tardío

Ha₅: Si existe relación entre la complicación materno fetales retenciones de restos placentarios y el embarazo a término tardío.

Ho₅: No existe relación entre la complicación materno fetales retenciones de restos placentarios y el embarazo a término tardío.

2.5. Identificación de variables:

2.5.1. Variable independiente:

X: Complicaciones materno fetales

Y: Embarazo a término tardío

2.5.2. Variables de caracterización:

- Edad.
- Procedencia.

2.6. Operacionalización de las variables:

VARIABLE	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Complicaciones materno fetales	Oligoamnios	Categórica	Presento No presente	Ordinal
	Aspiración de líquido meconial	Categórica		
	Macrosomía fetal	Categórica		
	Riesgo de pérdida de bienestar fetal	Categórica		
	Retención de resto placentarios	Categórica		
Embarazo a término tardío	Gestante presenta embarazo a término tardío	Categórica	Presento No presente	Ordinal
VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN DE LA MADRE				
Características demográficas	Edad	Numérico	Edad en años	Razón
	Zona de procedencia	Categórico	Zona urbana Zona rural	Nominal Dicotómica
	Estado civil	Categórico	Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente	Nominal Dicotómica
DATOS OBSTETRICOS	Edad Gestacional	Categórica	41 semanas	Nominal Dicotómica
	Paridad	Categórica	Primípara Multípara	Nominal Dicotómica

CAPÍTULO III

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de investigación:

3.1.1. Enfoque de la investigación

Basado en análisis, intervención y alcance de resultados y el estudio pertenecen al tipo de análisis relacional.

Según el plan de recolección de datos, el estudio fue retrospectivo, con información registrada durante el año 2019.

El tipo de estudio es transversal porque las variables se estudian en un solo período de tiempo.

Por el número de variables del estudio, este estudio es de carácter analítico, ya que hay dos variables en estudio, a través de las cuales encontraremos la forma de vincularlas

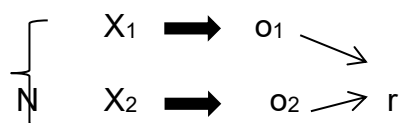
El enfoque de este estudio es consistente con el de la cuantificación, ya que se basa en la medición de las complicaciones relacionadas con el embarazo a término tardío entre la madre y el feto utilizando instrumentos existentes y validados.

3.1.2. Alcance o nivel de la investigación

La encuesta actual corresponde al nivel de interpretación, ya que su propósito es explicar el comportamiento de una variable en términos de otra (s) variable (s).

3.1.3. Diseño de estudio

Diseño relacional, como se muestra a continuación:



Dónde:

N= Gestantes

X₁= Complicaciones materno fetales

X₂= Embarazo a término tardío

O₁= Observación 1

O₂= Observación 2

r= Relación

3.2. Población y muestra

Conformada por todas las gestantes que presentaron embarazo a término tardío, según datos obtenidos la última actualización de datos siendo un total de 72 gestantes atendidas en un periodo de 12 meses durante el año 2019.

Criterios de inclusión. Se incluyeron en el estudio a las gestantes que:

- Tuvieron embarazo a término tardío.
- Fueron atendidas en Gineco Obstetricia.
- Tuvieron complicaciones materno fetales

3.2.1. Criterios de exclusión.

No se consideró a gestantes que:

- No tuvieron complicaciones materno fetales
- No tuvieron embarazo a término tardío
- Gestantes que no han tenido controles.

Criterios de eliminación

- No tienen llenado el cuestionario en un 90%
- No tenían datos completos de sus historias clínicas.

Ubicación de la población en espacio y tiempo

Ubicación espacial: El estudio se llevó a cabo en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el año 2019.

Ubicación en el tiempo: Se realizó de enero a diciembre del 2019.

Muestra y muestreo

3.2.2. Unidad de análisis

Gestantes con embarazo a término tardío.

3.2.3. Unidad de muestreo

La unidad seleccionada fue igual que la unidad de análisis.

3.3.3. Marco muestral

Registro de usuarias de obstetricia.

3.2.4. Tamaño de la muestra

Se trabajó con el 100% de la población que fueron 72 gestantes de enero a diciembre del 2019 con embarazo a término tardío no se aplicara ninguna fórmula.

Tipo de muestreo

La selección de la muestra fue obtenida mediante el muestreo probabilístico por conveniencia, con 72 gestantes.

3.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Métodos

La encuesta sociodemográfica, 2 fichas de análisis documental en la cual se tomaron datos de la historia clínica correspondientes a las complicaciones materno fetales y embarazo a término tardío

La ficha constará de las siguientes secciones:

- Primer ítem: Características generales y obstétricas de la gestante
- Segundo ítem: Complicaciones materno fetales
- Tercer ítem: Embarazo a término tardío.

Validación de los instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos se tomaron de la revisión de diferentes fuentes bibliográficas de estudios de tesis anteriores previamente validados. Para lo cual se procedió de la siguiente manera:

Para la recolección de datos

Autorización: Se realizaron las coordinaciones respectivas con el director del Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.

Aplicación de instrumentos: Se contó con un equipo de encuestadores previamente capacitados, que se dirigieron al Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari a fin de que se pueda proceder al baseado de datos de historias clínicas.

Para la presentación de datos

- **Revisión de los datos.** Se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizó.
- **Codificación de los datos.** Se codifico y puso datos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables del estudio.
- **Procesamiento de los datos.** Se proceso de forma manual y se hizo una base con todos los datos en números.
- **Plan de tabulación de datos.** Se tabularon los datos en cuadros de frecuencia y porcentajes.
- **Presentación de datos.** Se presentaron los datos en tablas académicas con sus respectivos gráficos.

3.3.1. Análisis e interpretación de datos

Análisis descriptivo

Se usó el análisis descriptivo de interés en la posición y dispersión de la medida de los datos, de acuerdo a la necesidad del estudio.

Análisis inferencial

Se realizó un análisis bivariado a través de la prueba no paramétrica de Chi-cuadrado para determinar la relación entre las variables en estudio. En la significancia estadística de las pruebas se consideró el valor $p < 0,05$.

3.4. Aspectos éticos de la investigación

- **Beneficencia:** Se buscó beneficio para las Usuarías, para poder mejorar el nivel de atención a gestantes.
- **No Maleficencia:** No se puso en riesgo la integridad de las participantes el estudio fue de carácter confidencial.
- **Autonomía:** Las participantes podían retirarse en el rato que ellas lo crean conveniente.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Descriptivos

Tabla 1. Edad en años de las pacientes

Edad	n=72	
	F	%
17 a 23 años	30	41,7
24 a 30 años	23	31,9
31 a 37 años	11	15,3
38 a 43 años	8	11,1
Total	72	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

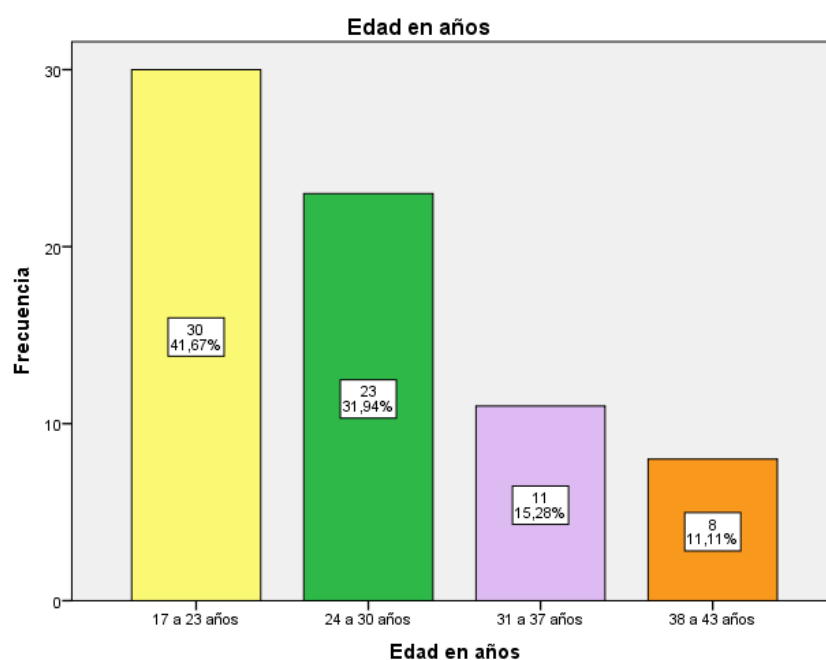


Gráfico 1. Edad en años de las pacientes

Con respecto a la edad se evidencia que el 41,7% (30) tienen la edad de 17 a 23 años, el 31,9% (23) de 24 a 30 años y el 15,3% (11) de 31 a 37 años.

Tabla 2. Zona de procedencia de las pacientes

Procedencia	n=72	
	F	%
Zona urbana	39	54,2
Zona rural	33	45,8
Total	72	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

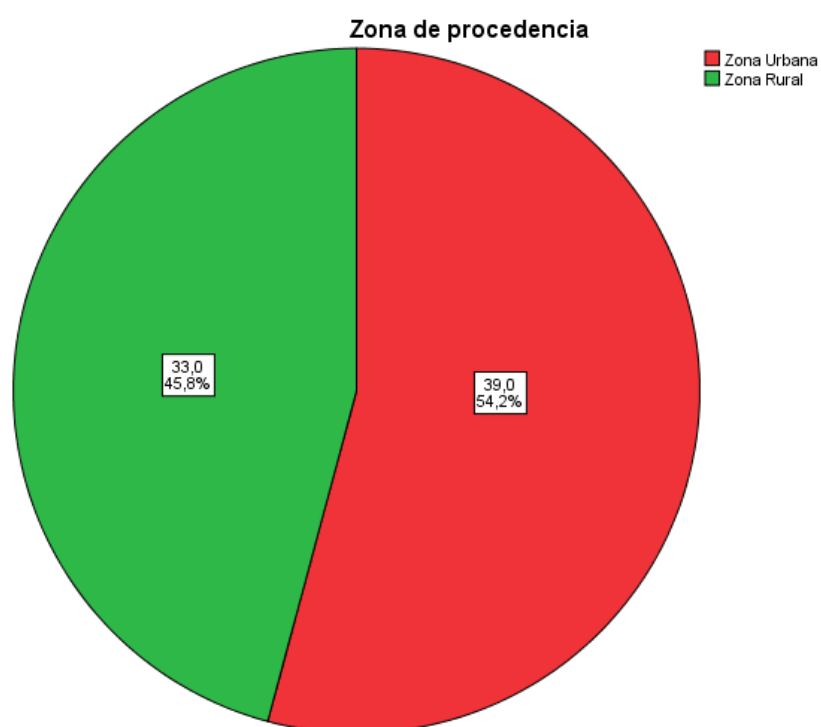


Gráfico 2. Zona de procedencia de las pacientes

Respecto a la zona de procedencia se evidencia que el 54,2% (39) son de zona urbana y el 45,8% (33) zona rural.

Tabla 3. Estado civil de las pacientes

Estado civil	n=72	
	F	%
Soltera	22	30,6
Casada	15	20,8
Conviviente	35	48,6
Total	72	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

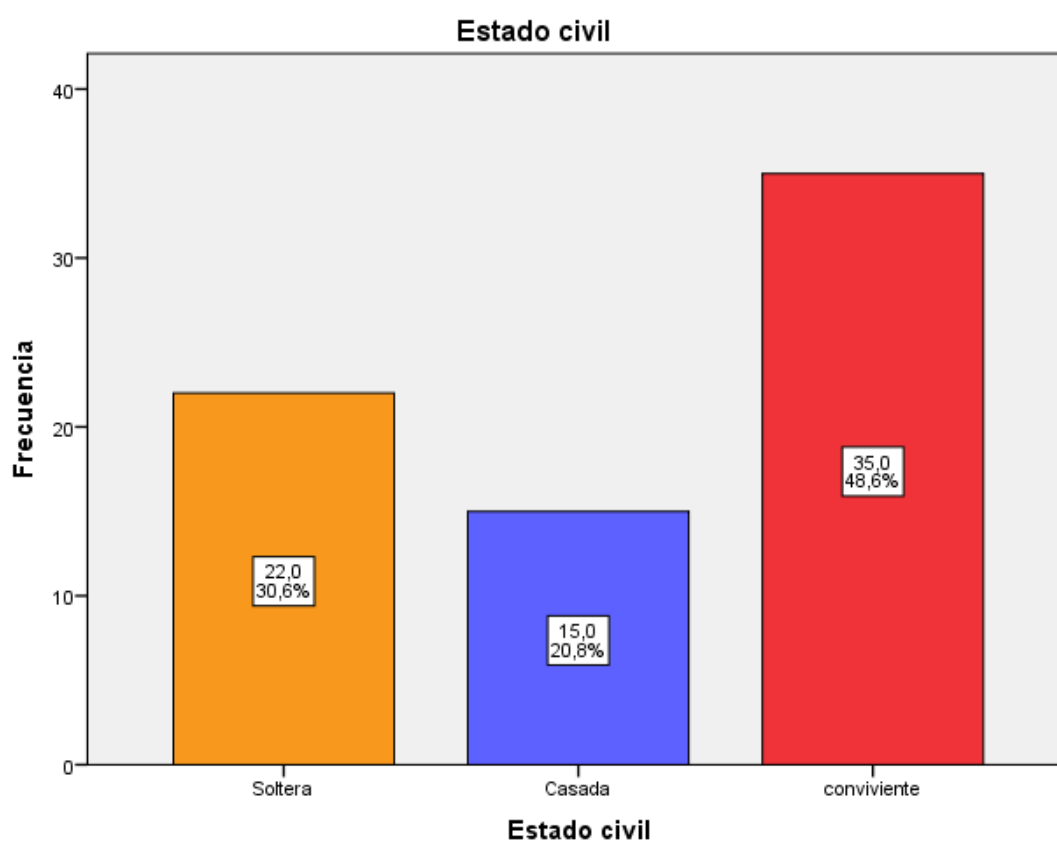


Gráfico 3. Estado civil de las pacientes

Respecto a la zona de procedencia se evidencia que el 48,6% (35) eran convivientes, el 30,6% (22) solteras y el 20,8%(15) casadas

Tabla 4. Numero de parto de las pacientes

Paridad	n=72	
	F	%
Primípara	31	43,1
Múltipara	41	56,9
Total	72	100

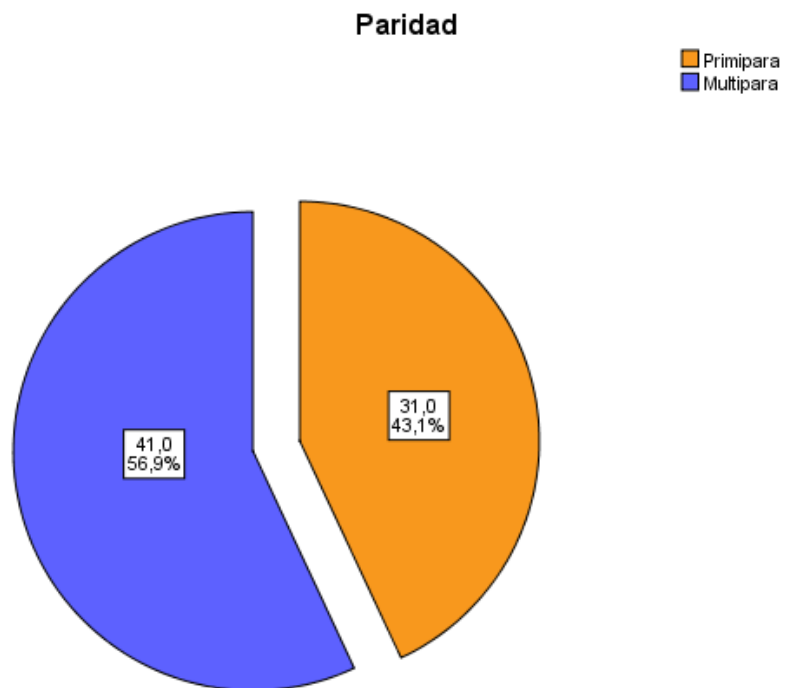


Gráfico 4. Número de partos de las pacientes

Se observa que el 56,9% (41) de las gestantes fueron múltiparas y el 43,1% (31) primíparas.

Tabla 5. Presento insuficiencia útero placentaria

Insuficiencia de útero	n=72	
	F	%
SI	11	15,3
NO	61	84,7
Total	72	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

PRESENTO INSUFICIENCIA UTERO PLACENTARIA

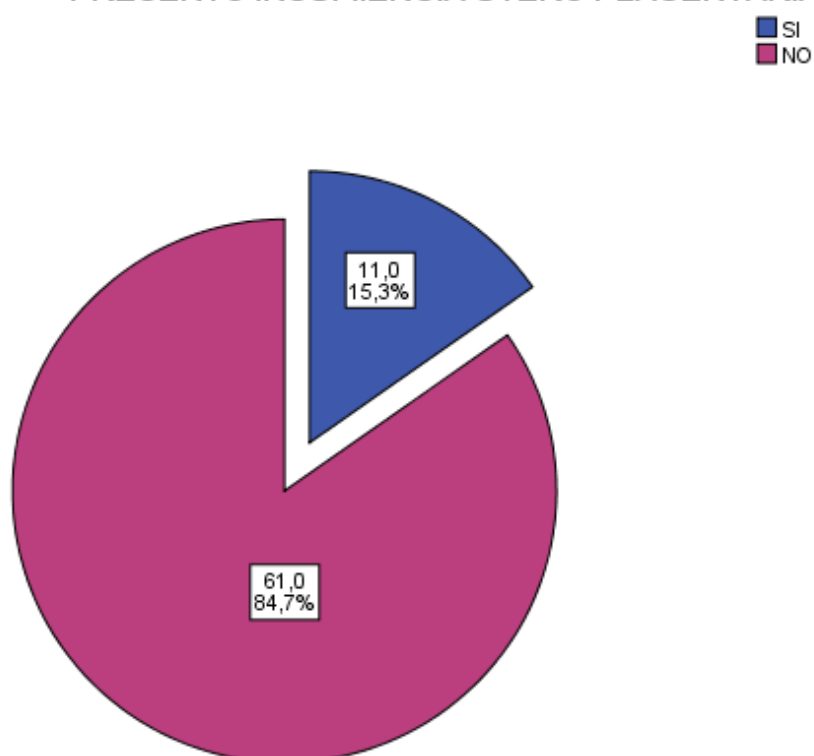


Gráfico 5. Presencia de insuficiencia útero placentaria en las pacientes

Se observa que el 84,7%(61) no presentaron insuficiencia útero placentaria y el 15,3%(11) si presentaron.

Tabla 6. Presento Oligoamnios

Oligoamnios	n=72	
	F	%
SI	5	6,9
NO	67	93,1
Total	72	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos



Gráfico 6. Presencia de Oligoamnios en las pacientes

Se observa que el 93,1% (67) no presentaron Oligoamnios y el 6,9% (5) si presentaron.

Tabla 7. Aspiración meconial en recién nacidos de las pacientes

Aspiración meconial	n=72	
	F	%
SI	16	22,2
NO	56	77,8
Total	72	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

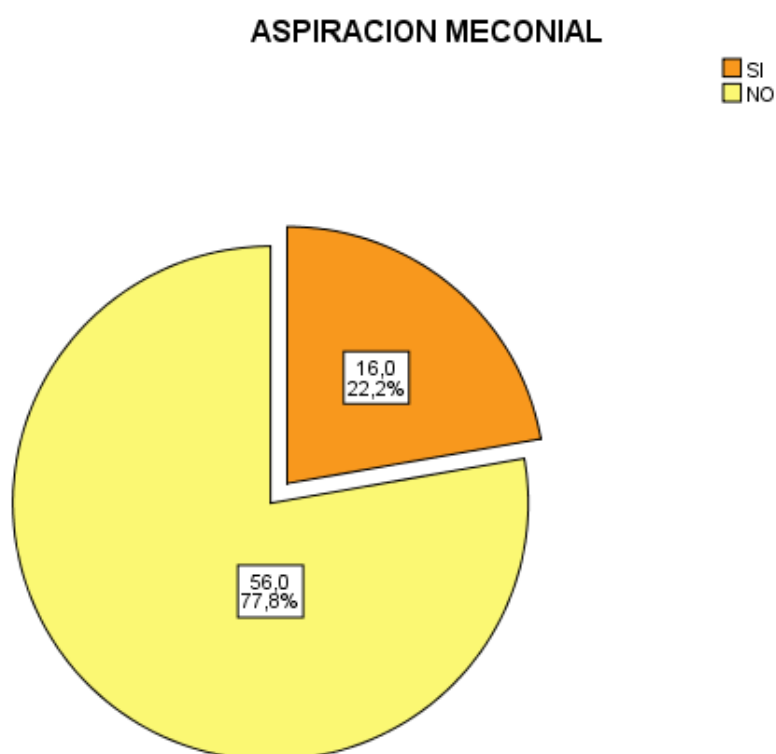


Gráfico 7. Presencia de aspiración meconial en los recién nacidos de las pacientes

Se observa que el 77,8% (65) no presentaron aspiración meconial y el 22,2% (16) si presentaron.

Tabla 8. Macrosomía fetal de las pacientes

Macrosomía fetal	n=72	
	F	%
SI	22	30,6
NO	50	69,4
Total	72	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

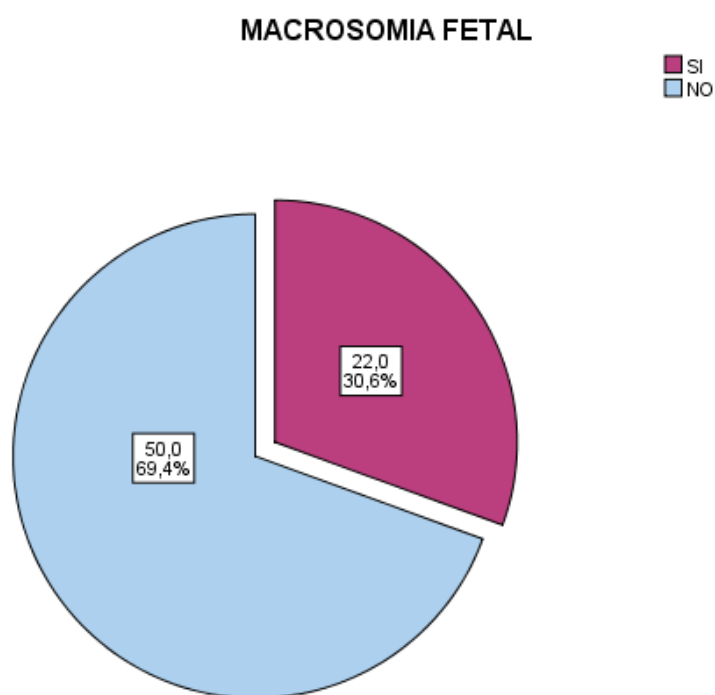


Gráfico 8. Macrosomía fetal en los recién nacidos de las pacientes

Se observa que el 69,4% (50) no presentaron macrosomía fetal y el 30,6% (22) si presentaron.

Tabla 9. Riesgo de pérdida de bienestar fetal

Pérdida bienestar fetal	n=72	
	F	%
SI	4	5,6
NO	68	94,4
Total	72	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos



Gráfico 9. Riesgo de pérdida de bienestar fetal en los recién nacidos de las pacientes

Se observa que el 94,4% (68) no tuvieron pérdida del bienestar fetal y el 5,6% (4) si tuvieron pérdida de bienestar fetal.

Tabla 10. Retención de restos placentarios

Retención restos	de	n=72	
		F	%
SI		4	5,6
NO		68	94,4
Total		72	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

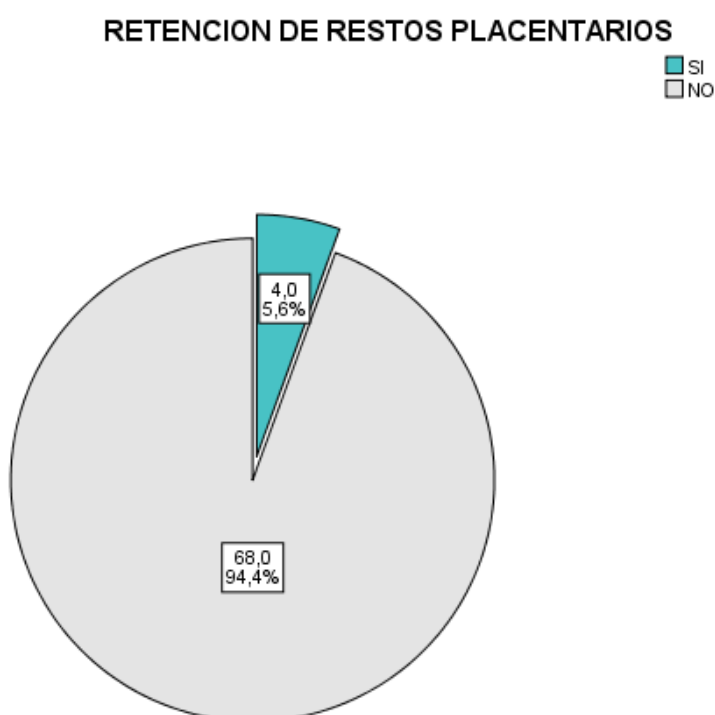


Gráfico 10. Retención de restos placentarios de las pacientes

Se observa que el 94,4% (68) no tuvieron retención de restos placentarios y el 5,6% (4) si tuvieron.

Tabla 11. Embarazo a término tardío

Embarazo a término tardío	n=72	
	F	%
SI	72	100
Total	72	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

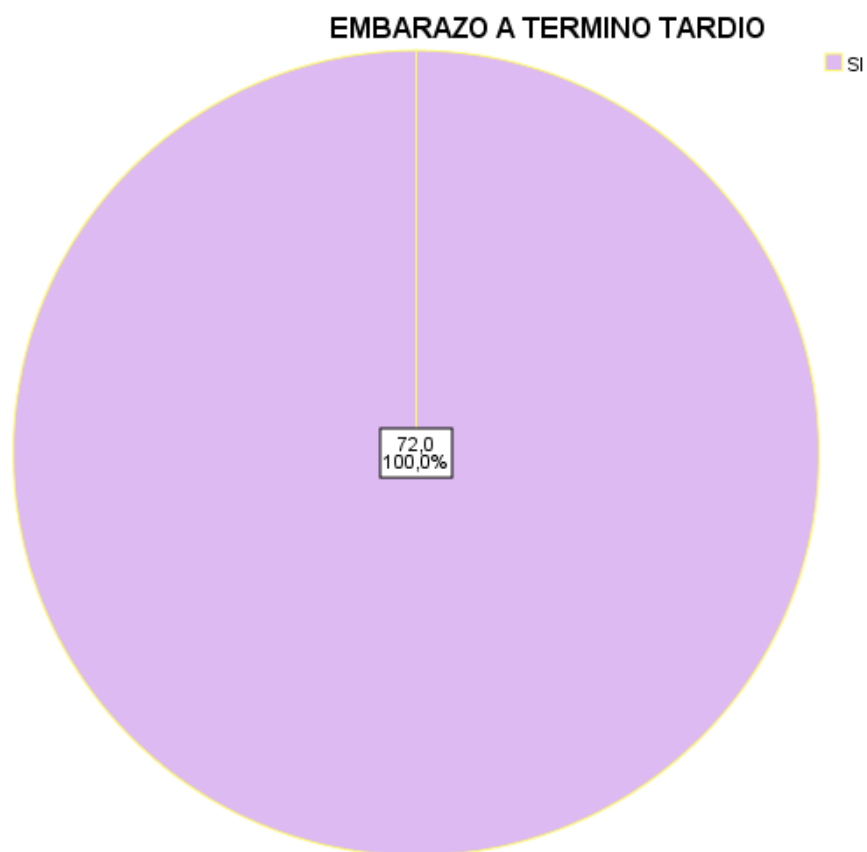


Gráfico 11. Embarazo a término tardío de las pacientes

Se observa que el 100% (72) si tuvieron embarazo a término tardío.

4.2. Resultados inferenciales

Tabla 12. Análisis de la distribución de datos mediante la prueba Chi Cuadrado sobre la insuficiencia útero placentaria y el embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el año 2019.

Relación entre la insuficiencia útero placentaria y el embarazo a término tardío			Embarazo a término tardío	
			Prueba de Chi Cuadrado	
			Valor	Significancia
Presento	insuficiencia	útero	14,423	0,001
placentaria				

Fuente: Instrumento de recolección de datos

De acuerdo a la tabla N° 12 se hace un análisis inferencial para determinar la relación entre la insuficiencia útero placentaria y el embarazo a término tardío. Como se aprecia si existe relación con un p valor 14,423 y un nivel de significancia de 0,001.

Tabla 13. Análisis de la distribución de datos mediante la prueba Chi Cuadrado sobre la presencia de oligoamnios y el embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el año 2019.

Relación entre la presencia de oligoamnios y el embarazo a término tardío	Embarazo a término tardío	
	Prueba de Chi Cuadrado	
	Valor	Significancia
Presento oligoamnios	11,405	0,001

Fuente: Instrumento de recolección de datos

De acuerdo a la tabla N° 13 en cuanto a la relación entre la presencia de oligamios y el embarazo a término tardío. Como se aprecia si existe relación con un p valor 11,405 y un nivel de significancia de 0,001.

Tabla 14. Análisis de la distribución de datos mediante la prueba Chi Cuadrado sobre la aspiración meconial y el embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el año 2019.

Relación entre la aspiración meconial y el embarazo a término tardío	Embarazo a término tardío	
	Prueba de Chi Cuadrado	
	Valor	Significancia
Aspiración meconial	5,414	0,020

Fuente: Instrumento de recolección de datos

De acuerdo a la tabla N° 14 sobre la relación entre la aspiración meconial y el embarazo a término tardío. Como se aprecia que existe relación con un p valor 5,414 y un nivel de significancia de 0,020.

Tabla 15. Análisis de la distribución de datos mediante la prueba Chi Cuadrado sobre la macrosomía fetal y el embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el año 2019.

Relación entre la macrosomía fetal y el embarazo a término tardío	Embarazo a término tardío	
	Prueba de Chi Cuadrado	
	Valor	Significancia
Macrosomía fetal	5,096	0,024

Fuente: Instrumento de recolección de datos

De acuerdo a la tabla N° 15 con respecto a la relación entre la macrosomía fetal y el embarazo a término tardío. Como se aprecia que si existe relación con un p valor 5,096 y un nivel de significancia de 0,024.

Tabla 16. Análisis de la distribución de datos mediante la prueba Chi Cuadrado sobre el riesgo de pérdida del bienestar fetal y el embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el año 2019.

Relación entre el riesgo de pérdida de bienestar fetal y el embarazo a término tardío	Embarazo a término tardío	
	Prueba de Chi Cuadrado	
	Valor	Significancia
Perdida del bienestar fetal	0,045	0,833

Fuente: Instrumento de recolección de datos

De acuerdo a la tabla N° 16 en cuanto a la relación entre el riesgo de pérdida de bienestar fetal y el embarazo a término tardío. Como se aprecia no existe relación con un p valor 0,045 y un nivel de significancia de 0,833.

Tabla 17. Análisis de la distribución de datos mediante la prueba Chi Cuadrado sobre la retención de restos placentarios y el embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari durante el año 2019.

Relación entre la retención de restos placentarios y el embarazo a término tardío	Embarazo a término tardío	
	Prueba de Chi Cuadrado	
	Valor	Significancia
Retención de restos placentarios	2,185	0,139

Fuente: Instrumento de recolección de datos

De acuerdo a la tabla N° 17 sobre la relación entre la retención de restos placentarios y el embarazo a término tardío. Como se aprecia no existe relación con un p valor 2,185 y un nivel de significancia de 0,139.

CAPÍTULO V

5. DISCUSION DE RESULTADOS

5.1. Contrastación de resultados

Salas J. en su estudio llego a las siguientes conclusiones: las gestantes en su mayoría presentaron edad 18 a 29 años 65%, multíparas 54.3%, secundaria 68.6%, ama de casa 85.7%, similares resultados se obtuvieron en el estudio donde se encontró que el grupo etareo de mayor porcentaje es el de 17 a 23 años con el 41,7%; de igual manera se obtuvo datos similares en cuanto de la paridad donde se encontró que el 56,9% eran multíparas.

Baleztena J, González y Balestena A. encontró un resultado similar al que se obtuvo en el presente trabajo donde se encontró que el oligohidramnios se relaciona con el embarazo a término tardío.

Por otro lado, Cifuentes M. en su estudio de propósito de una nueva clasificación del embarazo a término encontró que la asfixia neonatal se asocia al embarazo a término tardío lo cual contradice a lo encontrado en el presente estudio donde se ve que no existe relación entre la perdida de bienestar fetal y el embarazo a término tardío.

Gomez Gonzales L, Salgado Cerna MS. en su estudio encontraron que el 56,4% de las mujeres tenían fecha de la última menstruación no confiable. La edad gestacional promedio al nacer fue de 39 semanas más 3 días, concluyo que la ecografía precoz es útil para predecir la fecha de nacimiento. Lo cual es diferente a los encontrados en el presente estudio donde la mayoría de gestantes tuvieron 41 semanas de gestación.

Los hallazgos obtenidos en el presente estudio son de importancia ya que se evidencia que la insuficiencia útero placentaria, la presencia de oligohidramnios, aspiración meconial y la macrosomía fetal se asocia al embarazo a término tardío lo cual sirve como referencia para futuras

investigaciones y para promover actividades preventivo promocionales dirigidas a la prevención de las posibles complicaciones tanto para las madres como para el bebe.

Los datos obtenidos no se lograron comparar con otros estudios realizados en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari debido a que no se han realizado.

CONCLUSIONES

La insuficiencia útero placentaria se relaciona con el embarazo a término tardío en el estudio se encontró que el 15,3% presento la insuficiencia útero placentaria. Piscoya Mendoza L, en un estudio realizado en Lima encontró que el 4% presento insuficiencia útero placentaria lo cual concuerda a lo encontrado en el presente estudio.

Existe relación entre la presencia de oligoamnios y el embarazo a término tardío, en el estudio se encontró que el 6,9% de la muestra presento oligoamnios lo que coincide con lo encontrado por Solano Soto C en Lima quien encontró que 10,3% de su muestra presento oligoamnios y se asoció a las complicaciones maternas y perinatales de las gestantes con embarazo prolongado.

- El 22,2% de la muestra en estudio presento aspiración meconial y se concluyó que existe relación entre la aspiración meconial y el embarazo a término tardío lo cual contradice a lo encontrado en el estudio de Piscoya Mendoza L quien solo encontró que el 2% de recién nacidos presento aspiración meconial y no guarda relación con el embarazo a término tardío.
- Se encontró que el 30,6% de los recién nacidos presentaron macrosomía fetal demostrando que existe relación entre la macrosomía fetal y el embarazo a término tardío lo que contradice a lo encontrado por Piscoya Mendoza L quien en su estudio encontró que el 86,7% no presento macrosomía fetal y no es una complicación del embarazo prolongado, pero contrariamente a eso Arroyo Calderon J en su estudio encontró que el 16,6% de los recién nacidos presentaron macrosomía fetal el cual se asocia a la condiciones materno fetales y se relaciona a los datos encontrados en el estudio.
- Se encontró que 94,4% no tuvieron perdida de bienestar fetal por lo que se determinó que no existe relación entre la perdida de bienestar fetal y el embarazo a término tardío. Lo cual contradice a lo encontrado por Baleztena J, González y Baleztena A quienes en su estudio realizado en

Cuba encontraron que el 15,2% tuvieron una pérdida de bienestar fetal y se relacionó a las complicaciones asociadas al embarazo prolongado.

- Se halló que el 94,4% no tuvo retención de restos placentarios y no existe relación entre la retención de restos placentarios y el embarazo a término tardío.

RECOMENDACIONES

A LA FACULTAD DE OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD DE HUANUCO

- Es importante promover estudios similares para identificar complicaciones asociadas con el embarazo a término tardío.
- Sensibilizar sobre las complicaciones del embarazo a término tardío
- Sensibilización para la captación temprana de la mujer embarazada para su atención prenatal oportuna.

AL PACIENTE:

- Acudir en forma responsable a sus atenciones prenatales del embarazo
- Mantener actividad física regular aplicando lo aprendido en las sesiones de Psicoprofilaxis.
- Consume una dieta balanceada y saludable rica en alimentos que contengan ácido fólico, hierro proteínas.
- Una mujer embarazada debe someterse a pruebas de diagnóstico, incluida una ecografía en el primer trimestre de gestación, para descartar o detectar cualquier complicación que ella o su bebé puedan tener.

AL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI

- Sensibilizar a la población para que participe en las actividades de captación temprana de gestantes para que inicien su atención prenatal oportuna.
- Enseñar a la gestante familia y comunidad para que puedan reconocer en forma oportuna las señales de peligro del embarazo.
- Enseñar a la gestante Psicoprofilaxis, ejercicios de respiración y relajación para afrontar mejor el parto natural.

- Capacitar continuamente al equipo del área neonatal para que adquiera las habilidades para aplicar la prueba de Capurro para evitar errores, ya que la precisión de los datos resultantes es fundamental.
- El registro de datos en el SIP 2000 y en el sistema de cómputo neonatal debe ser exacto y completo para poder obtener información veraz y oportuna que nos permita realizar estimaciones cercanas a la realidad.
- Los trabajadores de la salud en general deben continuar promoviendo y educando a la población para que acudan a su atención prenatal de manera temprana y oportuna.
- Los especialistas encargados de realizar la ecografía obstétrica deben dar prioridad a las gestantes con factores de riesgo atendiéndolas de manera temprana y oportuna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Tendencias de la mortalidad materna: Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el FNUAP, el Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2014.
2. Sapozoa C, Syck A. Monitoreo Fetal Electronico disponibles en los establecimientos de salud pública de Bangladesh. Bangladesh Med Res Counc Bull. 2009; 35 (2): 53-6.
3. Danzhen Y, Phillip B, Jingxian W, Tessa W. Objetivo del Monitoreo Fetal. Estimaciones elaboradas por el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la estimación de la mortalidad infantil. Informe 2013. Nueva York, NY: El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2013.
4. Smith M, Anwar I, et al. Situación del monitoreo fetal y distocia. Lanceta. 2006; 368 (9544): 1377 - 86.
5. Savaleta C. Situacion de la distocia funicular salud pública de Bangladesh. Bangladesh Med Res Counc Bull. 2009; 35 (2): 53-6.
6. Smith M, Anwar I, et al. Situación del monitoreo fetal y distocia. Lanceta. 2006; 368 (9544): 1377 - 86.
7. Balestena J, Gonzales Y y Balestena A. Comportamiento del embarazo posttermino y su asociación con diferentes factores maternos.
8. Salamena M y Torres S. Estimación de la edad gestacional mediante los métodos Ballard y Capurro comparados con la fecha de última menstruación confiable, en recién nacidos a término y post término, en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2014. Hospital Cuenca. 2017.
9. Cifuentes M. "A Propósito de una nueva clasificación del embarazo a término 2017".
10. Gomez Gonzales L, Salgado Cerna MS, Gonzales VGVV, Arenas OV. "Comparación de la confiabilidad de la ecografía obstétrica del primer

trimestre y la fecha de la última menstruación en la predicción de la fecha de parto vaginal espontáneo en pacientes admitidas en un centro de atención de I nivel en Manizales (Colombia) 2012-2013

11. Arroyo Calderon J. Condiciones materno-fetales asociadas a macrosomía fetal en gestantes sometidas a cesáreas del Hospital de Vitarte de Enero a Julio del 2019. [Tesis pregrado] 2019.Universidad Ricardo Palma-Lima.
12. Piscoya Mendoza L. Factores obstétricos asociados al embarazo post-termino, en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Enero-Junio 2019 [Tesis pregrado] 2019 Universidad Nacional Federico Villareal-Lima
13. Salas J. “Relación de la edad Gestacional por ecografía, FUR y test de CAPURRO. Centro de 23 salud materno infantil Laura Rodríguez Dulanto. Octubre 2016- Marzo2017”
14. Ventura M. “Validez de la evaluación posnatal de la edad gestacional: estudio comparativo del método de Capurro versus ecografía de las 10+0 a 14+2 semanas - Instituto Nacional Materno Perinatal”
15. Ordinola F. “Edad gestacional por ecografía y edad gestacional por test de Capurro en recién nacidos del Hospital las Mercedes de Paita- Piura. 2015”
16. Tito C, “Edad gestacional por ultrasonografía del primer trimestre, en relación con el Test de Capurro en recién nacidos. Hospital de apoyo Jesús nazareno - Ayacucho, 2014”
17. Estrin Livine. “Modelo de conservación de la salud. 2da edición
18. Solano Soto C. Complicaciones maternas perinatales de las pacientes con diagnostico de embarazo prolongado en el Hospital Maria Auxiliadora 2016 [Tesis pregrado] 2016 Universidad Nacional Federico Villareal-Lima
19. Pando Z. “Teoria del talento para el papel materno” 19 (2015) 785–802
20. Pedraza S. “El embarazo”. Aproximación a la Medicina Basada en la Evidencia. FISCAM, 2007

21. Sucken L. "Frecuencia de los resultados neonatales". Pub.cientifica CLAP/SMR N°1562 2008
22. Ginecología y obstetricia. Johns Hopkins.Post término
23. MINSA , CSS..Normas de atención de embarazo de alto riesgo; volumen I y 2 2000
24. Vigil –DeGracia P. Complicaciones en el Embarazo. 2007.
25. IMPAC. manejo de las complicaciones del embarazo y del parto; (2002) (1) :C-1-C91.
26. Cabrillo E, de Santiago J, Magdaleno F, Cortés M. Inversión, puerperal uterina. En: Manual de asistencia al parto y puerperio patológico, 2015
27. Otoyá Barba, Enrique.: Diagnostico del embarazo posttermino. Revista Diagnóstico, vol. 11, N.º 6 pág. 192-197.
28. Saabacha, Rudy E. Embarazo posttermino, pág. 219-223. 2007
29. Smith, Roger P. manejo del embarazo posttermino, pág. 220-226. June 2007.
30. Kalmason D. como manejar el embarazo posttermino. pág. 2-8, Abril 2015.
31. Izaguirre M, Reategui L, Mori H. Gestantes y monitoreo. Lima, Julio 2016
32. M. Fishbein Pruebas embarazo posttermino. Reading, MA: Addison - Wesley ; 2005 34.
33. Stoopen Miguel, Kimura Kenji y Bardis de S. Verónica: Oligohidroamnios. Tribuna Médica, págs. 1-9, Nov. 2015
34. Taylor Stewart, E. Aspiracion meconial, pág. 51, 9.^a edición 2008.
35. Galarza Cotera, Jorge.: aspiración meconial. Revista Diagnóstico. Vol. 2, N.º 4 pág. 15-16, 2012.
36. Pschyrembel, W. etiología de la aspiración meconial, pág. 30-224.

37. Herrera, J. fisiopatología del embarazo posttermino, 33-56, 2014
38. Cárdenas R, Roselló A, Pérez R. Signos y síntomas de la aspiración meconial “Dr. Ernesto Guevara de la Serna” Cuba; 2014.
39. Altamirano R, Coronel A,. diagnostico de la aspiración meconial Enrique C. Sotomayor. Guayaquil; 2016.
40. Hellamn A. tratatimiento de la aspiración meconial, Obstetricia Williams, 23ª. edición, México, 2011.
41. Zabala, R. macrosomia fetal. [Internet] Ginebra OMS; 2007 [Consultado 2020 Ene 12] disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752013000100006
42. Ginecol Obstet Mex;80(1):45-48, 2012
43. Liu Palacios. Macrosomia fetal. Tesis de 24 Especialización. Universidad Nacional de Trujillo, 2016.
44. Garza A. Causas de la macrosomia fetal. Revista Anestesia en México.2004; 16(1):32-39.
45. Cañate, M; Cabero, L. Urgencias en Ginecología y Obstetricia. Aproximación a la Medicina Basada en la Evidencia. FISCAM, 2007.
46. Dargaville PA, Copnell B. The epidemiology of meconium aspiration syndrome: incidence, risk factors, therapies, and outcome. Pediatrics 2006; 117: 1712-21.
47. Cifuentes R obstetricia de alto riesgo.2007
48. Am J Obstet Gynecol. Ruptura prematura de membranas en las 34 a 37 semanas: manejo activo versus conservador; 1998178:126-30
49. ACOG Practice Bulletin. Management of Preterm Labor 2003

50. Bear L. Early Identification of Infants at Risk for Developmental Disabilities. *Ped Clin North Am.* 2004;51(3):685–701.
51. Dildy G. Intrapartum Assessment of the Fetus: Historical and Evidence-Based Practice. *Obstet Gynecol Clin.* 2005;32(2): 255–71.
52. Goldsmith JP. Continuous positive airway pressure and conventional mechanical ventilation in the treatment of meconium aspiration syndrome. *J Perinatol* 2008;28 Suppl3: S49-55.
53. Cunningham F. *obstetricia de Williams*; editorial Panamericana. (21)(22)
54. GUYATT GH, RENNIE D. 2002. *Users' Guides to the Medical Literature. A manual for Evidence-Based Clinical Practice . Evidence-Based Medicine Working Group* AMA Press.
55. GÜLMEZOĞLU AM, FORNA F, VILLAR J, HOFMEYR GJ. 2002. Prostandins for prevention of postpartum haemorrhage (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1.* Oxford: Update Software Ltd
56. Bolaños A. R., Bonfante R. E., Montes de Oca D.: Ruptura uterina en el Instituto Nacional de Perinatología. *Ginec. Obstet. Méx.* 2016; 65:492-494
57. Bobadilla R. F, Karchmer K. S.: Magnitud y causas de mortalidad materna en el Distrito Federal. *Ginec. Obstet. Méx.* 2016; 132 (1). 5-16. Discusión 17-8.
58. Bolaños A. R., Bonfante R. E., Montes de Oca D.: Ruptura uterina en el Instituto Nacional de Perinatología. *Ginec. Obstet. Méx.* 2007; 65:492-494.
59. Arias F: *Guía Práctica para el Embarazo y el Parto de Alto Riesgo.* 2015; Editorial Mosby/Dovma.
60. Bonfante R. E., Ahued A. R., Quesnel G.C.: Choque en Obstetricia. *Experiencia Institucional.* *Ginec. Obstet. Méx.* 1997: 65:137-140-

61. Combs CA.. et. al.: Factors associated with hemorrhage in cesarean deliveries. Obstet. Gynecol. 1991: 77:77-82.
62. Instituto Mexicano del Seguro Social. Atención Prenatal en Medicina Familiar. Guía diagnóstico-terapéutica. Rev. Med. IMSS (Méx.). 2008; 36(1):47-60
63. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas. Manual de procedimientos para la vigilancia materno infantil. México; 2015.
64. Izaguirre M, Reategui L, Mori H. Rotura uterina. Lima, Julio 2016
65. Sola A. Trabajo de parto, nacimiento prematuro y el recién nacido de “casi término”. En: Sola A. Cuidados Neonatales .Descubriendo la vida de un recién nacido enfermo. Buenos Aires: Edimed; 2016. P.37-42
66. Jobe A. Surfactant: The Basis for Clinical Treatment Strategies. En: Bancalari E. The Newborn Lung volume in the Neonatology: Questions and Controversies.UEA. Saunder. Elseiver; 2017. p. 73-98
67. . Bancalari M A. Descubriendo las necesidades del recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria (enfermedad por déficit de surfactante). En: Sola A. Cuidados Neonatales .Descubriendo la vida de un recién nacido enfermo. Buenos Aires: Edimed; 2017.p. 961 – 77
68. Sürmeli-Onay O, Korkmaz A, Yiğit S, Yurdakök M. Surfactant therapy in late preterm infants: respiratory distress syndrome and beyond. Turk J Pediatr. [Internet].2017 [citado 2020 feb 02];54 (3): [aprox.7 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23094533>
69. Baquero H, Sola A. Patologías con hipoflujo pulmonar. En: Sola A. Cuidados Neonatales. Descubriendo la vida de un recién nacido enfermo. Buenos Aires: Edimed; 2017.p. 978 – 90

ANEXOS

ANEXO 01

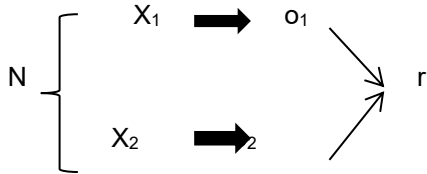
MATRIZ DE CONSISTENCIA

“COMPLICACIONES MATERNO FETALES ASOCIADAS A EMBARAZO A TERMINO TARDIO EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI”

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES														
Problema general: ¿Cuáles son las complicaciones materno fetales asociadas a embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari? Problemas específicos: ¿Los oligohidroamnios son complicaciones maternas fetales asociadas a embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari ? ¿La aspiración de liquido meconial en el feto es una complicación materno fetales asociadas a embarazo a término tardío en el Hospital	Objetivo general: Determinar cuáles son las complicaciones materno fetales asociadas a embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Objetivos específicos: 4.Determinar si el oligoamnios es una complicacion materno fetal asociada a embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. 5.Establecer si la aspiración de liquido meconial en el feto es una complicación	Hipótesis general: Ha: Si existe relación entre las complicaciones materno fetales y el embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Ho: No existe relación entre las complicaciones maternas fetales y el embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Hipótesis específicas: 9.Ha₁: Existe relación entre las complicaciones materno fetales oligoamnios y el embarazo a término tardío en el Hospital	<table><tr><th>VI</th><th>DIMENSIONES</th><th>INDICADORES</th></tr><tr><td>Complicaciones materno fetales</td><td>Oligoamnios Liquido meconial Macrosomia fetal Riesgo de perdida de bienestar fetal de resto placentarios</td><td>Si presento No presento</td></tr><tr><th>VD</th><th>DIMENSIONES</th><th>INDICADORES</th></tr><tr><td>Embarazo a término tardío</td><td>Gestante presenta embarazo a termino tardio</td><td>Si presento No presento</td></tr></table>			VI	DIMENSIONES	INDICADORES	Complicaciones materno fetales	Oligoamnios Liquido meconial Macrosomia fetal Riesgo de perdida de bienestar fetal de resto placentarios	Si presento No presento	VD	DIMENSIONES	INDICADORES	Embarazo a término tardío	Gestante presenta embarazo a termino tardio	Si presento No presento
VI	DIMENSIONES	INDICADORES															
Complicaciones materno fetales	Oligoamnios Liquido meconial Macrosomia fetal Riesgo de perdida de bienestar fetal de resto placentarios	Si presento No presento															
VD	DIMENSIONES	INDICADORES															
Embarazo a término tardío	Gestante presenta embarazo a termino tardio	Si presento No presento															

Materno Infantil Carlos Showing Ferrari ? ¿La macrosomia fetal es una complicación materno fetales asociadas a embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari? ¿El riesgo de perdida de bienestar fetal es una complicación materno fetales asociadas a embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari? ¿La retención de restos placentarios es una complicación materno fetales asociadas a embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari?	materno fetales asociadas a embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. 6.Comprobar si la macrosomia fetal es una complicación materno fetales asociadas a embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.	Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. 10. Ho₁: No existe relación entre las complicaciones materno fetales oligoamnios y el embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari • Ha₂: Existe relación entre las complicaciones materno fetales aspiración del liquido meconial y el embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari • Ho₂: No existe relación entre las complicaciones materno fetales aspiración del liquido meconial y el embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari 11. Ha₃: Si existe relación entre las complicaciones materno fetales macrosomia fetal y el embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. 12. Ha₃: No existe relación entre las complicaciones materno fetales macrosomia fetal y el embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. 13. Ha₄: Si existe relación entre las complicación materno fetales riesgo de pérdida de bienestar fetal y el embarazo a término tardío en el Hospital	
--	--	---	--

	7.Comprobar si el riesgo de perdida de bienestar fetal es una complicación materno fetales asociadas a embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. 8.Describir si la retención de restos placentarios es una complicación materno fetales asociadas a embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari.	Materno Infantil Carlos Showing Ferrari 14. Ho₄: No existe relación entre las complicación materno fetales riesgo de pérdida de bienestar fetal y el embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari 15. Ha₅: Si existe relación entre las complicación materno fetales retención de restos placentarios y el embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari 16. Ho₅: No existe relación entre las complicación materno fetales retención de restos placentarios y el embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari	
--	---	---	--

DISEÑO	POBLACION Y MUESTRA	TÉCNICAS
Tipo de estudio: Según el análisis, la intervención y el alcance de los resultados y estudio será de tipo analítico relacional, se estudiara las variables de acuerdo a las características específicas de la población en estudio y a la magnitud del problema, que permitirá determinar la relación existente entre las variables consideradas dentro de la presente investigación De acuerdo a la planificación de la toma de datos, el estudio será de tipo prospectivo, porque se registrara la información en el momento que ocurran los hechos. Por el número de ocasiones en que se mide la variable; el tipo de estudio será de tipo transversal porque se estudiaran las variables en un solo momento. Y por el número de variables del estudio, la presente investigación será de tipo analítico, puesto que se tienen tres variables en estudio, del cual se buscara correlacionarlos El enfoque de esta investigación, corresponderá al cuantitativo, puesto que se fundamentara en la medición de los factores que influyen en la satisfacción en base a instrumentos previamente existentes y validados. Diseño de estudio: El diseño de investigación será epidemiológico analítico, como se muestra a continuación: 	Población: La población estará constituida por todas las gestantes con embarazo a término tardío, según datos obtenidos la última actualización de datos son un total de 72 gestantes. Tamaño de la muestra. Se trabajara con el 100% de la población que son 72 gestantes con complicaciones materno fetales asociadas a embarazo a término tardío, no se aplicara ninguna fórmula.	Para la recolección de datos: El método que se usara en el presente estudio será la encuesta sociodemográfica, 2 fichas de análisis documental en la cual se tomara datos de las historia clínica correspondientes al complicaciones materno fetales y embarazo a término tardío La ficha constará de las siguientes secciones: • Primer ítem: Características generales y obstétricas de la gestante • Segundo ítem: Complicaciones materno fetales • Tercer ítem: Embarazo a término tardío Análisis de datos Análisis descriptivo. Se usara un análisis descriptivo de interés en la posición y dispersión de la medida de los datos, de acuerdo a la necesidad del estudio; determinando medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y de proporciones para las variables categóricas. Para tal efecto se determinara para las medidas de tendencia central, la media, moda y mediana; y para las medidas de dispersión la varianza. Análisis inferencial. Para demostrar la relación de las dimensiones del presente estudio, se realizara un análisis bivariado a través de la prueba no paramétrica de Chi-cuadrado para determinar la relación entre las variables en estudio. En la significancia estadística de las pruebas se considerara el valor $p < 0,05$

Dónde: N= Gestantes X₁= Complicaciones materno fetales X₂= Embarazo a termino tardio O₁= Observación 1 O₂= Observación 2 r= Relación		Y para el procesamiento de los datos se utilizara el paquete estadístico SPSS versión 22.0 para Windows.
---	--	--

Código:

Fecha: ----/----/----

ANEXO 2
FICHA DE ANALISIS DOCUMENTAL DE LAS CARÁCTERISTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS USUARIAS

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN. “Complicaciones materno fetales asociadas a embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari”

1. ¿Edad?

2. Zona de procedencia

Zona Urbana	()
Zona Rural	()

Datos Obstetricos

3. ¿Edad gestacional?

a) 41 semanas

4. ¿Paridad?

- Primípara
- Multípara

Código:

Fecha:../../...

ANEXO 03

FICHA DE ANALISIS DOCUMENTAL DE COMPLICACIONES MATERNO

FETALES

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Complicaciones materno fetales asociadas a embarazo a término tardío en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari”

I. COMPLICACIONES MATERNO FETALES

1.1. Presento insuficiencia útero placentaria

- a) Si
- b) No

1.2. Presenta oligohidramnios

- a) Si presento
- b) No presento

1.3. Aspiración de líquido meconial

- a) Si presento
- b) No presento

1.4. Macrosomía fetal

- a) Si presento
- b) No presento

1.5. Riesgo de pérdida de bienestar fetal

- a) Si presento
- b) No presento

1.6. Retención de restos placentarios

- a) Si presento
- b) No presento

VARIABLE DE ESTUDIO	INDICADORES	VALORES HALLADOS
Embarazo a término tardío	Si Presenta No presenta	