

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DEL TERCER
TRIMESTRE DE EMBARAZO EN EL HOSPITAL DE
VITARTE ENERO-MARZO 2017**

TESIS

**PRESENTADA POR BACHILLER
PAMELA SOLANGE FANNY ROJAS ACEVEDO
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA – PERÚ

2018

ASESOR
DR. JUAN CARRASCO PÉRRIGO

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios que ha guiado este largo camino y mi querida familia por su confianza, apoyo incondicional en toda mi etapa académica, permitiéndome ahora culminar la carrera que tanto quiero, por su paciencia y empeño brindado para la elaboración del presente trabajo de investigación.

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mis padres que siempre estuvieron a mi lado, apoyándome con su esfuerzo día a día para darme todo lo que necesitaba y permitirme estudiar una carrera larga y costosa, para ellos que sienten como suyo mis logros, y me da la fuerza para seguir adelante.

RESUMEN

Complicaciones obstétricas del tercer trimestre de embarazo en el Hospital de Vitarte, Enero-Marzo 2017.

OBJETIVO

Determinar las complicaciones obstétricas del tercer trimestre del embarazo en el Hospital de Vitarte en el periodo enero-marzo del 2017.

METODOLOGÍA

Es un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal no experimental. Se utilizó una ficha de recolección de datos, sobre una muestra formada por 81 historias clínicas que presentaron alguna complicación durante el tercer trimestre de gestación.

RESULTADOS

Las gestantes tenían en su mayoría una edad entre 20 y 34 años (56,8%); se encontraban entre las 36 y 42 semanas de gestación (71,6%); eran segundigestas (59,3%); y tenían seis o más controles prenatales (63,0%). Las complicaciones más frecuentes fueron el parto pretérmino (30,9%), las infecciones del tracto urinario (29,6%), la ruptura prematura de membranas (19,8%) y la placenta previa (7,5%).

CONCLUSIONES

El parto pretérmino es la complicación del tercer trimestre más frecuente en las gestantes que se atienden en el Hospital de Vitarte.

PALABRAS CLAVE

Complicaciones obstétricas, parto pretérmino, infección del tracto urinario, ruptura prematura de membranas, placenta previa.

ABSTRACT

Obstetric complications of the third trimester of pregnancy in the Vitarte Hospital, January-March 2017.

OBJECTIVE

To determine the obstetric complications of the third trimester of pregnancy in the Hospital de Vitarte in the period January-March 2017.

METHODOLOGY

It is a descriptive, retrospective study of a non-experimental cross section. A data collection form was used, on a sample formed by 81 clinical records that presented some complication during the third trimester of pregnancy.

RESULTS

The pregnant women were mostly between 20 and 34 years old (56.8%); they were between 36 and 42 weeks of gestation (71.6%); they were segundigestas (59.3%); and had six or more prenatal controls (63.0%). The most frequent complications were preterm delivery (30.9%), urinary tract infections (29.6%), premature rupture of membranes (19.8%) and placenta previa (7.5%),

CONCLUSIONS

Preterm birth is the complication of the third trimester more frequent in pregnant women who are treated at the Hospital de Vitarte.

KEY WORDS

Obstetric complications, preterm delivery, urinary tract infection, premature rupture of membranes, previous placenta.

PRESENTACIÓN

El embarazo es parte del ciclo de vida de una mujer, representa una experiencia vital y en cierta medida su realización plena como tal, se la divide en tres etapas, de unas 12 a 13 semanas cada una. Se las denomina “trimestres” dado que cada una de ellas abarca cerca de 3 meses.

La evolución favorable del embarazo requiere de una adaptación del organismo materno, las modificaciones fisiológicas que de una u otra forma pueden contribuir a que se presenten ciertas complicaciones, las cuales se quiere conocer. En la actualidad, la concepción se debe considerar de alta prioridad en las actividades destinadas al cuidado de la salud materna, tanto por su importancia para el bienestar general del núcleo familiar como por su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad en este grupo de población en edad reproductiva¹.

En el capítulo I se plantea el problema en relación a las complicaciones maternas observadas en una muestra de gestantes atendidas en el Hospital de Vitarte. La revisión de estudios anteriores de complicaciones maternas y describe las variables a través de un marco teórico detallado se detalla en el capítulo II. Encontramos en el capítulo III la presentación del tipo de estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal; que se aplicó sobre una muestra de 81 gestantes pertenecientes al Hospital de Vitarte, durante el periodo enero-marzo del año 2017. Se utilizó como instrumento de recolección de datos una ficha, se procesó y analizó los datos mediante el programa spss 23.0. Se detalla en el capítulo IV los resultados de la investigación en tablas y gráficos; y las comparaciones con otros estudios. Se llega a una conclusión en el capítulo V de nuestra investigación y muestra las recomendaciones.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	I
ASESOR.....	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
PRESENTACIÓN.....	VII
LISTA DE TABLAS	X
LISTA DE GRÁFICOS	XI
LISTA DE ANEXOS	XII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	3
1.4. OBJETIVOS.....	4
1.4.1. GENERAL.....	4
1.4.2. ESPECÍFICOS	4
1.5. PROPÓSITO	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	6
2.2. BASES TEÓRICAS	15
2.3. HIPÓTESIS.....	30
2.4. VARIABLES.....	30

2.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	31
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	33
3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	33
3.2. ÁREA DE ESTUDIO	33
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	34
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	35
3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	35
3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	35
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	36
4.1. RESULTADOS	36
4.2. DISCUSIÓN.....	42
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	45
5.1. CONCLUSIONES	45
5.2. RECOMENDACIONES.....	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
ANEXOS.....	53

LISTA DE TABLAS

TABLA N° 1: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA DE GESTANTES DEL HOSPITAL DE VITARTE, ENERO-MARZO DEL 2017. 36

TABLA N° 2: FRECUENCIA DEL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO DEL HOSPITAL DE VITARTE, ENERO - MARZO DEL 2017. 38

TABLA N° 3: FRECUENCIA DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO DEL HOSPITAL DE VITARTE, ENERO - MARZO DEL 2017. 39

TABLA N° 4: FRECUENCIA DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO DEL HOSPITAL DE VITARTE, ENERO - MARZO DEL 2017. 40

TABLA N° 5: FRECUENCIA DE LA PLACENTA PREVIA EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO DEL HOSPITAL DE VITARTE, ENERO - MARZO DEL 2017. 41

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1: FRECUENCIA DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DEL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN EL HOSPITAL DE VITARTE, ENERO- MARZO 2017 37

GRÁFICO N° 2: FRECUENCIA DEL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO DEL HOSPITAL DE VITARTE, ENERO - MARZO DEL 2017. 38

GRÁFICO N° 3: FRECUENCIA DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO DEL HOSPITAL DE VITARTE, ENERO - MARZO DEL 2017..... 39

GRÁFICO N° 4: FRECUENCIA DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO DEL HOSPITAL DE VITARTE, ENERO - MARZO DEL 2017. 40

GRÁFICO N° 5: FRECUENCIA DE LA PLACENTA PREVIA EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO DEL HOSPITAL DE VITARTE, ENERO - MARZO DEL 2017. 41

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	54
ANEXO N° 2 : INSTRUMENTOS.....	56
ANEXO N° 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS - CONSULTA DE EXPERTOS	57
ANEXO N° 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA	63

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Hospital de Vitarte tiene una gran demanda de pacientes gestantes que acuden a consulta prenatal. Si bien este grupo poblacional presenta cambios fisiológicos propios de esta etapa, el profesional de salud debe estar preparado para diferenciar estos cambios naturales de aquellas alteraciones patológicas que pueden presentarse en la gestación o agravarse con ella, antes de que tengan un efecto negativo sobre la madre, el feto o ambos. Este grupo de alteraciones o cuadros son agrupados con el nombre de complicaciones del embarazo, y representan un tema de mucho interés en el campo de la medicina gineco-obstétrica. Para una mejor valoración y estudio de estas alteraciones, tienden a agruparse según el trimestre de gestación en que se producen, siendo las del tercer trimestre las que representan un mayor reto para los médicos y especialistas, por tratarse de embarazos en los que la expectativa de la madre por la salud de su hijo son mucho mayores.

Según datos recientes, la prevalencia actual de complicaciones obstétricas durante el tercer trimestre de gestación se ha elevado. La placenta previa no es tan frecuente y se presenta aproximadamente en 1 de cada 200 gestaciones, representando la quinta parte de todas las hemorragias del tercer trimestre y es la tercera causa de transfusión producida durante la gestación, parto y puerperio; así como el segundo responsable de histerectomía obstétrica ¹.

En el caso de la Rotura prematura de membranas, sus valores son muy variables observándose con una frecuencia de 2 a 4% del total de gestaciones, aunque en algunos países desarrollados las cifras se duplican.

Las complicaciones de la RPM se puede observar en el 1% a 4% de los casos ².

Alrededor del 85 de embarazos se complican con parto pretérmino, pero sólo este número es el responsable del “70% de morbi-mortalidad neonatal y 50% de las alteraciones neurológicas”. El 80% de recién nacidos prematuro, se ocasionan por partos prematuros espontáneos o por rotura prematura de membranas ³.

Las infecciones del tracto urinario (ITU) se presentan alguna vez en el 40% de las mujeres, y alrededor del 2-7% de gestantes presenta ITU en algún momento del embarazo, aumentando su frecuencia entre las gestantes con varios hijos, las que tienen nivel socioeconómico bajo y las de avanzada edad ⁴.

Considerando lo expuesto y lo importante que es para el profesional de salud conocer las características epidemiológicas de este grupo de complicaciones obstétricas para así mejorar los resultados en el proceso de atención de parto y puerperio tanto en la madre como en su hijo, el presente trabajo tiene la importancia de determinar la frecuencia de complicaciones que cursan el tercer trimestre de embarazo en el Hospital de Vitarte.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas en el tercer trimestre del embarazo en el Hospital de Vitarte en el periodo Enero-Marzo 2017?

Los problemas específicos son:

- ¿Cuál es la frecuencia del parto pretérmino en el tercer trimestre de embarazo en pacientes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital de Vitarte, Enero-Marzo 2017?
- ¿Cuál es la frecuencia de la infección del tracto urinario en el tercer trimestre de embarazo en pacientes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital de Vitarte, Enero-Marzo 2017?
- ¿Cuál es la frecuencia de la ruptura prematura de membranas en el tercer trimestre de embarazo en pacientes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital de Vitarte, Enero-Marzo 2017?
- ¿Cuál es la frecuencia de la placenta previa en el tercer trimestre de embarazo en pacientes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital de Vitarte, Enero-Marzo 2017?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El siguiente trabajo tiene una justificación práctica puesto que no encontramos registros de complicaciones del tercer trimestre de embarazo en pacientes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital de Vitarte. Esta información sería de gran importancia para la realización de futuras investigaciones sobre este tema, así como para el establecimiento de

estrategias apropiadas que aborden la problemática de la salud materno-perinatal.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. GENERAL

Determinar las complicaciones obstétricas en el tercer trimestre de embarazo en el Hospital de Vitarte, en el periodo Enero-Marzo 2017.

1.4.2. ESPECÍFICOS

- Identificar la frecuencia del parto pretérmino en pacientes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital de Vitarte, Enero-Marzo 2017.
- Determinar la frecuencia de la infección del tracto urinario en pacientes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital de Vitarte, Enero-Marzo 2017.
- Identificar la frecuencia de la ruptura prematura de membranas en pacientes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital de Vitarte, Enero-Marzo 2017.
- Determinar la frecuencia de la placenta previa en el tercer trimestre de embarazo en pacientes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital de Vitarte, Enero-Marzo 2017.

1.5. PROPÓSITO

Determinar la información y conocer la situación actual de las complicaciones obstétricas más frecuentes en el tercer trimestre de embarazo, ante la escasa cantidad de estudios realizados en el país. Las complicaciones del embarazo son los problemas de salud que se producen durante el embarazo. Pueden afectar la salud de la madre, del bebé o de ambos. Dichas patologías podrían dar lugar a ciertas complicaciones en el desarrollo del embarazo y al término de este. Es importante un buen control prenatal para poder diagnosticar a tiempo y brindar un tratamiento oportuno, previniendo de esta manera complicaciones y efectos negativos que aumentan la morbi-mortalidad materna fetal.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

ANTECEDENTES NACIONALES

“Uría, Ronald. Complicaciones clínico ginecológicas más frecuentes en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría 11-2 Tumbes, enero a noviembre 2014 (Tesis). Universidad Nacional de Piura, Piura”⁵.

Resumen: El objetivo del estudio fue determinar cuáles eran las complicaciones clínico ginecológicas más frecuentes en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría 11-2 Tumbes, durante el periodo enero a noviembre 2014. El estudio fue de tipo retrospectivo, transversal, descriptivo, y se realizó sobre una muestra de 129 gestantes adolescentes con complicaciones obstétricas. Los resultados muestran que el 22,9% de gestantes tuvo infección del tracto urinario, el 11,7% presentó amenaza de parto pretérmino, y el 7% tuvo ruptura prematura de membranas. Se concluye que las gestantes adolescentes presentan una alta frecuencia de complicaciones obstétricas, especialmente las infecciones del tracto urinario⁵.

“Gamarra, Rocío. Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes con obesidad pregestacional atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el primer semestre del 2014 (Tesis). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. 2015”⁶.

Resumen: El objetivo fue determinar las complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes con obesidad pregestacional. El estudio fue de

tipo descriptivo transversal, y presentó una muestra de 53 gestantes con obesidad pre gestacional atendidas durante el primer semestre del año 2014. Los resultados muestran que la mayoría de gestantes tenía una edad entre 19 y 29 años (60.4%), eran convivientes (69.8%), con secundaria completa (47.2%), y presentaba obesidad pregestacional tipo I en un 71,7%. Entre las complicaciones obstétricas más frecuentes destacan el parto pretérmino (15.1%), la ruptura prematura de membranas (11.3%), ambos situados por debajo de otras complicaciones como la anemia y los trastornos hipertensivos del embarazo. Se concluye que la frecuencia de complicaciones obstétricas en las gestantes con obesidad es similar a las obtenidas en gestantes con índice de masa corporal normal ⁶.

“Acho-Mego S, Pichilingüe J, Díaz J, Paredes J. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo, en un hospital nacional de Lima. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, [S.l.], v. 57, n. 4, p. 243-247, abr. 2015” ⁷.

Resumen: El estudio tuvo como objetivo determinar la frecuencia de hemorragias de la segunda mitad del embarazo de la gestación a través de un estudio descriptivo realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú. Para ello se revisaron 161 historias clínicas del Sistema Informático Perinatal del Departamento de Ginecología y Obstetricia, de gestantes con hemorragia de la segunda mitad del embarazo, entre los años 2008-2009. La muestra de gestantes con hemorragias en el segundo trimestre representó el 1,68% de las atenciones obstétricas en el hospital. Las complicaciones más frecuentes responsables de estas hemorragias fueron el desprendimiento prematuro de placenta con 62,7% (n= 101) y la placenta previa con 34,8% (n=56). Del total de casos, sólo el 7,5% (n=12) tenía un control prenatal adecuado, igual o mayor de 6 controles; y el 77,6% (n=125) tenía entre 36 y 40 semanas. Se concluye que las complicaciones obstétricas relacionadas con la hemorragia son más frecuentes en las

últimas semanas de gestación y entre las gestantes con control prenatal inadecuado ⁷.

“Ramírez, Sly. Resultados perinatales y obstétricos en gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 (Tesis). Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos” ⁸.

Resumen: El estudio tuvo como objetivo describir los datos obstétricos y perinatales de las gestantes mayores de 35 años, a través de una investigación de tipo descriptivo y transversal. La muestra fue de tipo censal, y estuvo constituida por las 282 gestantes mayores de 35 años de edad hospitalizadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia, del Hospital Regional de Loreto durante el año 2014, seleccionadas mediante los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados muestran que el 81.9% de gestantes tenía una edad entre 36 a 40 años, el 78.4% fueron convivientes; el 53.5% poseía sólo educación secundaria, el 89% eran amas de casa, el 85% fueron multigestas, y el 43.6% presentó un control prenatal inadecuado, con menos de 6 controles. Entre las complicaciones obstétricas, la más frecuente fue el ITU con 48.9%, el parto prematuro con 18,4% y la rotura prematura de membranas con 12.4%. Se concluye que las gestantes añosas, con 35 años o más, presenta una frecuencia elevada de complicaciones obstétricas ⁸.

“Parodi, Jordan. Complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en gestantes con anemia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, año 2015 (Tesis). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. 2016” ⁹.

Resumen: El estudio tuvo como objetivo identificar las complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en las gestantes con anemia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2015, mediante un estudio de tipo descriptivo, con corte transversal y

retrospectivo. La muestra estuvo formada por 259 gestantes con anemia durante el trabajo de parto que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados muestran un predominio de gestantes con anemia leve (80.7%), y entre las complicaciones maternas más frecuentes se encontraba la ruptura prematura de membranas (20.5%), superando a los trastornos hipertensivos. La infección de vías urinarias se observó durante el puerperio con una frecuencia de 3.9%. Se concluye que la anemia predispone a las gestantes a presentar un mayor número de complicaciones⁹.

“Hurtado, Christian. Complicaciones obstetricas y perinatales en gestantes añosas y adolescentes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García Enero a Diciembre 2013 (Tesis); Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos. 2014”¹⁰.

Resumen: El objetivo del estudio fue determinar la relación de las complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes añosas y adolescentes, a través de un estudio descriptivo transversal comparativo. La población estuvo formada por 429 gestantes añosas y 980 gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García, entre Enero a Diciembre del 2013, de las cuales se extrajo mediante muestreo aleatorio simple una muestra de 203 gestantes añosas y 276 gestantes adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados muestran que el 76.8% de las gestantes adolescentes y el 72.5% de las gestantes añosas presentaron complicaciones obstétricas. La infección del tracto urinario se presentó en el 23,5% de gestantes añosas y el 23,9% de gestantes adolescentes; la amenaza de parto prematuro se observó en el 10,8% de gestantes añosas y el 2,2% de gestantes adolescentes. La rotura prematura de membranas sólo se observó en el 2,2% de gestantes adolescentes y el 1,0% de gestantes añosas. El 78.6% de las gestantes adolescentes y el 72.5% de las gestantes añosas

presentaron complicaciones obstétricas ($p=0.286$). Se concluye que las gestaciones en edades extremas presentan un alto número de complicaciones obstétricas ¹⁰.

“Cardoza KJ, Pasapera N, Purizaca M, Matorel M. Características clínico-epidemiológicas de la ruptura prematura de membranas en gestantes jóvenes del Hospital EsSalud III José Cayetano Heredia-Piura. Rev. Cuerpo Med. HNAAA, [S.I.], v. 8, n. 3, p. 157-161, oct. 2015”
¹¹.

Resumen: El objetivo del estudio fue describir las características clínico-epidemiológicas de la Ruptura Prematura de Membrana (RPM) en las gestantes jóvenes atendidas en el Hospital Essalud III José Cayetano Heredia durante el año 2013, a través de un estudio descriptivo retrospectivo. La población estuvo conformada por el registro de historias clínicas de las gestantes jóvenes, de 15 a 24 años, con diagnóstico de RPM cuyo parto fue atendido en el Servicio de Gineco-obstetricia durante el periodo establecido, y la muestra fue censal. Los resultados evidencian una prevalencia de RPM del 14,45%; con una edad media de 21 años, en su mayoría amas de casa (61,7%); primigestas (65,2%), con embarazo a término (61,7%). La complicación perinatal más frecuente fue la prematuridad (40,3%). Se concluye la RPM es una complicación materna muy frecuente en la población de estudio, y presenta características clínico-epidemiológicas particulares ¹¹.

“Gutierrez-Munares ME, Martinez-Pariona PE, Apaza-Rodrigo JH. Frecuencia de los factores de riesgo obstétricos en la ruptura prematura de membranas pretermino, Hospital Regional de Ayacucho, Perú . Rev méd panacea.2014; 4 (3):70-73” ¹².

Resumen: El objetivo fue determinar la frecuencia de los factores de riesgo maternos asociados a la ruptura prematura de membrana pretérmino, mediante un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en pacientes con diagnóstico de ruptura prematura de membranas pretérmino, atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho durante el periodo de Enero a Diciembre del 2012. Los resultados evidencian que la frecuencia de ruptura prematura de membranas pretérmino fue de 2,0%; siendo esta complicación más frecuente en gestantes con edades extremas en un 63,9%; las que tienen infección urinaria en un 77,8%; las que tienen infecciones cervicovaginales en un 58,3%; y una deficiencia de controles prenatales en un 72,2%. Se concluye que la frecuencia de ruptura de membranas pretérmino es baja, y es más común entre las gestantes con infección urinaria y deficientes controles prenatales ¹².

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

“Díaz LM, Chávez BM. Complicaciones maternas en adolescentes y adultas afiliadas al régimen subsidiado, 2012. Rev Fac Nac Salud Pública 2015; 33(2): 206-217” ¹³.

Resumen: El estudio tuvo como objetivo determinar los factores asociados a complicaciones durante el tercer trimestre del embarazo, parto y puerperio de las gestantes pertenecientes al régimen subsidiado atendidas en una institución de segundo nivel de complejidad de Medellín. El estudio fue de cohortes ambiespectivo, que tiene como factor de exposición la edad (expuesto: adolescentes entre 14 y 19 años, no expuesto: entre 20 y 34 años de edad) y la complicación materna. La muestra estuvo formada por 405 gestantes, de las cuales 135 fueron adolescentes y 270 fueron adultas. Los resultados relacionados con la frecuencia de complicaciones obstétricas

detectadas en la muestra, indican la existencia de parto pretérmino en el 4,4% de gestantes adultas y el 3,3% de adolescentes; mientras que la placenta previa sólo se observó en el 2% de adultas. Se concluye que no existen diferencias significativas entre la frecuencia de complicaciones obstétricas de las gestantes adolescentes y adultas ¹³.

“Cuz, Amílcar. Complicaciones Obstétricas en Adolescentes Embarazadas, ingresadas en el Servicio de Complicaciones Prenatales del Hospital de Cobán, del año 2009 al 2013 (Tesis). Universidad Rafael Landívar, Guatemala. 2016” ¹⁴.

Resumen: El objetivo fue describir las complicaciones prenatales en las adolescentes embarazadas ingresados en el servicio de complicaciones prenatales del Hospital de Cobán de Alto Verapaz. La investigación fue de tipo descriptivo-retrospectivo. Fueron analizados los expedientes clínicos de 1040 adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que presentaron alguna complicación. Los resultados muestran entre las complicaciones más frecuentes a la infección del tracto urinario (30,96%). La amenaza de trabajo de parto pretérmino y la ruptura prematura de membranas tuvieron una frecuencia menor, con 4.62% y 0.58%, respectivamente. Se concluye que existe una alta frecuencia de complicaciones entre las gestantes adolescentes, especialmente las infecciones del tracto urinario ¹⁴.

“Perugache CD, Rosero LD, Ruano DA, Yépez DF, Benavides JA. Complicaciones Obstétricas en Mujeres Gestantes con Infecciones Vaginales Atendidas en el Hospital Civil de Pasto. Revista Unimar, 2013; 61: 133-138” ¹⁵.

Resumen: El objetivo de la investigación fue determinar las principales complicaciones obstétricas en mujeres con infecciones vaginales que asistieron a control prenatal en el Hospital Civil de Pasto durante los años

2009 a 2010. El estudio fue de tipo descriptivo, corte transversal, y presentó una muestra formada por las historias clínicas de 222 gestantes. Los resultados muestran la vaginosis bacteriana y la candidiasis vaginal presentan una frecuencia de 61% y 22%, respectivamente. La amenaza de parto pretérmino y la ruptura prematura de membranas se encontraban entre las complicaciones del estudio, con un 7% y 5%, respectivamente, siendo estas más frecuentes en el grupo que presentaba vaginosis bacteriana. Se concluye que la presencia de vaginosis bacteriana puede estar asociada al desarrollo de complicaciones obstétricas ¹⁵.

“Domínguez-Anaya R; Herazo-Beltrán Y. Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. Cartagena (Colombia) 2009. Estudio de corte transversal. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, [S.I.], v. 62, n. 2, p. 141-147, dec. 2015” ¹⁶.

Resumen: El objetivo del estudio fue estimar las diferencias entre los subgrupos de adolescentes embarazadas de 13 a 15 años; y 16 a 18 años, con respecto a las complicaciones presentes durante el embarazo en la ciudad de Cartagena (Colombia). La investigación fue descriptiva de corte transversal en 100 adolescentes embarazadas, vinculadas a una fundación durante el año 2008. Los resultados muestran que las adolescentes de 13 a 15 años presentan una mayor frecuencia de parto pretérmino (62,5%) e infección urinaria (43,8%), en comparación con las adolescentes de 16 a 18 años, quienes tuvieron frecuencias de 25% y 26,5% respectivamente. La diferencia sólo fue significativa para el caso del parto pretérmino. Se concluye que el embarazo en la adolescencia temprana incrementa el desarrollo de complicaciones obstétricas ¹⁶.

“Fawed O, Erazo A, Carrasco JC, Gonzales D, Mendoza A, Mejía ME, Flores JC, Mejía C, García A, García I. Complicaciones Obstétricas en Adolescentes y Mujeres Adultas con o sin Factores de Riesgo Asociados, Honduras 2016. Archivos de Medicina, 2016; 4 :4”¹⁷.

Resumen: El objetivo del estudio fue identificar las complicaciones obstétricas que más inciden en adolescentes y mujeres adultas con la edad como factor de riesgo asociado. La investigación fue de tipo analítico retrospectivo, y se realizó sobre una muestra de 380 expedientes pertenecientes al Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras. Las características predominantes en las gestantes fueron el rango etario entre 10-19 años (33,68%), escolaridad básica incompleta (40,26%), estado civil conviviente (54,74%) y procedentes de zonas urbanas (85,53%). El 61.84% presentó complicaciones en distintas etapas de la gestación, siendo estas más frecuentes en el grupo de 10-19 años. La complicación más frecuente fue el desgarro perineal con 28,2%, valor muy superior al obtenido por las complicaciones obstétricas como la rotura prematura de membranas (6,05%), el parto pretérmino (1,32%) y la placenta previa (1,05%). Se concluye que las complicaciones obstétricas son más frecuentes entre las adolescentes¹⁷.

“Arrieta N, Ballestas M, García G, Jiménez O, Medina J. Prevalencia de infección urinaria en pacientes gestantes atendidas en el programa de control prenatal en el Hospital Materno Infantil de Soledad durante el año 2012. Revista Médica Evidencias 2013; 3 (1): 37-43”¹⁸.

Resumen: El objetivo del estudio fue identificar la prevalencia de infección urinaria en las gestantes pertenecientes al programa de control prenatal del Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad, durante el año 2012, a través de un estudio descriptivo retrospectivo. La población estuvo integrada por 12.758 de las cuales se seleccionó de manera aleatoria 576 gestantes, número calculado mediante fórmula estadística. Los resultados

indican que la frecuencia de infección urinaria en las gestantes es del 48%, siendo mayor la prevalencia en el grupo etario de 15 a 20 años de edad (29%) y en el segundo trimestre de embarazo (40%). Se concluye que las infecciones de vías urinarias son más comunes entre las adolescentes ¹⁸.

“Vallejos C, López M del R, Enríquez MA, Ramírez B. Prevalencia de infecciones de vías urinarias en embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Puebla; Rev. Enfermedades Infecciosas y Microbiología, vol. 30, núm. 4, octubre-diciembre 2010. México” ¹⁹.

Resumen: El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de infecciones del tracto urinario (ITU) en gestantes a través de un estudio descriptivo retrospectivo en el Hospital Universitario de Puebla. La muestra estuvo formada por 83 mujeres embarazadas, en quienes se reportó una prevalencia de ITU del 1,78%. El grupo etario que presentó mayor frecuencia infección urinaria fue el de 20-24 años (27.7%), y el germen más común que se halló en el examen general de orina (EGO) y en el urocultivo fue *Escherichia coli*. Se concluye que la prevalencia de ITU en la población estudiada es mucho menor de lo reportado en la literatura, y podrían existir casos asintomáticos que deban ser diagnosticados ¹⁹.

2.2. BASES TEÓRICAS

Embarazo

Durante el período gestacional, el cuerpo de la madre sufre una serie de cambios fisiológicos que le permiten su adaptación a las próximas etapas de su vida: el parto y la lactancia. Pero estos cambios necesarios para el funcionamiento normal del cuerpo materno durante su gestación, pueden favorecer indirectamente el desarrollo de distintas complicaciones, en especial en el tercer trimestre, próximo a las fechas probables de parto.

La placenta, órgano transitorio que se forma exclusivamente durante el proceso de gestación, y que permite el intercambio de sustancias entre la madre y su hijo, presenta una variedad de funciones fisiológicas críticas. Este órgano actúa como una barrera protectora que minimiza la exposición fetal a determinadas sustancias químicas, como las drogas, y permite la remoción de productos finales del metabolismo, supliendo la función del hígado y el riñón fetal, los cuales en el vientre materno aún son metabólicamente inmaduros e insuficientes ²⁰.

Complicaciones obstétricas del embarazo en el tercer trimestre

Placenta previa

Esta complicación del embarazo se caracteriza por el desarrollo de la placenta en la parte inferior del útero, a tal punto que puede cubrir la abertura del cuello uterino, sea de manera parcial o total ²¹.

De manera normal, durante los primeros meses de embarazo la placenta se encuentra en la parte inferior de la matriz, ascendiendo a medida que este órgano aumenta su tamaño. El desplazamiento de la placenta ocurre a tal punto que en el tercer trimestre, dicho órgano ya está ubicado en la parte superior, dejando despejado el cuello uterino para el descenso y la expulsión del feto ²¹.

En la placenta previa, la placenta no ha descendido correctamente durante la gestación, comprometiendo el cuello uterino de manera parcial o total, y generando un sangrado súbito ²¹.

Esta patología se suele clasificar en tres categorías: a) placenta previa marginal, aquella que está muy próxima al cuello uterino pero llega a la abertura; b) placenta previa parcial, cuando cubre sólo una parte de la abertura del cuello uterino; y c) placenta previa completa, si cubre totalmente la abertura cervical ²¹.

Se estima que la placenta previa se encuentra en alrededor de 1 por cada 200 embarazos; y son más frecuentes entre las mujeres que están gestando a una edad avanzada, las que presentan una malformación del útero o el cuello uterino, las que tienen varios partos o embarazos múltiples, y las que tienen una cicatriz en el revestimiento uterino como consecuencia de sus antecedentes quirúrgicos, como la cesárea o el aborto. Entre los hábitos que pueden estar relacionados a la aparición de la placenta previa, sobresale el hábito de fumar ²¹.

Generalmente, la placenta previa tiene como síntoma principal la presencia de un repentino sangrado vaginal, al finalizar el segundo trimestre o iniciando el tercero, no necesariamente acompañado de dolor, aunque algunas han llegado a la consulta médica con un cuadro de cólico en el bajo vientre. Si bien este sangrado puede ser intenso, puede detenerse espontáneamente y empezar nuevamente días o semanas después, estimulando así el inicio del trabajo de parto. Este trabajo de parto, iniciado como consecuencia de la placenta previa, puede seguir presentando sangrado ²¹.

Existen dos grupos de factores responsables de la presencia de placenta previa: a) los factores ovulares, que se relacionan con el retraso en la maduración del blastocisto, responsable de su implantación en las regiones uterinas inferiores, cerca al cuello uterino; y, b) factores maternos, como los antecedentes quirúrgicos responsables de la presencia de cicatrices y/o lesiones que disminuyen el área adecuada para el proceso de implantación de la placenta, aumentando la posibilidad de que esta se produzca en las zonas inferiores de la matriz ²².

En el caso de la edad materna, se ha encontrado mayor frecuencia de placenta previa entre gestantes de avanzada edad, en especial aquellas que tienen más de dos hijos, por lo que la multiparidad también es considerada un factor de riesgo. Aunque la raza no es significativa en muchos estudios,

existen reportes que indican una mayor prevalencia en las gestantes de raza negra y asiática ²².

Las cesáreas previas incrementan este riesgo, el cual es mayor de acuerdo al número de cesáreas realizadas. También puede considerarse en este grupo de antecedentes los legrados ²².

El hábito de fumar incrementa el riesgo de placenta previa hasta en dos veces, aparentemente debido a la hipoxemia que genera el monóxido de carbono, el cual degenera en defectos de la vascularización decidual y una consecuente hipertrofia de placenta como mecanismo de compensación para enfrentar estos cambios ²².

El principal signo clínico de la placenta previa es la presencia de una hemorragia sin dolor, que usualmente aparece en las últimas semanas de gestación. A medida que se forma el segmento uterino inferior y se dilata el orificio cervical interno, se produce el desgarro de las fijaciones placentarias que se encuentran cerca a estas zonas anatómicas. La incapacidad de las fibras del miometrio del segmento inferior del útero para contraerse, hace que la hemorragia no pueda detenerse, como en otras partes del cuerpo ocurriría por constricción de los vasos lesionados. Más bien, la irritación del útero como resultado del sangrado puede activar contracciones esporádicas que incrementen la zona desprendida y a la vez aumentar el sangrado, generando un efecto cíclico que puede terminar con el desprendimiento total de la placenta o el inicio del trabajo del parto ²².

El comienzo del parto, por iniciarse la dilatación cervical, aumenta el sangrado. En placenta marginal, el descenso de la presentación fetal puede cohibir la hemorragia al comprimir la lengüeta placentaria. No hay pérdida de bienestar fetal pero si la hemorragia es abundante puede causar shock hipovolémico en la gestante. Los episodios repetidos de hemorragia ocasionan anemia ²².

Cuando el grueso de la placenta se localiza ocluyendo el OCI en el 2º trimestre es muy probable que persista siendo previa en el momento de parto ²².

De acuerdo a los protocolos asistenciales de la Sociedad Española de Gineco-Obstetricia (SEGO), cuando se tiene sospecha de placenta previa es necesaria la realización de una anamnesis completa y minuciosa, que describa las características de la hemorragia y permita detectar la existencia de factores causales. La exploración obstétrica externa a través de las maniobras de Leopold permite hallar un útero relajado e indoloro, siendo necesaria la ecografía para poder confirmar el diagnóstico, y una cardiotocografía con el fin de determinar el bienestar fetal. Para mayor seguridad, la ecografía abdominal es suficiente para localizar la placenta, aunque puede emplearse la ecografía transvaginal por su mayor precisión diagnóstica, la cual no ha demostrado aumentar el riesgo de hemorragia. El examen con espéculo ayuda a comprobar que la hemorragia tiene un origen uterino. Considerando el riesgo de hemorragia en este grupo de pacientes, está totalmente contraindicada la realización de tactos vaginales ²².

Control de la gestación: “se da manejo conservador en las pacientes sintomáticas con placenta previa antes del término y buen estado hemodinámico, si: la hemorragia no es grave, el estado hemodinámico materno es estable, EG < 36 semanas o inmadurez pulmonar fetal, la paciente no se encuentre en fase activa del parto, feto vivo sin signos de pérdida del bienestar fetal”. No existen otras complicaciones médico-obstétricas que contraindiquen la prolongación de la gestación ²².

Algunos estudios comparan el manejo intrahospitalario con el ambulatorio, la mayoría de ellos retrospectivos. Se considera el control intrahospitalario de las pacientes con placenta previa sintomática en el tercer trimestre de la gestación ²².

Debe considerarse la posibilidad de finalizar el embarazo, por lo que la gestante tiene que ser informada de las alternativas médicas (parto vaginal o

cesárea) que tendría de acuerdo al tipo de placenta previa que se haya diagnosticado. En el caso de gestantes con placenta previa que tengan un tratamiento conservador con sintomatología leve, la gestación puede finalizar de manera electiva en la semana 37. En las pacientes con placenta previa carente de sintomatología, podrá programarse cesárea electiva entre las semanas 37-38 si es de tipo oclusiva, y en el caso de las de tipo no oclusiva, puede elegirse la vía vaginal bajo estricto control médico y con un personal experto en el manejo de partos de alto riesgo. Para las placentas previas que presenten oclusión total, está totalmente contraindicado el parto por vía vaginal, siendo la cesárea la única alternativa posible ²².

En caso de gestantes con cesárea previa, hay que considerar la posibilidad de desarrollo de acretismo placentario, por lo que la gestante debe ser advertida de la Si la paciente tiene antecedente de cesárea anterior debe considerarse la posibilidad de acretismo placentario y se le debe informar sobre el riesgo de hemorragia y la posibilidad de tener que recurrir a realizar una histerectomía obstétrica ²².

Si el cuello uterino es favorable, debe realizarse la amniorrexis para facilitar el descenso de la cabeza fetal y que comprima el borde placentario ²².

Ruptura prematura de membrana (RPM)

Es la “pérdida de integridad de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico (LA) y la puesta en comunicación de la cavidad amniótica con el canal endocervical y la vagina”. Alrededor del 80% sucede en embarazos a término y en casi el 90% desencadena el proceso de parto dentro de las 48 horas. van seguidos del inicio del parto en cerca del 90% de las ocasiones en un plazo de 48 h. El periodo que comprende desde que se produce la RPM hasta el inicio del parto suele denominarse periodo de latencia ²³.

La RPM ocurre con una frecuencia del 3 al 18%, siendo responsable del 40% de partos prematuros y el 10% de muertes perinatales. La precocidad con que aparece la RPM es proporcional a la gravedad de las complicaciones que puede sufrir el feto, aunque algunos partos a término han presentado complicaciones infecciosas graves ocasionadas por esta patología, como la corioamnionitis o la sepsis puerperal, y a un incremento en las intervenciones obstétricas ²³.

La RPM es el resultado de la superación de la resistencia de las membranas como consecuencia de la presión intrauterina y un proceso de debilitamiento de las membranas, sea congénito; adquirido por el hábito de fumar o falta de vitamina C; por lesiones como resultado de intervenciones médicas invasivas como la amniocentesis; dilatación del cuello uterino; o como consecuencia de un proceso infeccioso por tricomonas, estreptococo, etc. Una evidencia de las complicaciones infecciosas que pueden derivar de una RPM se observa en los resultados positivos de los cultivos de líquido amniótico obtenidos por punción transabdominal en el 30% de los casos, a pesar de que clínicamente no se ha detectado corioamnionitis. Este riesgo elevado de infección posterior a la RPM no se produce solamente como consecuencia de la contaminación de la cavidad uterina ²³.

En base al lugar donde se produce la RPM, se suele clasificar en alta y baja. En el primer caso, delante de la presentación fetal aún se mantiene la bolsa amniótica, mientras que en el segundo, la presentación está totalmente expuesta.²³ De acuerdo al momento de la gestación en que se produce la RPM, ésta se clasifica en pretérmino, antes de las 37 semanas, y a término, a partir de las 37 semanas. El tratamiento dependerá mucho de la semana de gestación en que se presenta la RPM ²³.

Los factores asociados a RPM que más se mencionan en la literatura científica son: la edad materna, en especial las añosas; la paridad, básicamente las que son multíparas; los cuadros hipertensivos, sea preeclampsia, hipertensión crónica o hipertensión gestacional; el hábito de

fumar, básicamente las fumadoras crónicas; o el consumo de cocaína. Todos estos factores tendrían como mecanismo productor la alteración producida a nivel de los vasos deciduales ²².

En la literatura la trombofilias hereditarias o adquiridas que se relacionan con trastornos tromboembólicos durante el embarazo. Se ha encontrado esta circunstancia en el 65% de las mujeres que presentaron. Para el factor V de Leyden el riesgo calculado es 6 veces superior al control ²².

Los traumatismos suponen la causa del 4%. Debemos sospecharlo cuando aparece dolor abdominal o sangrado y es adecuada una vigilancia durante unas horas con el objetivo de excluir desprendimiento de placenta subclínico en ausencia de contracciones, hipersensibilidad o hemorragia ²².

Dolor abdominal a la palpación uterina: variable en intensidad, aparición y evolución. Sus características pueden dificultar la identificación del cuadro, confundiéndolo con otros ²².

Los síntomas pueden cursar con un cuadro de hipertoniá uterina, debido a la liberación de prostaglandinas sintetizadas a nivel del miometrio las cuales provocan un aumento en la intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas. Además, algunas gestantes tienden a desarrollar angustia, dolor en el abdomen y en casos extremos, hasta un cuadro de shock ²².

Para establecer un correcto diagnóstico de la RPM, se emplea la medición del pH en el líquido de fondo vaginal, considerando que el pH del líquido amniótico es mayor de 6,5 en comparación con la acidez del flujo vaginal que es alrededor de 5,5. Esta diferencia hace que el papel de nitracina cambie su coloración y se torne azul. Los resultados falso positivos de esta prueba se pueden producir ante la presencia de semen, sangre, infección vaginal en especial vaginosis bacteriana, exagerada cantidad de moco cervical o ante la presencia de antiséptico alcalinos. Por ello es importante la realización de preguntas que nos permitan descartar la presencia de alguno de estos componentes, como el hecho de haber tenido un acto

sexual dentro de las 24 horas o el uso de algún óvulo o crema de aplicación vaginal ²³.

Otra prueba, aunque menos usual, es la inyección del colorante índigo carmín a una concentración de 1 ml en 9 ml de suero salino o azul de Evans, en la cavidad amniótica por amniocentesis. En caso de existir RPM, se podrá observar la salida del colorante a través del canal vaginal. El azul de metileno no es recomendable para estos casos, al igual que el uso del test de fibronectina ²³.

De manera reciente se ha empezado a comercializar un kit para el diagnóstico de esta patología, denominado PROM test. La detección de la RPM con este kit se fundamenta en la detección de la IGFBP-1 recientemente se ha comercializado un kit para el diagnóstico de la rotura de la bolsa amniótica que se basa en la detección de la proteína de unión al factor de crecimiento similar a la insulina (IGFBP-1), sustancia que puede encontrarse como componente del líquido amniótico pero que no está en la vagina ².

Parto prematuro

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al parto prematuro como aquel parto que se produce antes de las 37 semanas de gestación, y es la causa más importante de morbilidad y mortalidad perinatal, de la cual se desprenden numerosas complicaciones secundarias. Se considera como límite inferior entre el parto prematuro y el aborto, las 22 semanas de gestación, un peso fetal de 500 g o una longitud céfalo-nalgas de 25 cm. Se estima que el parto pretérmino se presenta a nivel mundial con una frecuencia aproximada del 10% ²⁴.

Los partos pretérmino se suelen clasificar en tres grupos según la semana de gestación en que ocurren: Prematuros tardíos, cuando ocurre entre las semanas 34 y 37, el cual representa la mayoría de casos; prematuros severos, cuando se produce entre la semana 28 y 34, que representa

alrededor del 15% de los casos; y prematuros severos extremos, cuando ocurren antes de las 28 semanas, los cuales son los menos frecuentes (5%) y a la vez los de peores pronósticos para el feto ²⁴.

Se consideran tres entidades clínicas como responsables de la prematuridad del recién nacido: a) un inicio espontáneo del trabajo de parto (parto prematuro idiopático), b) la discontinuidad de las membranas ovulares que permite la salida del líquido amniótico (Rotura prematura de membranas), y c) la interrupción prematura del embarazo como indicación médica o resultado de una iatrogenia, producto de una patología materna y/o fetal ²⁴.

En base a evidencia clínica y de laboratorio, se ha sugerido que distintos procesos patológicos “llevan a una vía final común que resulta en un parto prematuro”. Dentro de estos procesos se han identificado: a) activación por estrés materno del eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal, b) presencia de infección intraamniótica, responsable también de la ruptura prematura de membranas; c) hemorragia decidual o proceso isquémico que disminuye el flujo de sangre al sistema uteroplacentario; excesiva distensión del útero que activa las contracciones del miometrio; funcionamiento anormal del cuello uterino, como en el caso de la incompetencia cervical; anomalías inmunológicas que afectan la compatibilidad antigénica entre el feto y la madre; y el consumo de drogas u otras sustancias tóxicas ²⁴.

Para el diagnóstico del trabajo de parto pretérmino, las “Guías conjuntas de cuidado perinatal de la American Academy of Pediatrics y American College of Obstetricians and Gynecologists” mencionan como signos y síntomas más importantes, las contracciones uterinas acompañadas con dolor en una frecuencia de 4 cada 20 minutos o de 8 en una hora, y los cambios a nivel del cuello uterino, como el borramiento cervical de al menos 80% o una dilatación superior o igual a los 2 cm. Otro signo que tiene gran valor predictivo es la longitud cervical, el cual se puede aplicar en cualquier gestante, incluso las asintomáticas, con malformaciones del útero, antecedentes de legrados uterinos o conizaciones previas ²⁴.

Cuando existe una dinámica uterina regular debe establecerse un diagnóstico de manera ordenada y sistemática, que incluya una anamnesis dirigida, exploración física que permita descartar otra posible causa del dolor y/o la aparición de contracciones uterinas, como la presencia de fiebre o la prueba de puño de percusión. En la exploración obstétrica, debe valorarse la frecuencia cardíaca fetal y las características del abdomen, como la altura uterina, el movimiento fetal y la irritabilidad uterina. El examen con espéculo permite la visualización de posible salida de líquido amniótico o hemorragia uterina. El tacto vaginal es necesario para la valoración del cuello uterino, en base al índice de Bishop, pero sólo puede realizarse después de haberse tomado las muestras de cultivo urinario necesario. Los frotis endocervicales se pueden realizar en caso de existir una exposición de membranas. Las pruebas de ecografía y cardiotocografía pueden ser útiles para medir la longitud cervical y determinar la dinámica uterina en relación con los signos de bienestar fetal, respectivamente ²⁵.

Analítica: hemograma, bioquímica básica, coagulación y PCR. Descartar siempre otras patologías que contraindiquen la tocolisis: corioamnionitis, etc ²⁵.

Se considera de riesgo la presencia de uno o dos de los siguientes criterios:

Criterios clínicos:

- ✓ Índice de Bishop mayor o igual a 5 ²⁵.
- ✓ Antecedente de parto pretérmino antes de la 34ª semana ²⁵.
- ✓ Pérdida gestacional tardía (≥ 17.0 semanas) ²⁵.
- ✓ Gestación múltiple ²⁵.
- ✓ Portadora de cerclaje cervical en la gestación actual ²⁵.

Criterios ecográficos, aplicable sólo para gestaciones únicas:

- ✓ Longitud cervical < 25 mm antes de las 28.0 semanas ²⁵.

- ✓ Longitud cervical < 20 mm entre las 28.0 y 31.6 semanas ²⁵.
- ✓ Longitud cervical < 15 mm a las 32 semanas o más ²⁵.

El manejo de pacientes de bajo riesgo de parto pretérmino sólo consiste en reposo y observación durante un periodo de 2-3h, valorando las modificaciones cervicales durante ese lapso de tiempo. Si la dinámica uterina no cesa, pero no se observa aún modificaciones cervicales, se debe continuar con observación por 12 a 24 h, sin necesidad de la administración de medicamentos tocolíticos ni corticoides sistemáticos. El empleo de tratamiento tocolítico sólo se reservará para casos sintomáticos con una pauta de 12-24 horas si precisa, terminando el proceso lo más pronto posible una vez que ceda el cuadro sintomático ²⁶.

El manejo de las pacientes que tienen un riesgo elevado de parto pretérmino varía de acuerdo a la semana de gestación:

- ✓ Desde la semana 36 se debe suspender cualquier tipo de tratamiento tocolítico, por tratarse de un feto prácticamente maduro ²⁶.
- ✓ Entre la semana 35 y 36 la conducta puede ser menos agresiva. El tratamiento tocolítico endovenoso se puede suspender e indicar reposo. En caso fuera necesario, se puede continuar con la tocólisis a través de medicamentos por vía oral, pero respetando el reposo nocturno ²⁶.
- ✓ Cuando se encuentre debajo de la semana 35 se procede al tratamiento tocolítico en caso fuera necesario, y el reposo absoluto las 24 h con higiene personal, en caso no esté contraindicado, y un estricto control materno-fetal ²⁶.

Los corticoides, como la Betametasona (Celestone Cronodose) para la maduración de los pulmones fetales deben ser usado entre las 24.0 y las 34.6 semanas en la dosis de 12 mg/día durante dos días. Sólo en casos específicos, el uso de corticoides dentro de la semana 23 puede ser tomado

en cuenta, prosiguiendo según los protocolos establecidos en caso de persistir el riesgo de activación del parto ²⁶.

En gestaciones únicas con poco riesgo de que se produzca RPM, se podrá realizar la amniocentesis luego de un consentimiento informado y tras evaluar el estado serológico de la madre. Empleando una aguja 22G, o hasta 20G, se procede a extraer 20 ml de líquido amniótico con el fin de determinar los niveles de glucosa, la existencia de gérmenes con la tinción de Gram y el cultivo para identificar microorganismos anaerobios y aerobios, así como la reacción en cadena de la polimerasa cuantitativa y fluorescente (QF-PCR), la cual debe valorarse según su edad gestacional ²⁶.

No se propone el uso de la amniocentesis en gestaciones únicas ≥ 32.0 semanas o gestaciones múltiples debido a que la prevalencia de infección intraamniótica en estos casos es mínima ²⁶.

El empleo de tocolíticos ayuda a inhibir la dinámica uterina y dar tiempo para completar el proceso de maduración pulmonar fetal y/o la neuroprofilaxis, a menos que no existan razones para dejar evolucionar. En caso de reiniciarse la actividad uterina, debe revalorarse su reintroducción; pero no puede usarse si existe alguna contraindicación para alargar el periodo de gestación ²⁶.

Como criterio para finalizar la gestación debe considerarse lo siguiente: a) en gestantes con 32 semanas o menos, debe individualizarse el caso en base a la edad gestacional y el tipo de germen; b) en gestantes con más de 32 semanas, basta con la detección de un cultivo de líquido amniótico positivo. En las gestantes asintomáticas que presentan cultivo positivo, se debe valorar la repetición del cultivo de líquido amniótico antes de tomar una decisión ².

Infecciones del tracto urinario en embarazadas

En adultos asintomáticos, las infecciones del tracto urinario (ITU) se pueden clasificar según su grado de complicación. Las ITU complicadas están generalmente asociadas con infección a nivel de las vías urinarias altas o pielonefritis, y llegan a expresar síntomas como fiebres, sensación de escalofríos o dolor en la región lumbar y/o flancos ²⁷.

En el caso de las ITU no complicadas, propias de las vías urinarias bajas, se presenta mayormente en mujeres jóvenes, no gestantes, en las que no existe una enfermedad adicional ni alteración de la fisiología del riñón o daño anatómico en el tracto urinario. Se estima que alrededor de la mitad de mujeres ha reportado al menos un episodio de ITU antes de cumplir los 32 años, y que de este grupo, por lo menos la cuarta parte tendrá un episodio recurrente tras la infección inicial. Este panorama cambia un poco en las mujeres que están gestando, considerando que en ellas el ITU es la complicación médica más común, con una prevalencia aproximada del 10%. Adicionalmente, un mal manejo de este cuadro infeccioso está fuertemente asociado al riesgo de sufrir complicaciones maternas y fetales, incluso mortales ²⁷.

Por lo general, el diagnóstico de una ITU se establece durante las consultas de la atención prenatal, al detectar alguno de estos síntomas: disuria o dificultad al orinar; polaquiuria u orinar de manera muy seguida y en pequeñas cantidades; sensación de urgencia urinaria; dolor o ardor en la región suprapúbica o hematuria, orina con color rojizo o sanguinolenta. Si estos síntomas cursan en ausencia de leucorrea o irritación vaginal, se puede descartar un proceso infeccioso del tracto reproductivo y aumenta la probabilidad de una ITU baja ²⁷.

Entre los agentes microbiológicos responsables de la ITU los más frecuentes son los pertenecientes a la flora intestinal que pueden colonizar el peritoneo y la uretra. De acuerdo a las investigaciones, la mayor prevalencia pertenece a *E. coli*, seguido por *Klebsiella spp.*, *Proteus mirabilis*, *Enterococcus pp.*, y

Staphylococcus saprophyticus. A pesar de este conocimiento, el uso de antibióticos propios para combatir las infecciones de estos gérmenes se hace cada vez más complicado, debido al incremento en la resistencia de estas especies frente a los antibióticos. En base a esta experiencia, la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA) considera la necesidad de valorar el riesgo de selección de especies multidrogo resistentes cuando se quiera iniciar un tratamiento antibiótico. Esta misma organización, ha determinado el uso referente de las tasas locales de resistencia, para sugerir el empleo de umbrales y definir cuándo un agente no debería ser usado para tratamientos empíricos. Un ejemplo se aprecia en el uso de las fluoroquinolonas, las cuales no deben superar el 10% y en el caso de la combinación trimetoprim-sulfametoxazol, éste no debe superar el 20% ²⁷.

El diagnóstico de la bacteriuria asintomática con prueba de laboratorio se establece con la presencia >100.000 UFC/ml de un único microorganismo considerado patógeno en las muestras de orina, las cuales deben ser “obtenidas por micción espontánea a primera hora de la mañana, durante dos días consecutivos, en ausencia de sintomatología clínica”. Pero con fines prácticos, para el diagnóstico de bacteriuria asintomática es suficiente la existencia de un único urocultivo superior a los 100.000 UFC/ml de un patógeno reconocido ²⁷.

La bacteriuria asintomática debe ser estudiada y detectada en todas las mujeres embarazadas, siendo la semana 16 el momento más apropiado. En caso de que exista bacteriuria negativa para ese momento, no es recomendable practicar un nuevo estudio, excepto en mujeres que tienen antecedentes de infecciones urinarias recurrentes o alteraciones importantes del tracto urinario ²⁷.

El diagnóstico, tanto de la bacteriuria asintomática como de cistitis y pielonefritis, se realiza un urocultivo cuantitativo y cualitativo por los procedimientos convencionales de cada laboratorio. A la bacteriuria

asintomática se le exigirá un recuento > 100.000 UFC/ml, mientras que a cistitis y pielonefritis recuentos mucho más bajos, mayor de las 100 UFC/ml pueden tener valor diagnóstico, siempre que exista garantía de una correcta recogida de la orina y aparezca en el cultivo un solo microorganismo acompañado de leucocituria y/o sintomatología clínica ²⁷.

Es importante detectar en la orina de la gestante la presencia de *Streptococcus agalactiae*, a través del uso de un medio selectivo-diferencial. En caso de resultados que detectan microorganismos con riesgo de patogenicidad dudosa, tales como la *Gardnerella vaginalis*, el *Ureaplasma urealyticum* o ciertas especies de estreptococos, debe primero descartarse la posibilidad de que no se haya tomado bien la muestra. La presencia de *Gardnerella vaginalis* o *Streptococcus agalactiae*, en base a recientes investigaciones sobre el tema, son factores de riesgo responsables de parto prematuro y sepsis perinatal ²⁷.

2.3. HIPÓTESIS

Debido que el trabajo de investigación es un estudio descriptivo no se formuló hipótesis.

2.4. VARIABLES

VARIABLES DE ESTUDIO

Complicaciones obstétricas

- ✓ Parto prematuro (cualitativa nominal)
- ✓ Infección del trato urinario (ITU) (cualitativa nominal)
- ✓ Rotura prematura de membrana (cualitativa nominal)
- ✓ Placenta previa (cualitativa nominal)

VARIABLES DE CONTROL

- ✓ Edad.
- ✓ Edad gestacional.
- ✓ Número de embarazos.
- ✓ Número de controles prenatales.

2.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

1. Complicaciones obstétricas: Las complicaciones obstétricas se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo ²⁸.
2. Gineco-Obstetricia: “Especialidad de la medicina que tiene el propósito de atender las necesidades de salud integral de la mujer a lo largo de su vida. La Obstetricia se ocupa de la mujer en todo su periodo fértil (embarazo, parto y puerperio) y la Ginecología es la subespecialidad médica y quirúrgica que trata las enfermedades del sistema reproductor femenino (útero, vagina y ovarios)” ²⁹.
3. Tercer trimestre de embarazo: “Último trimestre es desde la semana 27 hasta el final del embarazo” ²⁹.
4. Placenta previa (PP): “Aquella placenta que está localizada por encima o cerca del orificio interno del cérvix. Esta entidad se produce cuando el embrión se implanta en la parte más baja del útero” ²¹.
5. Rotura prematura de membranas (RPM): “Rotura de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico y comunicación de la cavidad amniótica con el endocérvix y la vagina” ²³.
6. Parto prematuro: “Es el que ocurre antes de las 37 semanas de gestación (OMS 1970-77), si bien la American Academy of Pediatrics

Committee on the Fetus and Newborn (1976) ha utilizado 38 semanas como límite diagnóstico superior”²⁴.

7. Infecciones del tracto urinario: “Es la invasión, colonización y multiplicación de gérmenes en el tracto urinario”³⁰.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo.

- Según el tiempo de ocurrencia: retrospectivo.
- Según período y secuencia: transversal.
- Según la actitud del investigador: observacional.

Descriptivo: Porque estudió de manera detallada sobre cuáles son las complicaciones obstétricas más frecuentes del tercer trimestre de embarazo en el Hospital de Vitarte, Enero-Marzo 2017.

Transversal-Retrospectivo: Porque se recolectó datos específicos, referido a un solo momento, en un tiempo pasado; su propósito fue describir variables y analizar su interrelación en un momento dado.

Diseño no experimental u observacional, porque las variables no fueron manipuladas durante la investigación.

3.2. ÁREA DE ESTUDIO

Pacientes gestantes que cursan el tercer trimestre de embarazo que acudieron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Vitarte, en el periodo Enero-Marzo 2017.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: La población fue conformada por 103 gestantes que presentaron complicaciones obstétricas en el tercer trimestre de embarazo que se atendieron en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Vitarte, entre los meses de enero a marzo del 2017, según datos obtenidos de la oficina de estadística del mencionado hospital.

Muestra: Tamaño de la muestra: según la fórmula probabilística aleatoria simple nos dio 81 pacientes. Se consideró un universo estimado de 103 pacientes según la población estimada.

Tamaño de la muestra:

Se consideró un nivel de confianza de 95% con un margen de error del 5% y considerando un universo de 103 pacientes basado en las estadísticas obtenidas del Hospital de Vitarte.

La fórmula para hallar la muestra en una población es:

$$n = \frac{Z^2 Npq}{E^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

$$n = \frac{(3.8416)(103) (0.5) (0.5)}{(0.0025)(103 - 1) + (3.8416) (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{98.9212}{0.255 + 0.9604} = 81$$

Dónde:

n= Tamaño de la población.

Z= Nivel de confianza al 95%, representa un valor de 1,96.

E = Margen de error (0,05).

p = Probabilidad de que se presente la variable (para un tamaño máximo de muestra se usa 0.5).

q = Probabilidad de que no ocurra la variable (para un tamaño máximo de muestra se usa 0.5).

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de registro es observacional con la aplicación de ficha de recolección de datos.

3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se acudió al archivo del Hospital de Vitarte, y solicitó el permiso para la obtención de historias clínicas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Vitarte, Enero-Marzo 2017.

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se acudió a archivo del Hospital de Vitarte, se solicitó el permiso para la obtención de historias clínicas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Vitarte, Enero-Marzo 2017. El procesamiento y análisis de datos se realizó mediante la aplicación de programas estadísticos como el SPSS (StatisticalPackageforthe Social Sciences), versión 23. Para ello se emplearon tablas y gráficos apropiados.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

Complicaciones obstétricas del tercer trimestre de embarazo en el Hospital de Vitarte, Enero-Marzo 2017

TABLA N° 1: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA DE GESTANTES DEL HOSPITAL DE VITARTE, ENERO-MARZO DEL 2017

		Frecuencia	Porcentaje (%)
Edad	menor de 20	25	30,9
	20 a 34 años	46	56,8
	35 años a más	10	12,3
Semana de gestación	27-31 semanas	9	11,1
	32-35 semanas	14	17,3
	36-42 semanas	58	71,6
Número de embarazos	Primigesta	20	24,7
	Segundigesta	48	59,3
	Multigesta	13	16,0
Número de controles prenatales	ningún control	26	32,1
	menos de 6 controles	4	4,9
	de 6 controles a más	51	63,0
	Total	81	100,0

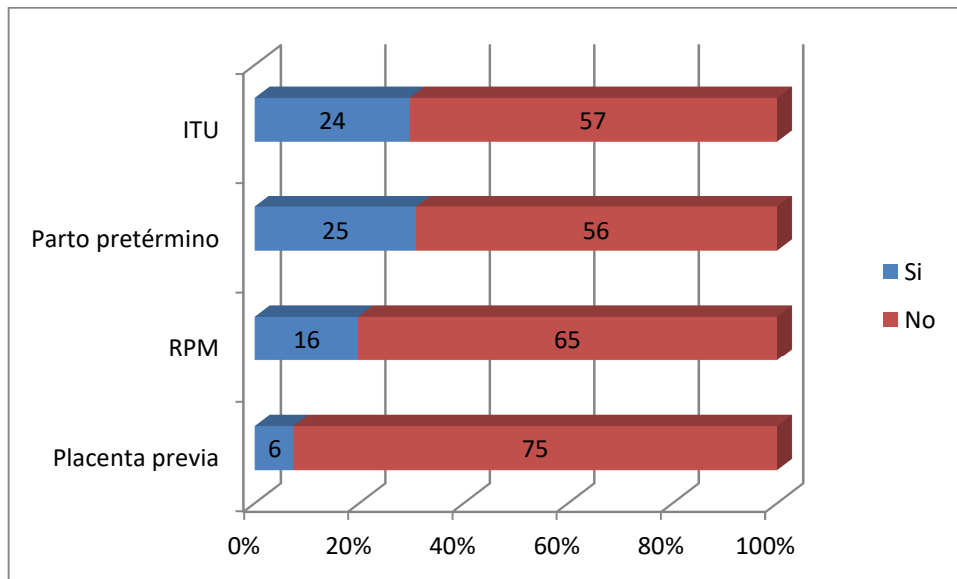
Fuente: Hospital de Vitarte – Archivo de historias clínicas: Enero-Marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 1 se observa las características generales más frecuentes encontradas en las gestantes que formaron parte del estudio fueron: edad entre 20 y 34 años (56,8%); semana de gestación entre las 36 y 42 semanas (71,6%); segundigestas (59,3%); y con seis o más controles prenatales (63,0%). (Ver tabla 1).

Complicaciones obstétricas del tercer trimestre de embarazo en el Hospital de Vitarte, Enero-Marzo 2017

GRÁFICO N° 1: FRECUENCIA DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DEL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN EL HOSPITAL DE VITARTE, ENERO- MARZO 2017



Fuente: Hospital de Vitarte – Archivo de historias clínicas: Enero-Marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

En el gráfico 1 se observa que las complicaciones en el tercer trimestre más frecuentes observadas en las gestantes del Hospital de Vitarte son el parto pretérmino y la infección de vías urinarias, con 25 y 24 casos respectivamente.

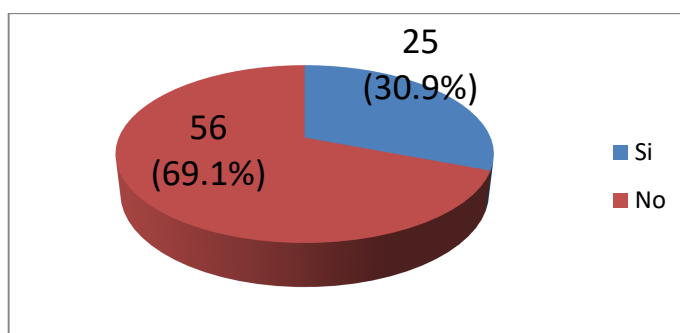
Complicaciones obstétricas del tercer trimestre de embarazo en el Hospital de Vitarte, Enero-Marzo 2017

TABLA N° 2: FRECUENCIA DEL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO DEL HOSPITAL DE VITARTE, ENERO - MARZO DEL 2017.

Parto pretérmino	Frecuencia	Porcentaje
No	56	69,1
Sí	25	30,9
Total	81	100,0

Fuente: Hospital de Vitarte – Archivo de historias clínicas: Enero-Marzo 2017.

GRÁFICO N° 2: FRECUENCIA DEL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO DEL HOSPITAL DE VITARTE, ENERO - MARZO DEL 2017.



Fuente: Hospital de Vitarte – Archivo de historias clínicas: Enero-Marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 2 y gráfico 2 se observa el parto pretérmino se presentó en 25 gestantes, lo cual representa el 30.9% de la muestra. Los 56 casos restantes, que representan el 69.1% no presentaron dicha complicación, tal como se aprecia en el gráfico 2.

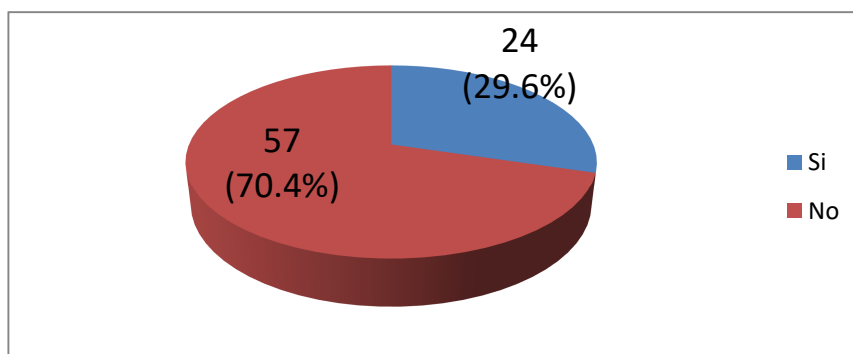
Complicaciones obstétricas del tercer trimestre de embarazo en el Hospital de Vitarte, Enero-Marzo 2017

TABLA N° 3: FRECUENCIA DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO DEL HOSPITAL DE VITARTE, ENERO - MARZO DEL 2017.

Infección del tracto urinario	Frecuencia	Porcentaje
No	57	70,4
Sí	24	29,6
Total	81	100,0

Fuente: Hospital de Vitarte – Archivo de historias clínicas: Enero-Marzo 2017.

GRÁFICO N° 3: FRECUENCIA DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO DEL HOSPITAL DE VITARTE, ENERO - MARZO DEL 2017.



Fuente: Hospital de Vitarte – Archivo de historias clínicas: Enero-Marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 3 y gráfico 3 se observa 24 gestantes se encontró infección del tracto urinario, lo cual representa el 29.6% de la muestra. Los 57 casos restantes, que representan el 70.4% no presentaron dicha complicación, tal como se aprecia en el gráfico 3.

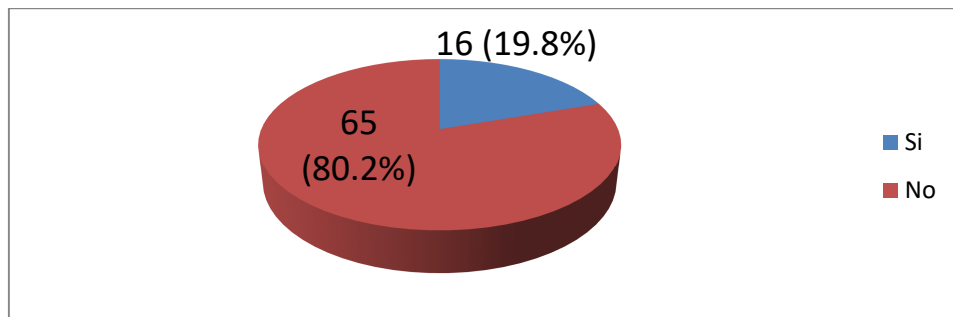
Complicaciones obstétricas del tercer trimestre de embarazo en el Hospital de Vitarte, Enero-Marzo 2017.

TABLA N° 4: FRECUENCIA DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO DEL HOSPITAL DE VITARTE, ENERO - MARZO DEL 2017.

Ruptura prematura de membranas	Frecuencia	Porcentaje
No	65	80,2
Sí	16	19,8
Total	81	100,0

Fuente: Hospital de Vitarte – Archivo de historias clínicas: Enero-Marzo 2017.

GRÁFICO N° 4: FRECUENCIA DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO DEL HOSPITAL DE VITARTE, ENERO - MARZO DEL 2017.



Fuente: Hospital de Vitarte – Archivo de historias clínicas: Enero-Marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 4 y gráfico 4 la rotura prematura de membranas se presentó sólo en 16 gestantes, lo cual representa el 19.8% de la muestra. Los 65 casos restantes, que representan el 80.2% no presentaron dicha complicación, tal como se observa en el gráfico 4.

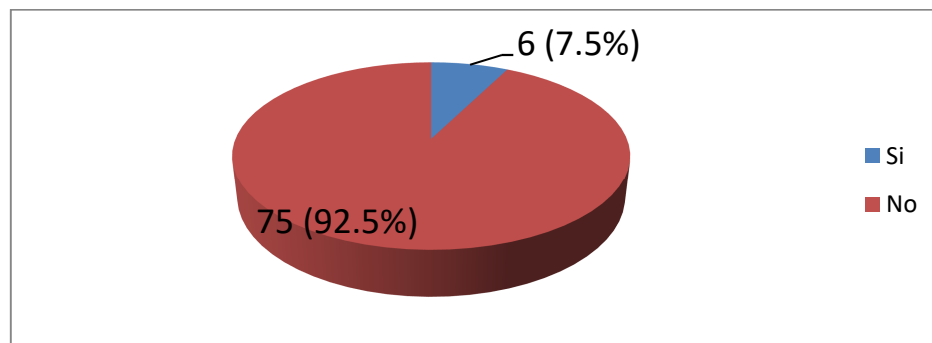
Complicaciones obstétricas del tercer trimestre de embarazo en el Hospital de Vitarte, Enero-Marzo 2017

TABLA N° 5: FRECUENCIA DE LA PLACENTA PREVIA EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO DEL HOSPITAL DE VITARTE, ENERO - MARZO DEL 2017.

Placenta previa	Frecuencia	Porcentaje
No	75	92,6
Sí	6	7,4
Total	81	100,0

Fuente: Hospital de Vitarte – Archivo de historias clínicas: Enero-Marzo 2017.

GRÁFICO N° 5: FRECUENCIA DE LA PLACENTA PREVIA EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO DEL HOSPITAL DE VITARTE, ENERO - MARZO DEL 2017.



Fuente: Hospital de Vitarte – Archivo de historias clínicas: Enero-Marzo 2017.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 5 y gráfico 5 se observa la placenta previa se presentó sólo en 6 gestantes, lo cual representa el 7.5% de la muestra. Los 75 casos restantes, que representan el 92.5% no presentaron dicha complicación, tal como se observa en el gráfico 5.

4.2. DISCUSIÓN

La complicación obstétrica más frecuente según el estudio fue el parto pretérmino con 25 casos, que representan el 30.9% de la muestra, valor ligeramente superior al obtenido por las infecciones del tracto urinario, con 24 casos (29,6%). En los estudios de Uría⁵, Hurtado¹⁰ y Cuz¹⁴, con gestantes adolescentes se ha encontrado que la complicación más frecuente es la infección del tracto urinario, con 22,9%, 23,9% y 30,96% respectivamente. Entre las gestantes añosas, también se ha encontrado un predominio de la infección del tracto urinario como complicación más frecuente, tal como se reportaron en los estudios de Hurtado¹⁰ con 23,5%; y Ramírez⁸ con 48,9%. El parto pretérmino es la complicación más frecuente entre las gestantes con obesidad según el estudio de Gamarra⁶ con 15,1%, entre las mujeres que sufren vaginosis bacteriana, con un 7% tal como reportó Perugache¹⁵; entre gestantes jóvenes con edades entre 15 y 24 años, con un 40,3%, según el estudio de Cardoza¹¹; y entre gestantes adolescentes tempranas con edades entre los 13 y 15 años, con un 62,5%, en base al estudio de Domínguez¹⁶.

La placenta previa se encontró con una frecuencia de 7.5%; valor ligeramente superior al reportado por Díaz¹³ en un grupo de gestantes afiliadas al régimen subsidiado, quien halló una frecuencia del 2% sólo entre las gestantes adultas; y al 1% reportado por Fawed¹⁷ en una muestra general de gestantes, pero resaltando la mayor frecuencia de complicaciones entre las adolescentes. Acho⁷ encontró que la placenta previa representa el 34.8% de las hemorragias que se producen en la segunda mitad del embarazo, y que esta está es más frecuente entre las gestantes con un número inadecuado de controles prenatales (< 6) y las que tenían entre 36 y 40 semanas de gestación.

La ruptura prematura de membranas se encontró en 16 casos, que representan el 19,2% de la muestra estudiada. Entre los antecedentes que

reportan valores menores al obtenido en la presente investigación se destacan los realizados por Uría⁵, quien halló un 7% de frecuencia entre gestantes adolescentes; Gamarra⁶, quien reportó un 11.3% entre gestantes con diagnóstico de obesidad; Ramírez⁸, con un 12.4% en una muestra formada por gestantes añosas mayores de 35 años; Cardoza¹¹ con un 14,5% en una muestra de gestantes jóvenes entre 15 y 24 años; Hurtado¹⁰, quien encontró las frecuencias de 1,0% y 2,2% en gestantes añosas y adolescentes respectivamente; Gutiérrez¹², quien sólo halló un 2,0%, con una mayor frecuencia en las gestantes con un número inadecuado de controles prenatales, presencia de infección urinaria y edades extremas; y Perugache¹⁵, quien entre las gestantes que tenían vaginosis bacteriana halló un 5% de casos con ruptura prematura de membranas. Parodi⁹ en cambio, encontró en los resultados de su tesis una frecuencia de 20.5%, pero su muestra se caracterizaba por la alta prevalencia de anemia, por lo que podría deducirse que esta condición de la gestante podría favorecer el desarrollo de esta complicación.

El parto pretérmino representó en el estudio, con 25 casos, el 30,9% de la muestra. La mayoría de estudios similares presentaron frecuencias menores, como en el caso de Uría⁵, quien halló un 11,7% entre las gestantes adolescentes; Gamarra⁶ con un 15,1% en una muestra de gestantes que padecía obesidad; Ramírez⁸, quien en una muestra de gestantes añosas con 35 años o más encontró un 18,5% de los casos; Perugache¹⁵ con un 7% de gestantes Cuz¹⁴ con un 4,62% en una muestra de gestantes adolescentes; Hurtado¹⁰, quien encontró una mayor frecuencia en gestantes añosas que en las adolescentes, con valores de 10,8% y 2,2%, respectivamente; y Díaz¹³, quien halló en gestantes afiliadas a un régimen subsidiado, una frecuencia de parto pretérmino de 4,4% para las gestantes adultas y 3,3% para el caso de las adolescentes; y Perugache¹⁵, quien reportó un 7% entre las gestantes que sufrían de vaginosis bacteriana. Domínguez¹⁶ fue el único que encontró una frecuencia mayor a la reportada en esta investigación, hallando un

62,5% para una muestra formada exclusivamente por adolescentes tempranas, con edades entre 13 y 15 años.

En el caso de las infecciones del tracto urinario (ITU), el presente estudio encontró 24 casos, que representan un 29,6%. Entre los antecedentes que presentaban resultados inferiores al hallado en el estudio, se pueden destacar los aportes de Vallejos¹⁹, quien encontró una frecuencia de 1,78% en una muestra con edades entre 20 y 24 años; Hurtado¹⁰ con un 23,5% de ITU en gestantes añosas, y 23,9% en gestantes adolescentes; Uría⁵, quien en gestantes adolescentes encontró un 22,9% de casos de ITU; y Parodi⁹ con un 3,9%, aunque dicha infección se observaba en el puerperio, y tenía una muestra con alta prevalencia de anemia, factor que podría influir en los resultados obtenidos. Las investigaciones que presentaron en sus resultados una frecuencia de ITU mayor al obtenido en el presente estudio fueron los de: Ramírez⁸, quien en una muestra de gestantes añosas con más de 35 años encontró un 48,9% de ITU; Cuz¹⁴, quien halló un 30,96% de casos de ITU en una muestra de gestantes adolescentes; Domínguez¹⁶, quien reportó una frecuencia de 43,8% de ITU entre las gestantes adolescentes con edades entre 13 y 15 años; y Arrieta¹⁸, con una frecuencia de gestantes con ITU del 48%, cuya muestra presentaba en su mayoría una edad entre 15 y 2 años.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- La causa más frecuente de asistencia por complicaciones obstétricas en gestantes que cursan el tercer trimestre de embarazo en el Hospital de Vitarte enero – marzo en el año 2017 fue el parto pretérmino con el 30.9% representado por 25 gestantes de 81.
- La segunda causa de complicaciones obstétricas en el tercer trimestre de embarazo en el Hospital de Vitarte enero – marzo en el año 2017 fue la infección del tracto urinario se presenta con una frecuencia del 29.6% representado por 24 gestantes de 81.
- La tercera causa de complicaciones obstétricas en el tercer trimestre de embarazo en el Hospital de Vitarte enero – marzo en el año 2017 fue la ruptura prematura de membranas se presenta con una frecuencia de 19.8% representado por 16 gestantes de 81.
- La cuarta causa de complicaciones obstétricas en el tercer trimestre de embarazo en el Hospital de Vitarte enero – marzo en el año 2017 fue la placenta previa se presenta con una frecuencia 7.5% representado por 6 gestantes de 81.

5.2. RECOMENDACIONES

- El parto pretérmino es la causa más frecuente de complicaciones en el tercer trimestre de embarazo en el Hospital de Vitarte se recomienda charlas preventivas donde se eduque, se identifique los signos de alarma de dicha patología en el control prenatal para un adecuado diagnóstico y manejo.
- Dirigir actividades preventivas en las gestantes para la identificación oportuna de los signos de alarma de infección del tracto urinario, en colaboración con un equipo multidisciplinario que incluya obstetras y enfermeras.
- Educar a las pacientes mediante talleres sobre signos de alarma de la ruptura prematura de membranas, para que la madre este prevenida, así pueda identificarlos oportunamente y acudir rápidamente a su centro de salud.
- Brindar la información necesaria en los controles prenatales donde puedan identificar los signos de alarma de la placenta previa para un oportuno diagnóstico y manejo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Esther López del Cerro Hemorragias del tercer trimestre en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete Enero 2011 URL: disponible en http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2010-2011/sesion20110112_1.pdf
2. Protocolo Asistenciales en Obstetricia Ruptura prematura de membranas; Sociedad Española Ginecología y Obstetricia Junio 2012 URL: disponible en <http://www.elsevier.es>
3. Cristina Laterra, Elsa Andina, Ingrid Di Marco. Guía de Prácticas Clínicas: Amenaza de parto prematuro división Obstetricia Hospital Materno Infantil Ramón Sarda. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sarda 2013, 22(1)
4. Clotilde Vallejos Medic, María del Rosario López Villegas, Miguel Ángel Enríquez Guerra, Benito Ramírez Valverde. Prevalencia de infecciones de vías urinarias en embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Puebla; Rev. Enf. Inf. Microbiol Octubre-Diciembre 2010 volumen 30 (4): 118-122
5. Uría, Ronald. Complicaciones clínico ginecológicas más frecuentes en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría 11-2Tumbes, enero a noviembre 2014 (Tesis). Universidad Nacional de Piura, Piura. Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/779/HUM-URI-LEO-15.pdf?sequence=1>

6. Gamarra, Rocío. Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes con obesidad pregestacional atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el primer semestre del 2014 (Tesis). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. 2015. Disponible en: <http://200.62.146.130/handle/cybertesis/3992>
7. Acho-Mego S, Pichilingüe J, Díaz J, Paredes J. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo, en un hospital nacional de Lima. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, [S.l.], v. 57, n. 4, p. 243-247, abr. 2015. ISSN 2304-5132. Disponible en: <http://spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/169>
8. Ramírez, Sly. Resultados perinatales y obstétricos en gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 (Tesis). Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos. Disponible en: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3756/Sly_Tesis_Titulo_2015.pdf?sequence=1
9. Parodi, Jordan. Complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en gestantes con anemia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, año 2015 (Tesis). Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Lima, 2016. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4829>.
10. Hurtado, Christian. Complicaciones obstetricas y perinatales en gestantes añosas y adolescentes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García Enero a Diciembre 2013 (Tesis); Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos 2014. Disponible en:

http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3715/Christian_Tesis_Titulo_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y

11. Cardoza KJ, Pasapera N, Purizaca M, Matorel M. Características clínico-epidemiológicas de la ruptura prematura de membranas en gestantes jóvenes del Hospital EsSalud III José Cayetano Heredia-Piura. Rev. Cuerpo Med. HNAAA, [S.l.], v. 8, n. 3, p. 157-161, oct. 2015. Disponible en: <<http://www.cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/RCMHNAAA/article/view/246>>.
12. Gutierrez-Munares ME, Martinez-Pariona PE, Apaza-Rodrigo JH. Frecuencia de los factores de riesgo obstétricos en la ruptura prematura de membranas pretermino, Hospital Regional de Ayacucho, Perú . Rev méd panacea.2014; 4 (3):70-73.
13. Díaz LM, Chávez BM. Complicaciones maternas en adolescentes y adultas afiliadas al régimen subsidiado, 2012. Rev Fac Nac Salud Pública 2015; 33(2): 206-217. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33n2a08. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v33n2/v33n2a08.pdf>
14. Cuz, Amílcar. Complicaciones Obstétricas en Adolescentes Embarazadas, ingresadas en el Servicio de Complicaciones Prenatales del Hospital de Cobán, del año 2009 al 2013 (Tesis). Universidad Rafael Landívar; Guatemala, 2016. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2016/09/03/Cuz-Amilcar.pdf>
15. Perugache CD, Rosero LD, Ruano DA, Yépez DF, Benavides JA. Complicaciones Obstétricas en Mujeres Gestantes con Infecciones Vaginales Atendidas en el Hospital Civil de Pasto. Revista Unimar, 2013; 61: 133-138.

16. Domínguez-Anaya R; Herazo-Beltrán Y. Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. Cartagena (Colombia) 2009. Estudio de corte transversal. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, [S.l.], v. 62, n. 2, p. 141-147, dec. 2015. ISSN 2463-0225. Disponible en: <<https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/230>>.
17. Fawed O, Erazo A, Carrasco JC, Gonzales D, Mendoza A, Mejía ME, Flores JC, Mejía C, García A, García I. Complicaciones Obstétricas en Adolescentes y Mujeres Adultas con o sin Factores de Riesgo Asociados, Honduras 2016. Archivos de Medicina, 2016; 4 :4
18. Arrieta N, Ballestas M, García G, Jiménez O, Medina J. Prevalencia de infección urinaria en pacientes gestantes atendidas en el programa de control prenatal en el Hospital Materno Infantil de Soledad durante el año 2012. Revista Médica Evidencias 2013; 3 (1): 37-43. Disponible en:
<http://www.husincelejo.gov.co/pub/UNIDAD%20DE%20DOCENCIA/REVISTA%20EVIDENCIA%20III/prevalencia%20de%20infeccion%20revista%20eivencias.pdf>
19. Vallejos C, López M del R, Enríquez MA, Ramírez B. Prevalencia de infecciones de vías urinarias en embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Puebla. Rev. Enfermedades Infecciosas y Microbiología, 2010; 30 (4): 118-122. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=27338>

20. Irene Cetin, Manuela Cardellicchio Fisiología del embarazo: Interacción materno-infantil; Revista Annales Nestlé [Esp] 2010;68:7–16 Milán - Italia 2010.
21. Placenta previa University of Maryland Medical center 2012, disponible en: <http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/placenta-previa>
22. Esther López del Cerro Hemorragias del tercer trimestre; Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 12 de enero 2011 – España
23. EISEVIER Progresos de obstetricia y ginecología Rotura prematura de membranas actualizado 2004 disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-rotura-prematura-membranas-13062145>
24. Bernardita Donoso Bernales, Enrique OyarzúnEbensperger Parto prematuro; Revista Biomédica Revisada Por Pares Medwave 2012 Sep;12(8):e5477
25. Protocolo: Amenaza de Parto Pretérmino; Unitat de Prematuritat Servei de Medicina Maternofetal Hospital Clínic Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona.
26. Protocolo ProSEGO. Protocolo asistenciales en obstetricia: Parto pretérmino; Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Disponible en <http://www.elsevier.es> ProgObstetGinecol. 2013;56(7):387-392.

27. E. Martínez, J. Osorio, J. Delgado, G.E. Esparza, G. Motoa , V.M. Blanco Infecciones del tracto urinario bajo en adultos y embarazadas: consenso para el manejo empírico; Revista Infectio Colombia Vol. 17. Núm. 03. Julio - Septiembre 2013.
28. Sharon Ishikawa, Adrian Raine Complicaciones Obstétricas y Agresión; Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia. Montreal, Quebec: Centro de Excelencia para el Desarrollo de la Primera Infancia; 2009:1-6. Disponible en: <http://www.encyclopediainfantes.com/documents/IshikawaRaineESPxp.pdf>
29. Obstetricia de Williams. F Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven I. Bloom, John C. Hauth, Larry C. Gilstrap III, Katharine D. Wenstrom 22^a. edición mcgraw-hill. interamericana, México, 2006.
30. Cindy Gineth Silva Chávez, Juliana Pico García Complicaciones obstétricas asociadas a infección de vías urinarias en mujeres embarazadas atendidas en el servicio gineco-obstétrico del Hospital de Bosa; Bogotá-Colombia 2011.

ANEXOS



ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DEL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN EL HOSPITAL DE VITARTE
 ENERO - MARZO 2017

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	ESCALA	CRITERIOS DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Edad de la gestante	Tiempo de vida expresado en años	Grupo etario según número de años de vida.	Cualitativa	Años de vida	Ordinal	(1) Menor de 20 (2) 20 – 34 años (3) 35 a más	Ficha de recolección de datos
Edad gestacional	Edad de un embrión, feto desde el primer día de la última regla.	Clasificación según semanas de gestación al momento de la recolección de datos.	cualitativa	Semanas de gestación	Ordinal	(1) 27-31 ss (2) 32-35 ss (3) 36- 42 ss	

Número de embarazos	Número de embarazos al momento de la recolección de datos.	Calificación de la gestante según el número de embarazos que tiene a la fecha.	Cualitativa	Gestas.	Ordinal	1) primigesta (2) segundigesta (3) multigesta	
Asistencia a controles prenatales	Número de controles prenatales a los que ha asistido hasta la fecha.	Clasificación según el número de controles prenatales.	Cualitativa	Controles prenatales	Ordinal	(0) ninguno (1) < 6 CPN (2) ≥ 6 CPN	
Complicaciones obstétricas	Las complicaciones obstétricas se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo.	Presencia de determinadas complicaciones obstétricas en las gestantes.	Cualitativa	Presencia de parto pretérmino	Nominal	(1) Sí (2) No	Ficha de recolección de datos
				Presencia de infección del tracto urinario	Nominal	(1) Sí (2) No	
				Presencia de ruptura prematura de membrana	Nominal	(1) Sí (2) No	
				Presencia de placenta previa	Nominal	(1) Sí (2) No	

ANEXO N° 2 : INSTRUMENTOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA DETERMINAR LAS
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DEL TERCER TRIMESTRE DE
EMBARAZO EN EL HOSPITAL DE VITARTE ENERO-MARZO 2017

SOCIODEMOGRÁFICAS:

1) Edad: 1.2 Menor de 20 1.2 30-34 1.3 35 a mas

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS:

2) Edad gestacional: 2.1 (27-31) 2.2 (32-35) 2.3 (>36)

3) Número de embarazos: 3.1 Primigesta 3.2 Segundigesta 3.3 Multigesta

4) Asistencia a controles prenatales:

4.1 <6controles 4.2 >6 controles 4.3 ningún control

COMPLICACIÓN OBSTÉTRICA EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO:

5.1 Parto pretérmino

5.2 Infección del tracto urinario

5.3 Ruptura prematura de membranas

5.4 Placenta previa

5.5 Otras complicaciones

ANEXO N° 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS - CONSULTA DE EXPERTOS

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: COMPLICACIONES OBSTETRICAS DEL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN EL HOSPITAL DE VITARTE ENERO-MARZO 2017

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	EDAD DE LA GESTANTE	✓		✓		✓		
2	EDAD GESTACIONAL: (27-31SEMANAS) (32-35SEMANAS) (36-42SEMANAS)	✓		✓		✓		
3	NUMERO DE EMBARAZOS: PRIMIGESTA, SEGUNDIGESTA, MULTIGESTA	✓		✓		✓		
4	ASISTIO A SUS CONTROLES PRENATALES: MENOS DE 6 CONTROLES, MAYORES DE 6 CONTROLES, NINGUN CONTROL	✓		✓		✓		
5	CURSO CON PLACENTA PREVIA COMO COMPLICACION: SI, NO	✓		✓		✓		
6	CURSO CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA COMO COMPLICACION: SI, NO	✓		✓		✓		
7	CURSO CON PARTO PREMATURO COMO COMPLICACION: SI, NO	✓		✓		✓		
8	CURSO CON INFECCION DEL TRACTO URINARIO COMO COMPLICACION: SI, NO	✓		✓		✓		
9	CURSO CON OTRAS COMPLICACIONES EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO: CUALES.....	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI hay suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/Mg: Adriana Toledo Cordova DNI: 29299699

Especialidad del validador: Ginecología - Obstetricia

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

.....de.....del 2017

.....
Firma del Experto Informante..

O+268275
ADRIANA TOLEDO CORDOVA
 CRNL, PNP, MED.
 Asistente Dpto. Gineco - Obst. HC, PNP.
 CMP. 21183 RNE. 11913

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DEL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN EL HOSPITAL DE VITARTE ENERO-MARZO 2017

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
1	EDAD DE LA GESTANTE	✓		✓		✓		
2	EDAD GESTACIONAL: (27-31 SEMANAS) (32-35 SEMANAS) (36-42 SEMANAS)	✓		✓		✓		
3	NUMERO DE EMBARAZOS: PRIMIGESTA, SEGUNDIGESTA, MULTIGESTA	✓		✓		✓		
4	ASISTIO A SUS CONTROLES PRENATALES: MENOS DE 6 CONTROLES, MAYORES DE 6 CONTROLES, NINGUN CONTROL	✓		✓		✓		
5	CURSO CON PLACENTA PREVIA COMO COMPLICACION: SI, NO	✓		✓		✓		
6	CURSO CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA COMO COMPLICACION: SI, NO	✓		✓		✓		
7	CURSO CON PARTO PREMATURO COMO COMPLICACION: SI, NO	✓		✓		✓		
8	CURSO CON INFECCION DEL TRACTO URINARIO COMO COMPLICACION: SI, NO	✓		✓		✓		
9	CURSO CON OTRAS COMPLICACIONES EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO: CUALES.....	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Vanusa Ramirez Lopez DNI: 40687022

Especialidad del validador: Ginecología y Obstetricia

.....de.....del 2017



Firma del Experto Informante:

.....
 O. 35514
 Vanusa Ramirez Lopez
 Universidad de Ciencias y Artes
 Maso Pichay San Sebastián y Usatapa
 P.O. Box 1151-1152
 CAMP 4254E, TREC. 20360

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DEL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN EL HOSPITAL DE VITARTE ENERO-MARZO 2017


Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	EDAD DE LA GESTANTE	✓		✓		✓		
2	EDAD GESTACIONAL: (27-31 SEMANAS) (32-35 SEMANAS) (36-42 SEMANAS)	✓		✓		✓		
3	NUMERO DE EMBARAZOS PRIMIGESTA . SEGUNDIGESTA . MULTIGESTA	✓		✓		✓		
4	ASISTIO A SUS CONTROLES PRENATALES: MENOS DE 6 CONTROLES . MAYORES DE 6 CONTROLES . NINGUN CONTROL	✓		✓		✓		
5	CURSO CON PLACENTA PREVIA COMO COMPLICACION: SI . NO	✓		✓		✓		
6	CURSO CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA COMO COMPLICACION: SI . NO	✓		✓		✓		
7	CURSO CON PARTO PREMATURO COMO COMPLICACION: SI . NO	✓		✓		✓		
8	CURSO CON INFECCION DEL TRACTO URINARIO COMO COMPLICACION: SI . NO	✓		✓		✓		
9	CURSO CON OTRAS COMPLICACIONES EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO: CUALES.....	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [✓] No aplicable [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Aquino Dolores Sava DNI: 07498001

Especialidad del validador: Estadístico

08 de nov del 2018

Sara Aquino Dolores
 ESTADÍSTICO

Firma del Experto Informante.
 COESPPE-022

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Pertinencia

items	Juez 1	Juez2	Juez 3	Total
1	1	1	1	3
2	1	1	1	3
3	1	1	1	3
4	1	1	1	3
5	1	1	1	3
6	1	1	1	3
7	1	1	1	3
8	1	1	1	3
9	1	1	1	3

Prueba binomial

		Catego ría	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. exacta (bilateral)
juez1	Grupo 1	1	9	1,00	,50	,004
	Total		9	1,00		
juez2	Grupo 1	1	9	1,00	,50	,004
	Total		9	1,00		
juez3	Grupo 1	1	9	1,00	,50	,004
	Total		9	1,00		
Total			9	1,00		

El instrumentó es pertinente, ya que es menor de 0,05.

Relevancia

items	Juez 1	Juez2	Juez 3	Total
1	1	1	1	3
2	1	1	1	3
3	1	1	1	3
4	1	1	1	3
5	1	1	1	3
6	1	1	1	3
7	1	1	1	3
8	1	1	1	3
9	1	1	1	3

Prueba binomial

		Categoría	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. exacta (bilateral)
juez1	Grupo 1	1	9	1,00	,50	,004
	Total		9	1,00		
juez2	Grupo 1	1	9	1,00	,50	,004
	Total		9	1,00		
juez3	Grupo 1	1	9	1,00	,50	,004
	Total		9	1,00		

El instrumentó es pertinente, ya que es menor de 0,05.

Claridad

items	Juez 1	Juez2	Juez 3	Total
1	1	1	1	3
2	1	1	1	3
3	1	1	1	3
4	1	1	1	3
5	1	1	1	3
6	1	1	1	3
7	1	1	1	3
8	1	1	1	3
9	1	1	1	3

Prueba binomial

		Categoría	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. exacta (bilateral)
juez1	Grupo 1	1	9	1,00	,50	,004
	Total		9	1,00		
juez2	Grupo 1	1	9	1,00	,50	,004
	Total		9	1,00		
juez3	Grupo 1	1	9	1,00	,50	,004
	Total		9	1,00		

El instrumentó es pertinente, ya que es menor de 0,05.



ANEXO N° 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DEL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN EL HOSPITAL DE VITARTE
 ENERO-MARZO 2017

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<u>Problema general</u> ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas más frecuentes del tercer trimestre del embarazo en el Hospital de Vitarte en el periodo ENERO - MARZO 2017? .	<u>Objetivo general</u> Determinar las complicaciones obstétricas en el tercer trimestre de embarazo en el Hospital de Vitarte, en el periodo Enero-Marzo 2017.	<u>Hipótesis General</u> Debido que el trabajo de investigación es un estudio descriptivo no se formuló hipótesis.	<u>VARIABLES de estudio</u> Complicaciones obstétricas en el tercer trimestre. <ul style="list-style-type: none"> • Parto pretérmino • Infección de vías urinarias • Ruptura prematura de membranas • Placenta previa <u>VARIABLES de control</u> <ul style="list-style-type: none"> • Edad gestacional • Edad • Número de embarazos • Número de controles prenatales 	<u>TIPO DE INVESTIGACIÓN</u> <ul style="list-style-type: none"> • Es un estudio descriptivo. • Según el tiempo de ocurrencia: retrospectivo. • Según período y secuencia: transversal. <u>DISEÑO METODOLÓGICO</u> Diseño experimental no

<u>Formulación de problema</u>	<u>Objetivos específicos</u>			
<p>¿Cuál es la frecuencia de parto pretérmino en el tercer trimestre de embarazo en pacientes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital de Vitarte, enero-marzo 2017?</p>	<p>Identificar la frecuencia del parto pretérmino en el tercer trimestre de embarazo en pacientes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital de Vitarte, enero-marzo 2017.</p>			<p><u>POBLACIÓN Y MUESTRA</u></p> <p>Población formada por 103 gestantes que presentaron complicaciones obstétricas en el tercer trimestre de embarazo que fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Vitarte, entre los meses de enero a marzo del 2017. La muestra seleccionada fue de 81 pacientes</p>
<p>¿Cuál es la frecuencia de la infección del tracto urinario en el tercer trimestre de embarazo en pacientes que son atendidas en el Hospital de Vitarte, enero-marzo 2017?</p>	<p>Determinar la frecuencia de la infección del tracto urinario en el tercer trimestre de embarazo en pacientes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital de Vitarte, enero-marzo 2017.</p>			

<p>¿Cuál es la frecuencia de la ruptura prematura de membranas en el tercer trimestre de embarazo en pacientes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital de Vitarte, enero-marzo 2017?</p>	<p>Identificar la frecuencia de la ruptura prematura de membranas en el tercer trimestre de embarazo en pacientes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital de Vitarte, enero-marzo 2017.</p>			<p style="text-align: center;"><u>TÉCNICA E INSTRUMENTO</u></p> <p>La técnica de registro es observacional con la aplicación de ficha de recolección de datos.</p>
<p>¿Cuál es la frecuencia de la placenta previa en el tercer trimestre de embarazo en pacientes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital de Vitarte, enero-marzo 2017?</p>	<p>Determinar la frecuencia de la placenta previa en el tercer trimestre de embarazo en pacientes que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital de Vitarte, enero-marzo 2017.</p>			

