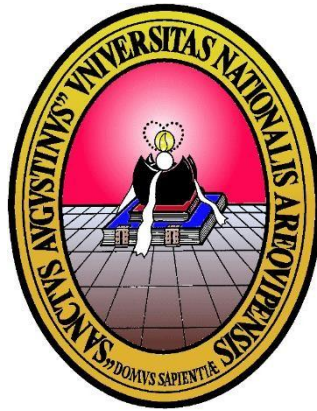


UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

FACULTAD DE MEDICINA



**“COMPLICACIONES DIRECTAS E INDIRECTAS DEL
EMBARAZO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III
GOYENECHÉ PERIODO 2019”**

Tesis presentada por el Bachiller:

LEE BORIS HUANCA SANCHEZ

para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

**ASESORA: DRA. CONSTANTINA OLIVARES
MOSCOSO**

Médica Cirujana.

Especialidad: Ginecología y Obstetricia

Arequipa - Perú

2020

Dedico esta tesis a mi familia fuente de paciencia y apoyo incondicional, a mis padres por ser mi ejemplo de perseverancia, por su confianza en mí y ser el pilar fundamental en todo lo que soy y a mis abuelos que por más que no estén aquí los llevo en el pensamiento y corazón.

AGRADECIMIENTO

A Jehová Dios, fuente de amor comprensión y sabiduría quien nunca dejo de escucharme y mostrarme su bondad, al colocar y mantener en mi vida a buenas personas.

A mis padres Wilmer y Mary, por estar siempre a mi lado y brindarme su apoyo incondicional en todo momento.

A mi tío Reynaldo Sánchez, por su incondicional ayuda y creer en mí.

A mis hermanos Mike y Renzo por ser parte de mis momentos más alegres y por el apoyo y consejos que me dieron en los momentos más difíciles.

A mi asesora, Dra. Constantina Olivares Moscoso por sus valiosas y atinadas orientaciones, consejos y sugerencias que me permitieron desarrollar y culminar el presente trabajo de investigación.

A todas las personas que, de una u otra manera, contribuyeron para hacer realidad la presente investigación.

ÍNDICE

| | |
|----------------------------------|----|
| RESUMEN | v |
| ABSTRACT | vi |
| CAPÍTULO I | 1 |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO II | 6 |
| FUNDAMENTO TEÓRICO..... | 6 |
| CAPÍTULO III | 27 |
| MÉTODOS | 27 |
| CAPÍTULO IV..... | 30 |
| RESULTADOS..... | 30 |
| CAPÍTULO V | 34 |
| DISCUSIÓN | 34 |
| CAPÍTULO VI..... | 37 |
| CONCLUSIONES | 37 |
| RECOMENDACIONES | 38 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 39 |
| ANEXOS | 43 |

RESUMEN

Objetivo: Determinar las complicaciones directas e indirectas más frecuentes del embarazo en las gestantes atendidas en el Hospital rol Goyeneche durante el 2019.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital que cumplieron con los criterios de selección. La recolección de datos fue mediante revisión de historias clínicas. Se utilizó el programa Excel 2016.

Resultados: Se revisaron 2615 historias clínicas; de las cuales el 25.05% presentaron alguna complicación durante el embarazo. Se presentaron complicaciones directas durante el embarazo en 29.77% de casos, siendo las más frecuentes la preeclampsia en 27.18% (leve en 2.05%, severa en 25.13%) y la Rotura Prematura de Membranas (24.62%). Se presentaron complicaciones de causa indirecta en el 70.23% de casos, siendo las más frecuentes la anemia (55.65%) y la bacteriuria sintomática (38.04%); además se registró un caso de muerte materna.

Conclusión: En las gestantes hospitalizadas hay mayor porcentaje que padece una complicación de causa indirecta, entre ellas la anemia.

PALABRAS CLAVE: gestantes – complicaciones directas – complicaciones indirectas.

ABSTRACT

Objective: To determine the most frequent direct and indirect complications of pregnancy in pregnant women attended at the Goyneche III Hospital during 2019.

Methods: We reviewed the medical records of pregnant women treated at the Hospital who met the selection criteria. Data collection was by reviewing medical records. The Excel 2016 program was used.

Results: 2615 medical records were reviewed; of which 25.05% presented some complication during pregnancy. Direct complications occurred during pregnancy in 29.77% of cases, the most frequent being preeclampsia in 27.18% (mild in 2.05%, severe in 25.13%) and Premature Membrane Rupture (24.62%). Indirect cause complications occurred in 70.23% of cases, the most frequent being anemia (55.65%) and symptomatic bacteriuria (38.04%); In addition, one case of maternal death was registered.

Conclusion: In pregnant women hospitalized there is a higher percentage suffering from anemia.

KEY WORDS: pregnant women - direct complications - indirect complications.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones obstétricas se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el período neonatal inicial. Si bien la mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin incidentes, todos los embarazos representan un riesgo. Según la OMS alrededor del 15% del total de las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y, en algunos casos, una intervención obstétrica importante para que sobrevivan (1).

Según OMS, a nivel mundial cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. El 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo, y en estos países es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. En comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo (2).

En el Perú según cifras de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud, la mortalidad materna pasó en 20 años, de 769 defunciones en el año 1997 a 325 defunciones en el 2016, lo que representa un descenso de 42%; mientras que la razón de mortalidad materna pasó desde el periodo 1990-1996, de 265 muertes maternas x 100,00 nacidos vivos, al 2015, a 68 x 100,000 nacidos vivos, lo que corresponde a un descenso del 75%. En el 2016 se han producido 325 muertes maternas, lo que resulta un hecho muy importante, al consignar el menor número de muertes maternas en los últimos 20 años (3,4)

Según los últimos datos reportados a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) por los países, las tres

principales causas de muerte materna son la hipertensión inducida por el embarazo (eclampsia, un 23%), la hemorragia posparto (22%) y el aborto (8%)

Teniendo en cuenta que las complicaciones en el embarazo pueden llegar hasta un 15% según la OMS, este trabajo de investigación pretende con los resultados obtenidos determinar cuál es la realidad en nuestro medio para identificar las principales complicaciones, de manera que permita establecer acciones preventivas oportunas y adecuadas, mas aunque la atención en Obstetricia es al binomio madre niño y las complicaciones ponen en riesgo de incrementar las tasas de morbilidad y mortalidad materno perinatal.

Antecedentes

A nivel internacional

De la Gálvez A. (Bolivia, 2009); Identificó las complicaciones más frecuentes del embarazo y parto; construir índices para las mismas, realizando un estudio descriptivo, retrospectivo de una serie de casos, basado en las estadísticas nacionales del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI 2005). Fueron seleccionadas 23 prestaciones: cuatro de producción de servicios, catorce complicaciones del embarazo y parto, y cinco complicaciones de la atención. El índice para cada complicación ha sido obtenido sobre el total de partos y cesáreas atendidos, por Departamento. La cobertura de parto del SUMI fue 49,3 %, y 17,3 % el índice de cesáreas. El embarazo ectópico fue tres veces más frecuente que el molar. El índice de preeclampsia grave y eclampsia, muy parecido al de hiperémesis gravídica y al de abortos complicados. De cada diez hemorragias, nueve fueron por retención de placenta o atonía uterina post-parto. Los desgarros perineales y del cuello del útero fueron las complicaciones más frecuentes de la atención.

Los índices de morbilidad obstétrica y de complicaciones de la atención fueron muy elevados (5).

Patricia P. (México, 2003), realizó un estudio acerca de determinar la incidencia de complicaciones obstétricas y del recién nacido, los tipos de complicación y algunos factores asociados o favorecedores de éstas en un hospital de ginecología y obstetricia, teniendo como resultados: En total se estudió a 1137 mujeres embarazadas de las cuales 114 presentaron complicaciones obstétricas durante el período estudiado, siendo la incidencia de 9.9 por cada 100 mujeres embarazadas. Se registraron 2 defunciones, una por hemorragia postparto y la otra por eclampsia. La tasa de mortalidad materna fue 2 por cada 1,000 nacimientos. De las 114 pacientes que presentaron complicación, 113 habían ingresado sin complicación, y solo una ingresó con diagnóstico de eclampsia, agravándose durante la estancia hospitalaria. Los tipos de complicación correspondieron a desgarro perineal durante el parto de grado no especificado, seguido por hemorragia postparto, infección, crisis convulsivas inducidas por la anestesia epidural administrada durante el trabajo de parto y parto, y eclampsia, siendo la incidencia de 8.9, 0.6, 0.3, 0.05 y 0.05 respectivamente por cada 100 mujeres embarazadas. (6)

A nivel nacional

Mirian Yanet (Perú,2015), realizó un estudio en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, donde se encontró que las principales complicaciones obstétricas en las gestantes adolescentes en este estudio fueron: anemia (19,18 %) siendo la complicación obstétrica más frecuente, infección del tracto urinario (14,29 %), desproporción céfalo pélvica (11,43 %), ruptura prematura de membrana (11,02 %), desgarro perineal y/o cervical (10,61 %), pre eclampsia (7,76 %), parto pretérmino (7,76 %) y parto prolongado (7,76 %); Las complicaciones obstétricas no se relacionaron con ninguna de las características sociodemográficas. ($P > 0,05$); pero sí existe una relación con las características obstétricas que fueron: tipo de parto, edad gestacional encontrándose una diferencia significativa ($P=0,000$) (7).

Gutierrez-Munares (Perú,2014); el objetivo del estudio 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 (8).

A nivel local

Ana L. (Perú, 2018); tuvo como objetivo conocer las complicaciones del embarazo, el parto y puerperio en gestantes obesas del hospital Regional Honorio Delgado Espinoza durante el 2017, en el cual Se atendieron 111 gestantes obesas de un total de 5073 partos (2.19%); el 7.21% fueron adolescentes y 28.83% fueron gestantes añosas; la edad promedio de las gestantes obesas fue de 29.62 ± 6.95 años. El 81.08% tuvo obesidad tipo I, 17.12% obesidad tipo II y 1.80% obesidad tipo III. Se presentaron complicaciones durante el embarazo en 29.73% de casos, siendo las más frecuentes la diabetes gestacional (13.51%) y la preeclampsia en 18.02% (leve en 11.71%, severa en 6.31%). La vía de terminación del embarazo fue la cesárea en 96.40% de casos, y vaginal en 3.60%. El 3.60% presentó complicaciones durante el parto por hemorragia. Se presentaron complicaciones en el puerperio en 14.41% de gestantes obesas, principalmente infección urinaria (43.75%), endometritis

(31.25%) e infección de herida operatoria (18.75%). La estancia hospitalaria promedio fue de 7.09 ± 4.40 días (9).

PROBLEMA

¿Cuáles son las complicaciones directas e indirectas más frecuentes del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital III Goyeneche de la Provincia Arequipa en el periodo 2019?

OBJETIVO GENERAL

Determinar las complicaciones directas e indirectas más frecuentes del embarazo en el Hospital Goyeneche en el periodo 2019.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las complicaciones directas más frecuentes del embarazo en las pacientes que estuvieron hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital III Goyeneche en el periodo 2019.
- Determinar las complicaciones indirectas más frecuentes del embarazo en las pacientes que estuvieron hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital III Goyeneche en el periodo 2019.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO

FISIOLOGÍA DEL EMBARAZO

Es el periodo que inicia desde el momento de implantación del cigoto en el útero materno, termina en el parto. Para que este proceso se lleve a cabo es necesario la producción de ovocitos maduros por parte de la madre, y esta producción inicia desde la menarca, sin necesariamente estar la madre o adolescente preparada física o psicológicamente para llevar el buen curso de su gestación. Al producirse la fecundación del ovulo por un espermatozoide, se produce una nueva secuencia de fenómenos llamada gestación, preñes o embarazo y el ovulo fecundado completa su desarrollo y forma un feto a término (10). Con respecto a problemas durante la gestación, las adolescentes sufren más complicaciones que la mujer adulta, entre las que podemos citar la toxemia, la eclampsia y las anemias. Son más proclives también a los partos pretérmino, que pueden llevar incluso a la muerte, o a recién nacidos de bajo peso, prematuridad, traumas obstétricos y un riesgo elevado de muerte prenatal en el transcurso del primer año de vida. Además, en la embarazada adolescente se suma el riesgo nutricional, pues se añaden a las necesidades normales de su crecimiento y las del feto que engendra (11).

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la morbilidad obstétrica directa como resultado de complicaciones obstétricas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos que resulta de cualquiera de los anteriores. La definición de morbilidad obstétrica extrema, según RC Pattinson, es una complicación obstétrica severa que pone en riesgo la vida de la mujer y que requiere una intervención médica urgente para prevenir la muerte de la madre (12).

CAUSAS DE COMPLICACIONES

CAUSAS DIRECTAS

Se denomina causa directa aquellas que resultan de complicaciones obstétricas propias del embarazo (embarazo, parto y puerperio) y entre ellas tenemos:

PARTO PRETÉRMINO

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% (13).

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 (13).

Se consideran tres entidades clínicas como responsables de la prematurez del recién nacido:

- Un inicio espontáneo del trabajo de parto (parto prematuro idiopático)
- La discontinuidad de las membranas ovulares que permite la salida del líquido amniótico (Rotura prematura de membranas)
- La interrupción prematura del embarazo como indicación médica o resultado de una iatrogenia, producto de una patología materna y/o fetal (13).

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:

- Activación por estrés materno del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal.
- Presencia de infección intraamniótica, responsable también de la ruptura prematura de membranas.
- 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 (13).

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 (13).

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 (14).

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

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

- Índice de Bishop mayor o igual a 5.
- Antecedente de parto pretérmino antes de la 34^o semana.
- Pérdida gestacional tardía (≥ 17.0 semanas).
- Gestación múltiple.
- Portadora de cerclaje cervical en la gestación actual.
- Criterios ecográficos, aplicable sólo para gestaciones únicas:
 - Longitud cervical < 25 mm antes de las 28.0 semanas.
 - Longitud cervical < 20 mm entre las 28.0 y 31.6 semanas.
 - Longitud cervical < 15 mm a las 32 semanas o más (14).

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 (15).

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.

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.

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.

Los corticoides, como la Betametasona, 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.

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.

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.

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 (15).

Como criterio para finalizar la gestación debe considerarse lo siguiente:

- En gestantes con 32 semanas o menos, debe individualizarse el caso en base a la edad gestacional y el tipo de germen.
- 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 (16).

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.

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

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 (17).

Esta patología se suele clasificar en tres categorías:

- Placenta previa marginal, aquella que está muy próxima al cuello uterino, pero llega a la abertura.
- Placenta previa parcial, cuando cubre sólo una parte de la abertura del cuello uterino.
- Placenta previa completa, si cubre totalmente la abertura cervical (17).

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 (17).

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 (17).

Existen dos grupos de factores responsables de la presencia de placenta previa:

- 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.
- 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 (18).

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.

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 (18).

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 (18).

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 (19).

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

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. (19).

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. 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 (19).

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 (18).

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 (18).

PREECLAMPSIA

La preeclampsia se refiere al síndrome caracterizado por la aparición de hipertensión y proteinuria luego de las 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa. (20).

Es una enfermedad exclusiva del embarazo humano, con predisposición familiar, de herencia principalmente de tipo recesivo.

Ésta es clasificada como leve o severa. La preeclampsia severa presenta las características, más peligrosas de este síndrome.

Cuadro 1: Criterios para el diagnóstico de preeclampsia (20)

Presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg

y/o

Presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg*

Y

Proteinuria de 30 mg o más en recolección de orina en 24 horas +

Cuadro 2: Criterios para preeclampsia severa (20)

| |
|---|
| Hipertensión + proteinuria y al menos uno de los siguientes: |
| Síntomas de disfunción del sistema nervioso central: Visión borrosa, escotomas, alteración del estado mental, cefalea intensa (incapacitante) o cefalea que persiste y que progresa a pesar de terapia analgésica |
| Síntomas de distensión de la capsula hepática: Dolor epigástrico o en el cuadrante superior derecho Náuseas, vómitos |
| Injuria hepatocelular: Concentración de transaminasas séricas al menos dos veces su valor normal |
| Elevación severa de la presión arterial: Presión arterial sistólica ≥ 160 mm Hg o diastólica ≥ 110 mm Hg en dos ocasiones con al menos 6 horas de separación |
| Trombocitopenia: $< 100,000$ plaquetas/mm ³ |
| Proteinuria: 2 ó > gramos en 24 horas |

No existe la categoría de pre eclampsia moderada.

Las manifestaciones de la preeclampsia pueden presentarse antes de las 34 semanas de gestación (inicio temprano), a las 34 semanas o después (inicio tardío), durante el trabajo de parto y en el postparto (30).

La preeclampsia, en el Perú, es la segunda causa de muerte materna, representando el 17 a 21% de las muertes maternas; es la primera causa de muerte materna en los hospitales de EsSalud del país y en Lima Ciudad (31).

La preeclampsia ocurre en 3 a 14 % de todos los embarazos a nivel mundial, en el Perú, su incidencia fluctúa entre el 5 a 7 %. Ésta enfermedad es leve en el 75 % de los casos y severa en el 25 % de los casos. Cuando ocurre preeclampsia ésta se presenta en el 10 % de embarazos menores de 34 semanas de gestación y en el 90 % de embarazos de 34 semanas o mayores (32).

Los cambios patogénicos placentarios asociados con preeclampsia ocurren semanas o meses antes del desarrollo de las manifestaciones clínicas. El desarrollo gradual de hipertensión y proteinuria en el embarazo es debido usualmente a preeclampsia, particularmente en una paciente primigesta (20).

En la mayoría de pacientes se manifiesta clínicamente en la segunda mitad del tercer trimestre. En algunas mujeres sin embargo los síntomas se inician mucho más temprano, en la segunda mitad del segundo trimestre, mientras que en otras los síntomas retrasan su inicio hasta el parto o el periodo post parto temprano (hasta las 48 horas).

Es inusual la ocurrencia de signos y síntomas de preeclampsia antes de las 20 semanas de gestación, cuando se presentan es sugestiva la presencia de embarazo molar subyacente, embarazo múltiple, o síndrome de anticuerpo antifosfolípido.

El diagnóstico de preeclampsia se basa en la aparición de hipertensión arterial luego de las 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa (Cuadro 1).

La preeclampsia es diagnosticada usualmente anteparto o intraparto, pero puede presentarse clínicamente en el periodo postparto (33).

La presión arterial elevada debe ser documentada en dos ocasiones con al menos seis horas de separación, pero no más de siete días de separación entre las tomas de la presión arterial.

La determinación de proteinuria es comúnmente realizada colocando una tira reactiva en una muestra fresca de orina obtenida a la mitad del chorro (valoración cualitativa). La muestra debe ser obtenida antes de realizar el examen pélvico para minimizar la contaminación con secreciones vaginales.

Las mujeres con proteinuria cualitativa positiva deben someterse a medición cuantitativa de la excreción de proteínas ya que los valores de proteinuria obtenidos mediante la tira reactiva no se correlacionan bien con los valores de excreción de proteínas en orina recolectada en 24 horas (34,35).

La preeclampsia debe ser sospechada en cualquier gestante con hipertensión con signos y síntomas característicos, aun si la proteinuria está ausente.

Se debe solicitar Hemograma, hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo y factor RH, creatinina, glucosa, ácido úrico, urea, transaminasas hepáticas, deshidrogenasa láctica, bilirrubina sérica. (36).

Los test de coagulación (ejemplo: tiempo de protrombina, tromboplastina parcial activa, fibrinógeno) son usualmente normales si no está presente desprendimiento placentario o disfunción hepática, y por ello no necesitan ser monitorizados rutinariamente. También cabe recalcar la importancia del frotis de sangre periférica que nos indica hemolisis y es un signo de importancia.

El bienestar fetal debe ser evaluado mediante la realización de test no estresante, perfil biofísico fetal y ecografías seriadas para evaluar el crecimiento y el volumen de líquido amniótico, el doppler obstétrico también es útil para la valoración del bienestar fetal.

HEMORRAGIA POSTPARTO (HPP)

La hemorragia posparto (HPP) se define como la pérdida de sangre de 500 ml. o más en el término de 24 horas después del parto, mientras que la HPP grave se define como la pérdida de sangre de 1.000 ml o más dentro del mismo marco temporal. También se entiende por HPP a cualquier pérdida hemática que cause compromiso hemodinámico en el postparto. La HPP es una de las complicaciones obstétricas más temidas que pueden sufrir en el puerperio. Sigue siendo una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo, en especial en países en vías de desarrollo (21,22).

La HPP puede clasificarse en primaria o secundaria según el tiempo en que ocurre el evento. La hemorragia posparto primaria ocurre durante las primeras 24 horas posteriores al nacimiento del neonato. La hemorragia posparto secundaria ocurre después de 24 horas y hasta 12 semanas después del parto. Las causas incluyen retención de restos placentarios y/o infección.

El ACOG define la hemorragia posparto como una pérdida de sangre acumulada igual a 1.000 ml o más, junto con signos o síntomas de hipovolemia en las primeras 24 horas después del parto (lo que incluye la hemorragia intraparto), independientemente de la vía de nacimiento (22).

Las causas de hemorragia post-parto pueden clasificarse en 4 grandes grupos, conocidas internacionalmente como “las 4 T” (por sus iniciales en inglés):

- Trastornos de la contractilidad uterina
- Tejido. Restos y adherencias placentarias
- Traumatismos del tracto genital
- Trastornos de la coagulación

CAUSAS INDIRECTAS

Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

ANEMIA

La anemia en general se define rigurosamente como un número reducido absoluto de glóbulos rojos circulantes, sin embargo, no es práctico ni rentable para este propósito y muchas veces no está disponible. La anemia se ha definido como una reducción en uno o más mediciones obtenidas como parte del conteo sanguíneo completo ya sea la concentración de hemoglobina, hematocrito y recuento de glóbulos rojos, pero en la práctica una concentración de hemoglobina baja o un hematocrito bajo está más ampliamente empleadas para este fin (23).

Los criterios para su diagnóstico según la OMS (organización mundial de la salud) son menor a 13mg/dL en varones y menor a 12mg/dL en mujeres no embarazadas, sin embargo para el diagnóstico de la anemia en gestantes esto cambia por ejemplo en nuestro país según la norma técnica así como parámetros recomendados de la OMS son 20,21,22: anemia leve (Hb de 10 a 10,9 g/dl); anemia moderada (Hb de 7 a 9,9 g/dl) y anemia severa (Hb menos de 7 g/dl), por otro lado ACOG (Colegio americano de ginecología y obstetricia) y la CDC (centro de control de enfermedades) consideran que durante el segundo trimestre el punto de corte superior debe ser 10.5 g/dl (24).

El punto de corte para la anemia en gestantes es más bajo porque existe una dilución de la sangre que comienza durante la semana 12 y se acelera durante el segundo trimestre siendo más sutil en el tercer trimestre. Entre la semana 32 y la 34 de gestación el volumen sanguíneo de la madre ya es un 42 a 45% más que el volumen antes del embarazo, pero la proporción en que aumenta la masa eritrocitaria tan solo llega a ser la mitad de eso. Esta "hipervolemia" inducida por el embarazo es necesaria para la irrigación del útero hipertrófico, suplir a la placenta y feto de nutrientes, prevención del retorno venoso en la posición supina como erguida y paliar la pérdida de sangre durante el parto. Pese a la dilución fisiológica que sucede durante el embarazo, solo un 5% de las gestantes llegan a una hemoglobina menor a 11g/dL por lo cual valores por debajo son considerados patológicos (24).

Las causas de la anemia en gestantes son de amplia variedad ya sea esta única o debido a varias coexistentes; sin embargo, la principal, no solo por importancia sino también por frecuencia, es la deficiencia de hierro. Tanto es así que muy a menudo la prevalencia de anemia hace referencia a la anemia por deficiencia de hierro. Entre la anemia fisiológica (por dilución) y la deficiencia de hierro están aproximadamente el 85% (37).

En un embarazo normal se requiere un mínimo de 1000mg de hierro. Los primeros 300mg irán directamente a la placenta y el feto, 200mg serán excretados, y los 500mg sobrantes serán los utilizados para el aumento de glóbulos rojos. La cantidad de hierro que se excreta es constante, el organismo no tiene control sobre las pérdidas y depende únicamente de nuestra ingesta por lo tanto la principal causa de la anemia por deficiencia de hierro es la pobre ingesta en la dieta, la cual es común en nuestro país. También están los trastornos en la absorción de hierro, pérdida de sangre crónica o alguna condición que aumente sus requerimientos como ocurre en los niños, adolescentes y fundamentalmente en las gestantes (38).

Uno de estos requerimientos son los folatos, su deficiencia causa anemia megaloblástica y alteraciones en la formación de ADN, aunque es infrecuente no es de menor importancia ya que la deficiencia de folatos durante la gestación se ha relacionado a defectos del tubo neural los cuales pueden ser incompatibles con la vida. Puede ocurrir en gestantes que no ingieren frutas frescas de hoja verde o proteína de origen animal. La deficiencia de vitamina B12 es incluso más rara que la anterior la dieta inadecuada es una causa, pero esta debe persistir durante años, hasta agotar las reservas del hígado se encuentra principalmente en alimentos de origen animal. La absorbemos gracias al Factor intrínseco de Castle formado por células de la mucosa gástrica por ello es más frecuente en pacientes gastrectomizados o con algún trastorno de absorción (24).

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO

La infección del tracto urinario se define como la invasión microbiana del aparato urinario que sobrepasa la capacidad de los mecanismos de defensa del huésped, produce alteraciones morfológicas o funcionales y una respuesta inmunológica no siempre evidenciable (25).

La infección del tracto urinario en el embarazo constituye una de las patologías más frecuentes en la práctica clínica. Son las complicaciones que con mayor frecuencia aparecen, entre al 5 al 10% de todos los embarazos. Siendo más frecuente en gestantes multíparas, de nivel socioeconómico bajo, con infección previa y de acuerdo con la edad (a mayor edad mayor predisposición a este tipo de infecciones) (26).

Durante el embarazo se producen una serie de modificaciones anatómicas y funcionales que abarcan en mayor o menor grado y casi sin excepción a todos los órganos y sistemas. Estos cambios representan la respuesta del organismo materno a una adaptación y mayor demanda metabólica impuesta por el feto. Cuando ante la nueva situación un órgano o sistema no reacciona compensando la sobrecarga metabólica pueden producirse una serie de enfermedades vinculadas estrechamente con la gravidez (26).

En las vías urinarias durante la gestación se producen cambios anatómicos y fisiológicos, como manifestaciones de adaptación al proceso del embarazo. Algunas de ellas predisponen a la infección del tracto urinario y en general constituyen una prueba para las demandas funcionales requeridas para la evolución de la gestación. Si hay infección previa, se exacerbará y en muchos casos recién serán descubiertos con motivo del embarazo (26).

Las infecciones del tracto urinario, mayormente son causadas por gérmenes, por lo regular bacterias que ingresan a la uretra y luego a la vejiga. Esto puede llevar a una infección, con mayor frecuencia en la vejiga misma, la cual puede propagarse a los riñones. La mayoría de las veces, el cuerpo puede librarse de

estas bacterias. Sin embargo, ciertas afecciones aumentan el riesgo de padecer infecciones urinarias (26).

En más del 95% de los casos, un único microorganismo es el responsable de la infección. En general los gérmenes causantes de infección de tracto urinario durante la gestación son los mismos que fuera del embarazo y dentro de ellos tenemos:

- Gram negativas (-): Echerichia coli (80 - 90%), Klebsiella Neumoniae (5%), Enterobacter Species (3%), Proteus Mirabilis (5%).
- Gram positivos (+): Streptococcus Grupo B (1%), Staphilococcus saprophiticus (2%) y otros organismos menos comunes como enterococos, Gardnerellavaginalis y Ureaplasma ureolyticum. Chlamydia Trachomatis está asociada con piuria estéril y ocurre más del 30 % de las IU No bacterianas (26).

CAPÍTULO III

MÉTODOS

AMBITO Y PERIODO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación se realizó en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III Goyeneche, mediante la revisión de historias clínicas. Habiéndose hospitalizado durante el año 2019 un total de 2615 gestantes, de las cuales todas cumplieron con los criterios de inclusión

POBLACION DE ESTUDIO

La población de estudio estuvo representada por gestantes que fueron hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III Goyeneche en el año 2019, que cumplieron con los criterios de inclusión, revisándose un total de 2615 historias clínicas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestantes que fueron hospitalizadas en el Hospital III Goyeneche durante el año 2019.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Historias clínicas de gestantes, que estén mal llenadas o que presenten datos incompletos.
- Que la historia clínica no se encuentre.

UNIDAD DE ESTUDIO

Historias clínicas de gestantes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia que presentaron alguna complicación durante su embarazo en el año 2019.

CONSIDERACIONES ETICAS

Por la naturaleza del estudio no se requirió de consentimiento informado. Se mantuvo la confidencialidad y anonimato de la información de las historias clínicas revisadas.

TECNICAS Y PROCEDIMIENTO

TIPO DE ESTUDIO

El presente es un estudio transversal, retrospectivo, observacional según Douglas Altman.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Cuadro de operacionalización de variables (anexo 2)

PRODUCCION Y REGISTRO DE DATOS

Cada una de las variables se buscaron en historias clínicas de acuerdo a los indicadores descritos y recolectados en una ficha de datos.

INSTRUMENTOS

Ficha de recolección de datos (anexo 1).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron registrados utilizando el programa Excel 2016 y procesados en el mismo. Se elaboró una base de datos a partir de la cual se generaron tablas para el cálculo de las frecuencias absolutas y relativas.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

**COMPLICACIONES DIRECTAS E INDIRECTAS DEL EMBARAZO EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ PERIODO
2019**

**TABLA NRO. 1: GESTANTES CON O SIN COMPLICACIÓN- CON
COMPLICACIÓN DIRECTA O INDIRECTA**

| VARIABLES | N° | % |
|-------------------------------|-----------|----------|
| Alguna complicación | 655 | 25.05 |
| Sin complicaciones | 1960 | 74.95 |
| Total | 2615 | 100.00 |
| ALGUNA COMPLICACIÓN | N° | % |
| Complicación directa | 195 | 29.77 |
| Complicación indirecta | 460 | 70.23 |
| Total | 655 | 100.00 |

**COMPLICACIONES DIRECTAS E INDIRECTAS DEL EMBARAZO EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ PERIODO
2019**

TABLA NRO. 2: COMPLICACIONES DIRECTAS.

| VARIABLE | | N° | % |
|--|--------|-----------|----------|
| Preeclampsia | Leve | 4 | 2.05 |
| | Severa | 49 | 25.13 |
| Rotura prematura de membranas | No | 147 | 75.38 |
| | Si | 48 | 24.62 |
| Oligoamnios | No | 157 | 80.51 |
| | Si | 38 | 19.49 |
| Parto pretérmino | No | 162 | 83.08 |
| | Si | 33 | 16.92 |
| Embarazo gemelar | No | 186 | 95.38 |
| | Si | 9 | 4.62 |
| Hemorragia postparto | No | 187 | 95.90 |
| | Si | 8 | 4.10 |
| Placenta Previa | No | 189 | 96.92 |
| | Si | 6 | 3.08 |
| Total | | 195 | 100.00 |

**COMPLICACIONES DIRECTAS E INDIRECTAS DEL EMBARAZO EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III GOYENCHE PERIODO
2019**

TABLA NRO. 3: COMPLICACIONES INDIRECTAS.

| VARIABLES | | N° | % |
|--|----|-----------|----------|
| Anemia | No | 204 | 44.35 |
| | Si | 256 | 55.65 |
| Bacteriuria sintomática | No | 285 | 61.96 |
| | Si | 175 | 38.04 |
| Infección del tracto urinario | No | 432 | 93.91 |
| | Si | 28 | 6.09 |
| Muerte materna | No | 59 | 99.78 |
| | Si | 1 | 0.22 |
| Total | | 460 | 100.00 |

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó para conocer las principales complicaciones del embarazo, en gestantes que estuvieron hospitalizadas en el Hospital III Goyeneche durante el año 2019, si bien en nuestro medio hay investigaciones relacionadas a complicaciones obstétricas más frecuentes en gestantes adolescentes y gestantes añosas, mas no existe investigaciones locales que muestren cifras de su prevalencia de complicaciones obstétricas en gestantes en su edad fértil.

Durante el año 2019 se atendieron 2615 gestantes de las cuales se encontró que 655 gestantes presentaron alguna complicación obstétrica. En la Tabla 1 se muestra la distribución de las gestantes de acuerdo al tipo de complicación que presentaron de estas el 195 (29.77%) presentaron alguna complicación de causa directa y 460 (70.23%) alguna complicación indirecta, lo que se relacionaría a lo encontrado en el trabajo realizado en Bolivia por Hurtado (9) en el cual encontró que las principales complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes y añosas fueron las indirectas.

En la tabla 2 muestra cuales son las complicaciones directas de la cual la preeclampsia fue más frecuente con (27.18 %) siendo 53 casos de los cuales 4 fueron severas (7.54%) y 49 fueron leves (94.45%), constituyendo una prevalencia de 0.15 % en preeclampsia leve y 1.87 % en preeclampsia severa, la cual se da por el bajo nivel académico y conocimiento de esta patología en nuestra sociedad y el inadecuado monitoreo y seguimiento de estas pacientes por el personal de salud en el primer nivel de atención, lo que contrasta con Muñoz S. (28) que encontró una prevalencia de 4.11 %, 5.36 %, en gestantes

que acuden a hospitales peruanos. En segundo lugar, se tiene a la Rotura prematura de membranas con (24.62%). La Rotura prematura de membranas se relaciona con infecciones genitourinarias concomitantes, debido a la alta incidencia de estas patologías encontradas de acuerdo a la revisión de historias clínicas.

En tercer lugar, al Oligoamnios (19.49%), parto pretérmino en el cuarto lugar con (16.92%), similar resultado encontrado por Samuel F. (27) 10.28%, este resultado se podría explicar por las infecciones que padecen las gestantes. Al no tener un adecuado control prenatal no se conoce quienes están con infecciones, además que al tener la infección y no ser tratadas adecuadamente contribuye a padecer dicha patología, en quinto lugar, embarazo gemelar (4.62%), en sexto lugar hemorragia post parto (4.1%) y en séptimo lugar placenta previa (3.08%).

En la tabla 3 muestra cuales son las complicaciones indirectas de la cual la anemia (55.65%) fue la más frecuente. La anemia es el déficit nutricional más frecuente en el embarazo, esta puede traer consecuencias desfavorables tanto para la madre como para el producto.

Según la OMS unos 468 millones de mujeres de 15 a 49 años (el 30% de todas las mujeres) padecen anemia, al menos la mitad de ellas por carencia de hierro; la mayor proporción de ellas en países en vías de desarrollo. Además, también se podría deber a que el primer control prenatal se da generalmente en el segundo trimestre del embarazo, según lo encontrado por Samuel F. (27), que encontró que el 59.81% presentaron anemia en gestantes adolescentes y 47.66% en gestantes adultas. En segundo lugar, se obtuvo la bacteriuria sintomática con 38.04%, en tercer lugar, se encontró la Infección de tracto urinario (6.09%). Ambas patologías son más frecuentes en el embarazo lo que podría deberse a las medidas higiénicas pobres que practican, además de que por si el embarazo es un estado de inmunodepresión y favorece este tipo de cuadro clínico.

Se debe dar a conocer las medidas que se deben adoptar para prevenir las infecciones. Hablar además de las consecuencias que esto puede acarrear si no se recibe un tratamiento adecuado tanto para la madre como para el nuevo ser.

Se reportó un caso de muerte materna a causa de proceso infeccioso de vías biliares la cual tuvo un desenlace en sepsis de foco abdominal.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

PRIMERA: Se presentaron complicaciones directas en gestantes que fueron atendidas en el Hospital III Goyeneche durante el año 2019 en 29.77%; siendo las complicaciones más frecuentes Preeclampsia con 27.18% y Rotura prematura de membranas con 24.62%.

SEGUNDA: Las complicaciones indirectas en gestantes atendidas en el Hospital III Goyeneche durante el año 2019 fueron en 70.23%; siendo las complicaciones más frecuentes anemia con 55.5% y bacteriuria sintomática 38.04%.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Se enviará los resultados del presente trabajo de investigación al jefe de departamento del servicio de Ginecología-Obstetricia, para que tenga conocimiento de cuáles fueron las principales complicaciones obstétricas durante el embarazo para que establezcan las mejores estrategias y puedan prevenir complicaciones.

SEGUNDA: Teniendo en cuenta que los pacientes con complicaciones son referidos de los centros de atención del primer nivel, se enviará también los resultados a la encargada de Salud Sexual y Reproductiva de la Gerencia Regional de Salud de Arequipa, para que se establezcan políticas regionales de cambio de estrategia para el control del embarazo con el propósito de detectar y tratar precozmente las complicaciones y signos de alarma que ponen en riesgo la salud del binomio madre niño.

TERCERA: Debido a que la principal complicación que se encontró fue la anemia se debería mejorar el screen del primer control para así poder detectar a tiempo esta patología y dar un tratamiento precoz y de esta forma evitar futuras complicaciones obstétricas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Integrated Management Of Pregnancy And Childbirth [Online]. WHO/RHR/00.7; [cited 2020 enero 14]. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_RHR_00.7_spa.pdf?ua=1
2. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. Nota descriptiva. Setiembre 2016.
3. Organización Mundial de la Salud. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA. The World Bank and the United Nations Population Division. 2014. ISBN 978 92 4 150722 6.
4. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA. Casos de muerte materna según notificación semanal. Perú 2000 – 2016. Hasta la SE 52 del 2016.
5. DE LA GÁLVEZ A. Atención obstétrica y complicaciones del embarazo y parto en Bolivia. Cuadernos del Hospital de Clínicas. 2009. 54(2):100-107.
6. Patricia P. Repositorio de tesis Universidad Veracruzana. [Online].; 2002 [cited 2020 enero 14]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2003/muv031f.pdf>
7. Mirian Y. Repositorio de tesis Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman. [Online].; 2015 [cited 2020 enero 15]. Available from : http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2254/951_2016_garcia_mena_my_facs_obstetricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. 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.
9. Ana Q. Repositorio UNSA. [Online].; 2018 [cited 2020 enero 15]. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5600/MDquchal.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

10. Embarazo Y Lactancia Tratado De Fisiología Medica 12ed Guyton & Hall 2012.
11. Sigfrido V. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. INCIDENCIA, RIESGOS Y COMPLICACIONES. [Online].; 2002 [cited 2020 enero 14]; 28(2). Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v28n2/gin04202.pdf>
12. Calvo-Aguilar O, Morales-García VE, Fabián-Fabián J (2010) Morbilidad materna extrema en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Servicios de Salud de Oaxaca. Ginecol Obstet Mex 78: 660-668.
13. Bernardita Donoso Bernales, Enrique OyarzúnEbensperger Parto prematuro; Revista Biomédica Revisada Por Pares Medwave 2012 Sep;12(8):e5477.
14. Protocolo: Amenaza de Parto Pretérmino; Unitat de Prematuritat Servei de Medicina Maternofetal Hospital Clínic Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona.
15. Protocolo ProSEGO. Protocolo asistenciales en obstetricia: Parto pretérmino; Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
16. Protocolo Asistenciales en Obstetricia Ruptura prematura de membranas; Sociedad Española Ginecología y Obstetricia Junio 2012.
17. Placenta previa University of Maryland Medical center 2012.
18. Esther López del Cerro Hemorragias del tercer trimestre; Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 12 de enero 2011 – España.
19. ELSEVIER Progresos de obstetricia y ginecología Rotura prematura de membranas actualizado 2004.
20. Cunningham F. y Col. Obstetricia de Williams 23va. Edición. Editorial Mc Graw Hill interamericana. Mexico 2014.
21. OMS. OMS. [Online].; 2014 [cited 2020 febrero 05]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf;jsessionid=AB439614213DA8365BFEEFCB3702A31FB?sequence=1.
22. Roberto S. Consenso de Hemorragia Postparto. SOGIBA 2018. [Online]. [citado 2020 febrero 05]. Available from: http://www.sogiba.org.ar/images/Consenso_HPP_SOGIBA_2018.pdf

23. UPTODATE. Anemia [Internet]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-anemia>
24. Ministerio de salud. Directiva sanitaria para la prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en gestantes y puerperas. Perú. 2016;1-48.
25. Cifuentes R. Obstetricia de Alto Riesgo. Sexta Edición. Colombia. Editorial Guadalupe. 2000 55
26. Schwarcz R, Fesina R, Duverges C. Obstetricia. 6ª Edición. Buenos Aires. Editorial El Ateneo. 2005
27. Samuel F. Repositorio UNSA. [Online].; 2013 [cited febrero 2020 febrero 06]. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4057/MDescasf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Selva J. Anemia en el embarazo. Rev Hematol Mex 2011;12(Supl. 1):S28-S31.
29. Consejo ejecutivo OMS. Nutrición de las mujeres en el periodo pregestacional, durante el embarazo y durante la lactancia. Documento EB130/10. 2011 ; 1:1-3.
30. Davison J, Homuth V, Jeyabalan A, Conrad K, Karumanchi S, Quaggin S, et al. New aspects in the pathophysiology of preeclampsia. J Am Soc Nephrol. 2004;15:2440-2488.
31. Sánchez S. Análisis de la mortalidad materna en la Disa V Lima Ciudad. Periodo 2000-2004. Dirección de Epidemiología. Disa V Lima Ciudad.
32. Pacheco J. Preeclampsia/Eclampsia: Reto para el Ginecoobstetra. Acta méd. Peruana. Vol. 23 Nro. 2 Lima. Mayo/Agosto 2006.
33. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. Practice Guideline 2013.
34. Moran, Baylis, Lindheimer, Davison. Glomerular ultrafiltration in normal and preeclamptic pregnancy. J Am Soc Nephrol 2003; 14:648.
35. Escudero C, Bertoglia P, Muñoz F, Roberts JM. Purinas y ácido úrico en preeclampsia: interacciones fisiopatológicas y proyecciones en investigación. Rev. méd. Chile, 2013; 141(7):895-902.

36. Moran P, Lindheimer Md, Davison Jm. The renal response to preeclampsia. *Semin Nephrol* 2004; 24:588.
37. Jesus M. Repositorio UNMSM. [Online].; 2015 [cited 2020 febrero 06].
Avaliable from:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6142/Flores_hj.pdf?sequence=1&isAllowed=y
38. Robbins & Cotran. *Patologia estructural y funcional* setima edicion. In p. 644–50.

ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE LA HISTORIA OBSTETRICA

| | |
|---|---|
| Fecha: | N ° de HCL |
| Datos de la gestante | |
| Nombre: | Edad: |
| Datos de la gestación | |
| Patología durante el embarazo: | Diagnostico: |
| Complicaciones directas: | |
| Hemorragia postparto | - Si () - No () |
| -Preeclampsia | - Si () - No () |
| Parto pre término | - < 28 semanas. () - Entre 28-34 semanas () - Entre 34-37 semanas () |
| RPM | - < 6 horas () - > 24 horas () |
| Placenta previa | - Si () - No () |
| Complicaciones indirectas | |
| Anemia | - Si () - No () |
| ITU | - Si () - No () |
| Bacteriuria sintomática | - Si () - No () |
| Muerte materna | - Si () - No () |
| Duración de la gestación: | |
| Menor de 37 Sem () De 37 a menos de 42 Sem () Más de 42 Sem () | |

ANEXO 2: OPERAZACIONALIZACION DE VARIABLES

| Variable | Categoría | Indicador | Escala de medición |
|--------------------------------------|--|-----------|--------------------|
| CAUSAS DIRECTAS | | | |
| Hemorragia Postparto | <ul style="list-style-type: none"> - >500 cc post parto en 24 h. - >1000cc post cesárea en 24h | Sí No | Nominal |
| Preeclampsia | <ul style="list-style-type: none"> - P.A >140/90. - Proteinuria mayor a 300 mg/24 horas | Sí No | Nominal |
| Parto pretérmino | <ul style="list-style-type: none"> - < 28 ss. - Entre 28-34 ss. - Entre 34-37 ss. | Sí No | Nominal |
| Rotura prematura de membranas | <ul style="list-style-type: none"> - < 6 horas - > 24 horas | Sí No | Nominal |
| Placenta previa | <ul style="list-style-type: none"> - Total - Parcial | Sí No | Nominal |
| CAUSAS INDIRECTAS | | | |
| Anemia | <ul style="list-style-type: none"> • <11 mg % • >11 mg % | Sí No | Nominal |
| Infección del tracto urinario | <ul style="list-style-type: none"> • Examen de orina positivo. | Sí No | Nominal |
| Bacteriuria sintomática | <ul style="list-style-type: none"> • Examen de orina positivo. | Sí No | Nominal |
| Muerte materna | <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de Historia clínica. | Sí No | Nominal |