

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

**COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS ASOCIADAS A PERIODO
INTERGENÉSICO, EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA 2020**

TESIS

Presentada por:

Bach. Maribel Maritza Colque Perca

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADO EN OBSTETRICIA

TACNA – PERÚ

2022

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

**COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS ASOCIADAS A PERIODO
INTERGENÉSICO, EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA 2020**

TESIS

Presentado por:

Bach. Maribel Maritza Colque Perca

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Obstetricia

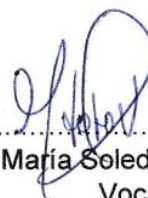
Aprobado por UNANIMIDAD ante el siguiente jurado:



.....
Dra. Olga Choque Chura
Presidente



.....
Mgr. Jackeline Rosemary Flores Flores
Secretaria



.....
Mgr. María Soledad Soto Valdivia
Vocal



.....
Lic. Yusselinevich Vladislava Vigil Dávalos
Asesora

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios por haber iluminado mi existencia, guiar mis pasos por el camino del bien y permitir terminar con éxito, esta hermosa carrera de Obstetricia.

A mis padres, Froilán y Eusebia, por su apoyo, consejos, comprensión, amor, por estar presentes en los momentos más difíciles, por ayudarme con los recursos necesarios para culminar mis estudios universitarios y lograr el sueño de ser profesional.

A mis pequeños hijos, Berenice y Kenneth, por ser mi gran motivación y mi orgullo, que me impulsa cada día para ofrecer lo mejor de mí.

A mi gran amiga y compañera Ingrid, por estar siempre apoyándome y darme ánimos para no rendirme.

AGRADECIMIENTO

Agradecer a la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, mi alma mater, por haber permitido formarme en sus aulas, por abrirme un gran camino hacia adelante, para lograr el anhelo de ser profesional.

A mi familia por su apoyo y comprensión en todo momento, especialmente a mis padres, mi pareja y mis hijos, ya que gracias a ellos llegué a donde estoy hoy en día, por ser mi motivación y mi motor para seguir adelante.

Al personal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, por abrirme las puertas de su institución, por su incondicional apoyo, por su gran capacidad de enseñanza y humildad, y por transmitirme esa hermosa labor de servir.

A mis docentes de la Escuela Profesional de Obstetricia, por sus grandes consejos, experiencias, por su gran apoyo y motivación a seguir con esta hermosa profesión, por sus enseñanzas y valores impuestos en clases.

CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
CONTENIDO	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. Descripción del problema	3
1.1.1. Antecedentes del problema	3
1.1.2. Problemática de la investigación	5
1.2. Formulación del problema	7
1.3. Justificación e importancia	7
1.4. Alcances y limitaciones	8
1.5. Objetivos	9
1.5.1. Objetivo general.....	9
1.5.2. Objetivos específicos.....	9
1.6. Hipótesis.....	10

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	11
2.1. Antecedentes del estudio	11
2.2. Bases teóricas.....	19
2.3. Definición de términos.....	45
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	48
3.1. Tipo y diseño de investigación	48
3.2. Población y muestra.....	49
3.3. Operacionalización de variables.....	50
3.4. Técnicas e instrumentos para recolección de datos.....	52
3.5. Procesamiento y análisis de datos	52
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	53
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	84
CONCLUSIONES	91
RECOMENDACIONES.....	92
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXOS.....	99

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según edad	54
Tabla 2	Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según grado de instrucción	56
Tabla 3	Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según estado civil	58
Tabla 4	Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según ocupación	60
Tabla 5	Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según lugar de procedencia	62
Tabla 6	Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas; según periodo intergenésico	64

Tabla 7	Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según edad gestacional	66
Tabla 8	Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según número de gestaciones	68
Tabla 9	Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según tipo de parto	70
Tabla 10	Distribución de las complicaciones obstétricas de las gestantes	72
Tabla 11	Asociación entre periodo intergenésico y amenaza de parto prematuro en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia	74
Tabla 12	Asociación entre periodo intergenésico y anemia gestacional en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia	75
Tabla 13	Asociación entre periodo intergenésico y desproporción feto pélvica en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia	76

Tabla 14	Asociación entre periodo intergenésico y embarazo prolongado en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia	77
Tabla 15	Asociación entre periodo intergenésico y oligohidramnios en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia	78
Tabla 16	Asociación entre periodo intergenésico y preeclampsia en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia	79
Tabla 17	Asociación entre periodo intergenésico y presentación podálica en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia	80
Tabla 18	Asociación entre periodo intergenésico y ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia	81
Tabla 19	Asociación entre periodo intergenésico y situación transversa en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia	82
Tabla 20	Asociación entre periodo intergenésico y sufrimiento fetal agudo en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia	83

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según edad	55
Gráfico 2	Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según grado de instrucción	57
Gráfico 3	Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según estado civil	59
Gráfico 4	Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según ocupación	61
Gráfico 5	Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según lugar de procedencia	63
Gráfico 6	Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas; según periodo intergenésico	65

Gráfico 7	Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según edad gestacional	67
Gráfico 8	Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según número de gestaciones	69
Gráfico 9	Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según tipo de parto	71
Gráfico 10	Distribución de las complicaciones obstétricas de las gestantes	73

RESUMEN

El presente estudio tiene por **Objetivo:** Determinar la asociación que existe entre complicaciones obstétricas y el periodo intergenésico en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020. **Métodos:** La investigación fue de tipo correlacional, no experimental, de corte transversal y retrospectiva, el instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos; para determinar la asociación entre las variables periodo intergenésico y complicaciones obstétricas se utilizaron pruebas no paramétricas chi - cuadrado de Pearson, se consideró un valor de $p < 0,05$ y con un intervalo de confianza (IC) del 95 %. **Resultados:** Las principales complicaciones presentadas por las gestantes fueron: anemia gestacional (33,3 %), desproporción feto pélvica (25,6 %), sufrimiento fetal agudo (21,1 %), preeclampsia (7,4 %), oligohidramnios (4,3 %). Con respecto al periodo intergenésico, predominó el periodo intergenésico largo (47,8 %), seguido del periodo intergenésico corto (31,1 %), y finalmente periodo intergenésico adecuado (21,1 %). Las complicaciones obstétricas asociadas al periodo intergenésico corto encontradas en nuestro estudio fueron: amenaza de parto prematuro ($p=0,036$), anemia gestacional ($p=0,043$), desproporción feto pélvica ($p=0,029$) y situación transversa ($p=0,044$), así mismo, las complicaciones asociadas a periodo intergenésico largo fueron: anemia gestacional ($p=0,001$), desproporción feto pélvica ($p=0,023$), sufrimiento fetal agudo ($p=0,022$) y preeclampsia ($p=0,048$), mientras que en el periodo intergenésico adecuado se encontró asociación con las siguientes complicaciones: desproporción feto pélvica ($p=0,042$) y sufrimiento fetal agudo ($p=0,031$). **Conclusión:** Existe asociación significativa entre las complicaciones obstétricas y el periodo intergenésico.

PALABRAS CLAVE: Complicaciones obstétricas, Periodo intergenésico

ABSTRACT

The present study aims **to**: Determine the association that exists between obstetric complications and the intergenetic period in pregnant women treated in the obstetrics gynecological service of the Hipólito Unanue Hospital in Tacna 2020. **Methods:** The research was correlational, not experimental, of a cross-sectional nature cross-sectional and retrospective, the instrument used was a data collection form; to determine the association between the intergenetic period variables and obstetric complications, non-parametric Pearson chi-square tests were used, a value of $p < 0.05$ was considered and with a confidence interval (CI) of 95%. **Results:** The main complications presented by the pregnant women were: gestational anemia (33.3%), fetopelvic disproportion (25.6%), acute fetal distress (21.1%), preeclampsia (7.4%), oligohydramnios (4.3%). Regarding the intergenetic period, the long intergenetic period prevailed (47.8%), followed by the short intergenetic period (31.1%), and finally the adequate intergenetic period (21.1%). The obstetric complications associated with the short intergenetic period found in our study were: threat of premature birth ($p=0.036$), gestational anemia ($p=0.043$), fetus-pelvic disproportion ($p=0.029$) and transverse situation ($p=0.044$), as well as Likewise, the complications associated with a long intergenetic period were: gestational anemia ($p=0.001$), fetus-pelvic disproportion ($p=0.023$), acute fetal distress ($p=0.022$) and preeclampsia ($p=0.048$), while in the intergenetic period An adequate association was found with the following complications: fetal-pelvic disproportion ($p=0.042$) and acute fetal distress ($p=0.031$). **Conclusion:** There is a significant association between obstetric complications and the intergenetic period.

KEYWORDS: Obstetric complications, Intergenetic period

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, de quienes se basa la norma técnica de salud N° 105-MINSA, el periodo intergenésico está definido como el periodo de tiempo que se establece desde el término de la última gestación por vía vaginal o cesárea, y el comienzo de una nueva gestación, se considera periodo intergenésico corto cuando el periodo entre gestaciones es menor de 24 meses, y periodo intergenésico largo si el tiempo transcurrido es de 48 meses o mayor (1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 830 mujeres mueren cada día por complicaciones que pueden ser evitables, estas están claramente vinculada con el embarazo, parto y el post parto. Los países en vías de desarrollo están relacionados con el 99% de casos de muerte materna, y esta probabilidad aumenta en zonas rurales y en comunidades más pobres (2)

Investigaciones que se llevaron a cabo en distintos países de América Latina, han comprobado que mujeres con periodos intergenésicos cortos en sus embarazos, mostraron un mayor riesgo de complicaciones como parto pre término, desprendimiento prematuro de placenta, muerte neonatal y restricción del crecimiento intrauterino, entre otros (3)

De la misma manera, diferentes resultados nos señalan que el periodo intergenésico menor a 24 o mayor a 48 meses, aumenta radicalmente la probabilidad de presentar complicaciones tales como placenta previa, aborto espontáneo, embarazo prolongado, oligohidramnios, entre otras complicaciones (4,5).

Este hecho es evidente en varios contextos, y en Tacna, por su capacidad resolutoria para tratar complicaciones obstétricas y demás patologías maternas; se ha logrado identificar periodos intergenésicos extremos, menores de 24 meses o mayores a 48 meses; conociendo esta situación, se determina que estos periodos de riesgo, podrían desencadenar en complicaciones, en la madre y el recién nacido.

En el departamento de Tacna, existen estudios de investigación sobre las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, pero no se ha buscado su asociación con el periodo intergenésico, por lo tanto, se estima que es valioso ejecutar la investigación para poder determinar la asociación que existe entre complicaciones obstétricas y el periodo intergenésico, corto, largo y adecuado. Los resultados se utilizarán para diseñar un sistema de planificación para la detección temprana de complicaciones obstétricas que surgen durante el embarazo.

El presente estudio se realizó con el objetivo de “Determinar la asociación que existe entre complicaciones obstétricas y el periodo intergenésico en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020”. Los resultados servirán para que el personal de salud del servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, brinde consejería a las gestantes sobre la importancia de espaciar adecuadamente los embarazos; puesto que, periodos intergenésicos cortos y largos, podrían llevar a complicaciones prevenibles, contribuyendo a mejorar la salud materna y perinatal.

La siguiente investigación fue desarrollada en 5 capítulos, entre los cuales tenemos; Capítulo I: planteamiento del problema, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Marco metodológico, Capítulo IV: Resultados y Capítulo V: Discusión

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1. Antecedentes del problema

Según la OPS, un promedio de 5.500 mujeres muere cada año por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto en la región del Caribe y América Latina, según las últimas cifras comunicadas por los países a la OPS/OMS. Las causas principales fueron la hipertensión arterial (eclampsia, un 23%), sangrado posparto (22%) y aborto (8%). Por tal motivo, casi la totalidad de estas muertes maternas podrían evitarse si las mujeres gestantes recibieran una atención rápida y de calidad (6).

En el 2020, se notifica al sistema de vigilancia epidemiológica, que hasta la semana 39, ocurrieron 306 muertes maternas directas e indirectas hasta los 42 días de culminada la gestación, esto representa un incremento de 25,8 % en comparación con el mismo periodo del 2019 (7).

Existen diversidad de tratamientos médicos para prevenir o tratar las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, y así evitar una muerte materna, sin embargo, en el contexto actual de una pandemia, surge un desafío importante para el país, que requiere una revisión de las intervenciones, destacando la

prioridad y la distinción entre los diferentes escenarios, y que ayude a reducir la morbimortalidad materna, fetal y neonatal (3,7).

En la actual emergencia por la pandemia de Covid-19, se ha evidenciado un alto aumento de la mortalidad materna en el Perú. Las muertes maternas aumentaron a 440 durante el año 2020; 45,7% más que en el año 2019. En la decimotercera semana del 2021, los decesos de mujeres gestantes aumentaron a 136; 65,9% más que en el 2020, en el mismo periodo. Ancash, Lambayeque, Lima Metropolitana y Piura fueron las provincias con mayor incidencia de muertes maternas hasta la semana 13 del 2021. Al examinar las posibles causas de los decesos maternos ocurridos en nuestro país entre los años 2020 y 2021, se encontró que muchas de las complicaciones pudieron ser evitables (8).

Un período intergenésico ≤ 24 y ≥ 48 meses se asocia con un mayor riesgo de complicaciones obstétricas y neonatales. El período Intergenesico óptimo para la prevención de complicaciones materno fetales es de 24 a 48 meses, según diversos estudios realizados en relación al tema (9).

Investigaciones en diferentes países de Latino América dieron como resultado la presencia de alto riesgo de complicaciones como parto prematuro, desprendimiento prematuro de placenta, muerte neonatal y restricción del crecimiento intrauterino en mujeres con períodos intergenésicos cortos, llegando a determinar que un periodo corto, aumentan el riesgo complicaciones y otras patologías del recién nacido (10).

Se considera que el periodo intergenésico óptimo para la prevención de posibles complicaciones maternas y fetales es de 24 a 48 meses, lo que requiere conciencia de la importancia de una planificación familiar adecuada, que va a permitir a la población tomar la decisión sobre el intervalo de tiempo entre los embarazos, haciendo énfasis que en periodos intergenésicos de riesgo, ya que la posibilidad de presentar complicaciones obstétricas es mayor y esto podría culminar en muerte materna o neonatal (9)

La mayoría de muertes maternas se producen principalmente debido a complicaciones obstétricas, y estas a su vez, están asociadas a periodos intergenésico cortos o largos (4).

La diabetes gestacional, placenta previa, ruptura prematura de membranas, y ruptura uterina, están asociadas a periodos intergenésicos cortos, por otro lado, el desprendimiento prematuro de placenta y preeclampsia, están altamente asociados con periodos intergenésico largos (5).

1.1.2. Problemática de la investigación

En el mundo, cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por complicaciones que están altamente conectadas con el embarazo o el parto. En el 2015, se produjeron unas 303 000 muertes de mujeres durante el periodo de gestación o puerperio. Claramente la mayoría de estos decesos se produjeron en países bajos ingresos económicos y casi la totalidad de estas complicaciones se hubieran evitado con una oportuna atención médica de calidad (11).

En nuestro país, muchas mujeres mueren por complicaciones relacionadas al embarazo, parto o en el posparto. Casi todas estas complicaciones ocurren durante el embarazo y la mayoría se pueden prevenir o tratar; otras pueden aparecer antes de la gestación, pero se complican con el embarazo, especialmente si no se tratan prioritariamente en un centro de salud. Las principales complicaciones que causan el 75% de muertes maternas son las hemorragias, las infecciones, la hipertensión gestacional y los abortos (11).

En Tacna, 41,9% de gestantes presentó alguna complicación, durante el embarazo, parto o puerperio del total de partos atendidos en el año 2020, de las cuales en el 76,1% de ellas ocurrió a partir de su segundo embarazo en adelante.

En la población de Tacna no existe suficiente interés en planificar su familia y usar un anticonceptivo de larga duración, solo un 20% usa algún método moderno como el implante sub dérmico, T de cobre o el inyectable trimestral, esta problemática ocasiona que haya embarazos no adecuados, presentándose así, embarazos con periodos intergenésicos cortos y largos.

Todo embarazo con periodo Intergenésico extremo de una u otra forma tiene una alta tasa de presentar alguna complicación, por tanto, el tema se considera de salud pública y que afecta a todos los embarazos.

Por consiguiente, es necesaria la educación en planificación familiar en forma continua y sistemática en todas las etapas de vida, para formar una cultura del autocuidado de salud sexual y reproductiva y así evitar el alto número de cesáreas programadas por complicaciones del embarazo y parto, ya que

con una buena educación podríamos evitar posibles complicaciones, por tanto, las cesáreas, que aumentan el riesgo de morbilidad materna.

La problemática mencionada se hace evidente en nuestra ciudad de Tacna, es por ello y porque la influencia del periodo intergenésico sobre la morbilidad materna y fetal no ha sido estudiada a profundidad en nuestra ciudad, a través de este estudio, buscamos “Determinar la asociación que existe entre complicaciones obstétricas y el periodo intergenésico, en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020”.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Lo anteriormente expuesto nos lleva a plantearnos la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

Biológicamente, los embarazos consecutivos, sin un periodo intergenésico de recuperación, son riesgosos tanto para la madre, como para el feto, ya que el cuerpo de la madre no puede recuperar el desgaste de la gestación anterior, afectando la salud materna y fetal.

Desde el punto de vista teórico, el problema de un embarazo sin planificación acarrea complicaciones que aumentan la morbilidad

materna perinatal, por tanto, es un problema de salud pública, que muy pocos estudios abordan en nuestra región y que los resultados del mismo beneficiaran a todas las mujeres en edad fértil, asimismo a todas las familias, puesto que una complicación afecta a todos sus miembros, por tanto, es necesario conocer y abordar desde diferentes enfoques el problema.

Por consiguiente los resultados obtenidos expondrán nuevos conocimientos teóricos sobre el periodo intergenésico y las complicaciones que estas desencadenan, cuando son extremas (PIG corto y PIG largo), las cuales servirán en la práctica del personal de salud para la toma de decisiones y así se realice educación sanitaria con relación al periodo intergenésico adecuado, con el fin de reducir algunas complicaciones asociadas a este, y de esta manera contribuir a la salud materna y perinatal, asimismo fortalecer a las familias a formar una cultura sobre la salud sexual y reproductiva, con respecto a cuándo y cuantos hijos tener.

El presente estudio permitirá de manera objetiva tener información actualizada sobre el problema de estudio, el mismo que será una base de datos para profundizar desde diferentes enfoques otros trabajos de investigación, tendientes a mejorar la calidad de vida en este grupo poblacional.

1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES

El estudio por su naturaleza, no presenta limitaciones

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo general

Determinar la asociación que existe entre complicaciones obstétricas y el periodo intergenésico en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020.

1.5.2. Objetivos específicos

- a) Identificar el periodo intergenésico de las gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020.
- b) Determinar las principales complicaciones obstétricas de las gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020.
- c) Determinar la asociación que existe entre las principales complicaciones obstétricas y el periodo intergenésico corto, adecuado y largo de las gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020.

1.6. HIPÓTESIS

H₁: Existe asociación significativa entre las complicaciones obstétricas y el periodo intergenésico, en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020.

H₀: No existe asociación significativa entre las complicaciones obstétricas y el periodo intergenésico, en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

A nivel internacional

Lemus R. (Guatemala, 2016)

En su estudio de investigación titulado ***“Complicaciones obstétricas en pacientes con periodo intergenésico corto que ingresan al servicio de labor y partos”***. (Tesis para obtener el grado de maestro en ciencias médicas con especialidad en Ginecología y Obstetricia). Universidad de San Carlos de Guatemala. La muestra fueron las pacientes que ingresan al servicio de labor de partos al área de Ginecología y Obstetricia de Hospital Roosevelt, usando los criterios de inclusión y exclusión se estableció una muestra de 153 pacientes, siendo 51 casos y 102 controles, en las cuales se determinó que las complicaciones obstétricas más frecuentemente encontradas fueron Restricción del Crecimiento Intrauterino(RCIU) 21% (OR=12,87), Trabajo de Parto Pretérmino(TPP) 19% (OR=11,9546), Desprendimiento Prematuro de Placenta normo inserta(DPPNI) 12% (OR=2,51), y Placenta Previa(PP) 12% (2,80). En cuanto al intervalo de tiempo entre una gestación y la siguiente en las pacientes con PIC, el rango en el que más se encontraron pacientes fue el de 6 a 12 meses con un 41%, seguidas de 13 a 18 meses, menor de 6 meses y 19 a 24

meses con 25%, 18%, y 16% respectivamente. Conclusiones: La complicación obstétrica más frecuentemente encontrada en el grupo de pacientes con PIC fue RCIU, seguida de Trabajo de Parto Pre-término, DPPNI y Placenta Previa (5).

Tablas M. y Ríos V. (Guatemala 2016)

En la tesis titulada ***“Periodo Intergenésico Corto: Factor de riesgo para complicaciones obstétricas”***. (Tesis para obtener el título profesional de cirujano). Universidad de San Carlos de Guatemala. La muestra la establecieron las pacientes multigesta y/o multíparas que asistieron a la Clínica de Post parto del Hospital San Juan de Dios, usando criterios de inclusión y exclusión se obtuvo una muestra de 320 pacientes, de las cuales, el 58.75% (188 casos) de la muestra total incluida en el estudio presentó complicaciones durante el parto registrado en el año 2015, sin diferenciar la duración del periodo intergenésico. Dentro de la muestra se identificó que el 45.9% que corresponde a 147 pacientes, presentaron periodo intergenésico corto entre la última gesta y la actual, y dentro de este grupo se determinó que 111 pacientes presentaban complicaciones obstétricas y únicamente 15 pacientes presentaron dos o más complicaciones, por lo que al relacionar ambos hallazgos se identificó que dicho periodo, es un factor de riesgo para la presentación de complicaciones obstétricas (OR=3,84), aumentando la probabilidad de presentar alguna complicación 2 veces más que las pacientes que presentan periodos intergenésicos óptimos o prolongados (RR=1,69). De igual forma, estadísticamente se observa asociación obteniendo un valor de chi cuadrado de 31,5 y un valor p menor a 0,05, lo cual demuestra la dependencia entre ambas variables. Las complicaciones obstétricas más frecuentes en pacientes con periodo intergenésico corto fueron:

ruptura prematura de membranas ovulares (45 casos), parto pretérmino (24 casos), preeclampsia (13 casos) y aborto (10 casos). Sin embargo, únicamente se encontró asociación estadística entre el periodo intergenésico corto y las siguientes complicaciones obstétricas: parto pretérmino (OR=3,55; $\chi^2= 10,6$, $p=0,0011$), ruptura uterina (OR=7,31; $\chi^2= 4,55$; $p=0,0327$), atonía uterina (OR=2,39; $\chi^2= 1,05$; $p=0,3$), aborto ($\chi^2= 12,14$; $p=0,0004$) y ruptura prematura de membranas ovulares (OR=2,73; $\chi^2=13,10$; $p=0,0002$) Conclusiones: El período intergenésico corto es un factor de riesgo para la presentación de complicaciones obstétricas. Las mujeres que lo presentan tienen un riesgo 2 veces mayor de presentar complicaciones obstétricas, que aquellas con periodos más extensos. Las complicaciones obstétricas más frecuentes encontradas en el estudio fueron ruptura prematura de membranas ovulares, parto pre término, preeclampsia, aborto y oligohidramnios, sin embargo, las complicaciones que mostraron asociación estadística con la duración del periodo intergenésico fueron: ruptura prematura de membranas ovulares, parto pretérmino, aborto, atonía y ruptura uterina (12).

Amaluisa D. (Quito - Ecuador, 2017)

En el trabajo titulado ***“Efectos obstétricos de un intervalo intergenésico corto como causa de complicaciones maternas en el hospital gineco-obstétrico Isidro Ayora quito en el periodo de enero a marzo del 2016”***. (Tesis para obtener el título profesional de médico general). Universidad Católica del Ecuador. La muestra fue obtenida de las gestantes atendidas por parto normal o cesárea en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de enero a marzo del 2016, usando los criterios de inclusión y exclusión mencionados en la Tesis, se obtuvo una muestra de 254 pacientes. Siendo los resultados

obtenidos, que al calcular el riesgo relativo entre el periodo intergenésico y las complicaciones obstétricas se encontró que, el periodo intergenésico menor de 24 meses presenta una asociación estadísticamente significativa con parto pre término. De hecho, el tener un periodo intergenésico corto aumenta 2,33 (IC95% 1,57 – 3,46) veces más el riesgo de presentar parto pre término. Sin embargo, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre periodo intergenésico corto y trastornos hipertensivos (hipertensión gestacional, preclamsia o eclampsia) Conclusiones: El periodo intergenésico menor de 24 meses altera el eje biológico, psíquico y social de la madre, interviniendo en los resultados adversos perinatales. La prevalencia de intervalo intergenésico corto en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora es del 26%. El periodo intergenésico menor de 24 meses aumenta 3,36 veces el riesgo de presentar parto prematuro independientemente de la instrucción y la etnia de la paciente (13).

Carranza E. Y Peralta W. (Guayaquil - Ecuador 2017)

El presente estudio titulado ***“Periodo intergenésico corto como factor de riesgo materno neonatal en pacientes del hospital matilde hidalgo de procel junio-noviembre- 2016”***. (Tesis para obtener el título profesional de Obstetra). Universidad de Guayaquil. La muestra fue obtenida de las pacientes atendidas en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel, y según los criterios de inclusión y exclusión propuestos, la muestra obtenida fue de 99 gestantes, presentando los siguientes resultados: Entre las complicaciones más sobresalientes de nuestro estudio debido al periodo intergenésico corto esta la amenaza de parto pretérmino que llego a los 32% seguidas de la anemia y la amenaza de aborto con un 17%. Correspondiente a los antecedentes

obstétricos el mayor índice fue de 53% en pacientes con gestas 3-4 y una de las complicaciones obstétricas más sobresalientes fue la amenaza de parto pre término según las encuestas evaluadas. Conclusiones: Se evidenció que el intervalo Intergenésico corto se relaciona significativamente con falta de planificación familiar. En lo referente al nivel educativo nuestro trabajo reporto que el periodo Intergenésico corto fue más frecuente en el nivel de estudios secundarios que alcanzó el 60% (14).

A nivel nacional

Tello F. (Cajamarca, 2017)

En la Tesis titulada “**Complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico, en gestantes atendidas en el centro de salud baños del inca, 2017**”. (Tesis para obtener el título profesional de Obstetra). Universidad Nacional de Cajamarca. La muestra se obtuvo de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Baños del Inca y según los criterios de inclusión y exclusión la muestra fue de 98 gestantes, dando como resultado que el 28,6% de gestantes cuya complicación fue la preeclampsia, el 96,9% tuvo un periodo intergenésico prolongado, mientras que solamente el 3,1% tuvo un periodo intergenésico corto. Del 14,3% de gestantes cuya complicación fue amenaza de parto prematuro, el 50,0% también tuvo un periodo intergenésico prolongado, y solo el 50% tuvieron periodo intergenésico corto. Del 15,2% de gestantes, cuya complicación fue hipertensión gestacional, el 94,1% estuvo asociado a periodo intergenésico prolongado, mientras que el 5,9% tuvieron periodo intergenésico corto. Del 3,6% de gestantes cuya complicación fue desprendimiento

premature de placenta, el 75% cursó con periodo intergenésico prolongado. Del 8,9% de gestantes cuya complicación fue el aborto, el 70% se presentó, en el periodo intergenésico prolongado, mientras que solamente el 30% tuvieron periodo intergenésico corto. Se puntualiza que cuando el periodo intergenésico fue corto las complicaciones obstétricas que se manifestaron fueron amenaza de parto prematuro y aborto; en contraste el periodo intergenésico prolongado, se asoció a embarazo prolongado, oligohidramnios y polihidramnios. Conclusiones: Se concluye que existe relación significativa entre el periodo intergenésico y las complicaciones obstétricas, según $p = 0,001$ (15).

Huamán J. (Trujillo, 2018)

La investigación titulada ***“Periodo intergenésico corto como factor de riesgo para desarrollo de preeclampsia en gestantes”*** (Tesis para optar el título de bachiller en medicina). Universidad Nacional de Trujillo. La muestra fue obtenida de las puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo y según criterios de inclusión y exclusión se obtuvo la muestra de 96 puérperas, en donde se comparó 48 casos y 48 controles, donde se evidenció que la frecuencia del periodo intergenésico corto en gestantes con preeclampsia fue de 31 %, mientras que en las gestantes sin preeclampsia fue de 29 %. Conclusiones: El periodo intergenésico corto no es un factor de riesgo asociado a preeclampsia (16).

Villalobos L. y Zárate J. (Chiclayo, 2016)

En la investigación titulada **“Período intergenésico corto como factor de riesgo asociado a anemia gestacional en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, durante noviembre del 2015 – Abril del 2016”**. (Tesis para optar el título de Obstetra). Universidad Particular de Chiclayo. La muestra se obtuvo de las gestantes con anemia atendidas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, siendo un total de 205 gestantes, dando como resultado que el período intergenésico corto (PIC) es un factor de riesgo asociado a anemia gestacional. Es decir, aquellas gestantes con Período intergenésico corto (PIC) están predispuestas (OR) 19,75 veces de padecer anemia durante su embarazo. Encontrándose así, asociación estadística entre el período intergenésico y la presencia de anemia. ($p < 0,05$) Conclusiones: La frecuencia de anemia en gestantes con período intergenésico corto fue de 75,61%, mientras que en las gestantes con período intergenésico adecuado fue de 24,39% (17).

A nivel local

Caceres N. (Tacna, 2019)

En la Tesis titulada **“Complicaciones Obstétricas en gestantes adolescentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017”**. (Tesis para optar el título Profesional de Licenciada en Obstetricia). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. La muestra fue obtenida de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, y según los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo una muestra constituida por 124 gestantes

adolescentes, de las cuales se obtuvo como resultado que el 39,52 % presentó infección de tracto urinario convirtiéndose en la complicación obstétrica más frecuente, en segundo lugar, la anemia 26,61 %, en tercer lugar el 5,65 % pertenece a aborto, en cuarto lugar el 4,48 % el parto prolongado, el 3,23 % pertenece a la amenaza de parto pre término, de la misma manera hiperémesis gravídica y desproporción céfalo pélvica, el embarazo prolongado con el 2,42 %. Con menor frecuencia se encuentran las siguientes patologías, representada por el 1,6 % pre eclampsia, de igual manera eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, amenaza de aborto y distocia de presentación; asimismo el 0,8% pertenece a desgarro cervical y parto precipitado. Conclusiones: Las complicaciones obstétricas más frecuente fueron: el 39,52 % infección del tracto urinario y anemia con un 26,61% (18).

Yucra K. (Tacna, 2020)

En el estudio de investigación titulado ***“Complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en gestantes con anemia atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2019”***. (Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Obstetricia). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. La muestra se obtuvo de las gestantes con anemia atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, y según criterio de inclusión y exclusión se obtuvo una muestra de 310 gestantes, de las cuales el 56,8% de las gestantes tenía anemia leve, el 38,1% anemia moderada y el 5,1% anemia severa. Las complicaciones maternas durante el trabajo de parto en las gestantes con anemia fueron: infección del tracto urinario (ITU) 53,5%, parto prematuro 11,3%, otras patologías 11,0%, ruptura prematura de membranas (RPM) y trastornos hipertensivos pre eclampsia con un 8,7%. En las complicaciones maternas durante el puerperio se encontró: desgarro

perineal con un 25,5%, desgarro cuello uterino un 15,8% y hemorragia uterina un 4,2%. Conclusiones: Se concluyó que la gestante al presentar anemia tiene más riesgo de presentar alguna complicación materna en el trabajo de parto entre ellas: la infección del tracto urinario, parto prematuro, ruptura prematura de membranas, trastornos hipertensivos, desgarro perineal, desgarro cuello uterino y hemorragia uterina (19).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Embarazo:

Es el tiempo en el cual se desarrolla el feto en el útero de la mujer y tiene una duración de 40 semanas, en el cual la gestante debe realizar sus controles prenatales en su centro de salud (20)

Trimestres del embarazo:

- Primer trimestre: de la semana 1 hasta la semana 13.
- Segundo trimestre: de la semana 14 hasta la semana 27.
- Tercer trimestre: de la semana 28 hasta el final del embarazo (20).

Atención de la gestante: Es un conjunto de procedimientos que ejecuta el personal de salud con la gestante en su atención prenatal (20).

Gestante atendida: Se refiere a la 1° atención prenatal que adquiere la mujer embarazada en su embarazo actual (20).

Gestante controlada: Es aquella gestante que ha acudido a su 6° control prenatal y ha adquirido el paquete básico de atención a la gestante, incluyendo exámenes de laboratorio (20).

Gestante reenfocada: Es la evaluación y atención integral de la gestante, se recomienda realizarla a más tardar antes de las 14 semanas de embarazo, para poder dar un kit básico de atenciones, que va a permitir descubrir tempranamente los signos de alarma y factores de riesgo. Se debe incentivar la participación de la familia, así también para la identificación y manejo de las complicaciones obstétricas (20).

Frecuencia de la atención prenatal:

- **0 – 32 semanas:** controles mensuales
- **33 – 36 semanas:** controles cada 15 días
- **37 – 40:** controles cada 7 días (20).

Primera atención prenatal:

- Se recomienda que sea antes de la semana 12 de gestación.
- Se elabora la historia clínica materno perinatal
- Examen físico: funciones vitales, medidas antropométricas, valoración de edema, valorar reflejos osteotendinosos.
- Examen obstétrico completo: determinar la altura uterina, numero de fetos, latidos cardiacos fetales y movimientos fetales.
- Se realiza la valoración ginecológica en la primera consulta, examen de mama y toma de Papanicolaou.

- Se realiza el tamizaje de proteínas, grupo sanguíneo, nivel de hemoglobina, factor Rh, glucosa, prueba rápida de VIH y sífilis, urocultivo.
- Ecografía obstétrica antes de las 14 semanas para confirmar edad gestacional.
- Se prescribe y entrega ácido fólico 500 mcg a toda gestante hasta las 13 semana.
- Se prescribe y se entrega el ácido fólico de 400 mcg y sulfato ferroso de 60 mg a toda mujer embarazada a partir de las 14 semanas hasta el parto.
- Se prescribe y se entrega calcio de 2000 mg al día a partir de las 20 semanas (20).

A partir de las 28 semanas:

- Se evalúa la situación, posición, presentación fetal y numero de fetos.
- Monitoreo de los ruidos cardiaco fetales.
- Consultar sobre los movimientos fetales.
- Evaluar el segundo examen de hemoglobina, glucosa, prueba rápida de sífilis VIH y urocultivo a partir de las 33 semanas de embarazo.
- El examen de detección de diabetes gestacional se realizará en la semana 25 a 33 (20).

A partir de las 35 semanas:

- Se realiza el examen de pelvimetría interna y valoración fetopélvica.
- Evaluación del encajamiento fetal.
- Evaluación de la presentación fetal.

- Evaluar el estado general materno
- Actualizar exámenes auxiliares.
- Solicitar test no estresante.
- Orientar a la gestante controlar los movimientos fetales, si este tiene menos de 10 movimientos debe acudir de inmediato al establecimiento de salud.
- Referir a la gestante a establecimientos con FONE, los casos para cesárea.
- Remitir a las mujeres gestantes que no han presentado contracciones previas al trabajo de parto a las 40 semanas, a los establecimientos con FONE.
- En caso de vivir en una zona lejana referir a la gestante a una casa de espera materna cercana al establecimiento (20).

2.2.2. Complicaciones Obstétricas

Las complicaciones obstétricas son disrupciones sufridas durante el embarazo, el parto y puerperio, también pueden estar presentes antes del embarazo, y complicarse con el paso de los meses, esto puede dar como consecuencia el deceso de la madre, el feto o el recién nacido (4).

Posteriormente se describe las principales complicaciones obstétricas que se pueden presentar durante el embarazo, parto o puerperio:

A. Aborto

Es la suspensión de la gestación, con o sin expulsión, del feto o embrión, antes de las 20 semanas, con un ponderado fetal menor de 500 gr contando desde el primer día de la última menstruación normal (2).

Tipos de aborto:

- **Aborto inevitable:** Existe presencia de ruptura de membranas, evidencia de pérdida de líquido amniótico, con cuello uterino dilatado (4).
- **Aborto completo:** Eliminación total del feto y la placenta de la cavidad uterina (4).
- **Aborto incompleto:** Es la eliminación parcial de restos embrionarios o trofoblastos con sangrado (18)
- **Aborto retenido o diferido:** Se da cuando el feto o embrión muere antes de las 20 semanas, pero este es retenido en el útero. El útero deja de aumentar de tamaño, disminuyen o desaparecen los signos y síntomas del embarazo y se diagnostica ecográficamente (18).
- **Aborto séptico:** Es cuando los restos fetales u ovulares no han sido expulsados por completo en un aborto, se evidencia la presencia de fiebre mayor a 38 grados y sangrado con olor fétido (4).

Complicaciones del aborto:

- Anemia
- Sangrado y shock hipovolémico
- Septicemia
- Muerte materna (18).

B. Placenta Previa

Es la Implantación anormal de la placenta, ocurrida principalmente por la presencia de una superficie inadecuada en el fondo del útero. Suele presentar sangrado vaginal y podría estar acompañado de dolor en una gestante con más de 20 semanas de gestación (21).

Clasificación:

- **Placenta previa total:** Es aquella que cubre el orificio del cuello interno totalmente, también llamada placenta central (22).
- **Placenta previa marginal:** Es aquella placenta implantada en el segmento uterino inferior y el borde de la placenta no llega a cubrir el orificio Interno (22).
- **Placenta previa parcial:** Es aquella que cubre parte del orificio del cuello uterino interno (22)

Al igual que la placenta previa parcial como en la total, hay cierto grado de separación placentaria, esto debido a la inevitable formación del segmento uterino inferior y de la dilatación cervical. Dicha división se asocia con sangrado que proviene de la ruptura de los vasos sanguíneos (4).

C. Amenaza de Parto Prematuro

Esta se presenta antes de las 37 semanas de embarazo, se manifiesta por presentar contracciones uterinas, con una frecuencia de 1 cada 10 minutos y 30 segundos de duración, durante un periodo de 60 minutos, pudiendo causar borramiento menor del 50% y/o dilatación menor de 3 cm (23).

Clasificación:

- **Pretérmino extremo:** El trabajo de parto comienza en embarazos de 22 hasta las 28 semanas (23).
- **Pretérmino intermedio:** Entre 28 y las 34 semanas (23).
- **Pretérmino tardío:** Entre 34 y las 37 semanas (23).

Para diagnosticar la amenaza de parto prematuro, se debe verificar la presencia de contracciones uterinas y se debe considerar la posibilidad un parto prematuro en todas las mujeres que presenten por lo menos 4 contracciones en 20 minutos, u 8 contracciones en 60 minutos, antes de las 37

semanas, estas podrían manifestarse con contracciones muy dolorosas o sin ellas, presión pélvica y sangrado vaginal. Sin embargo, los signos y síntomas no son muy claros, ya que las gestantes a menudo experimentan contracciones durante el embarazo (Braxton Hicks), solo que estas difieren en su persistencia. El examen clínico del cuello uterino es subjetivo e inexacto, por esta razón, no se recomienda que se realice el examen clínico de rutina del cuello uterino para evaluar a las pacientes con riesgo de parto prematuro (23).

D. Anemia Gestacional

La anemia durante el embarazo se presenta cuando la hemoglobina es menor a 11,0 g/dl en el primer y tercer trimestre de gestación, y es menor a 10.5 g/dl en el segundo trimestre de gestación (17).

Clasificación:

- **Anemia leve:** La hemoglobina está entre 10.1 - 10.9 g/dl (17).
- **Anemia moderada:** La hemoglobina está entre 7.1 a 10 g/dl (17).
- **Anemia severa:** La hemoglobina es inferior a 7 g/dl (17).

E. Embarazo Prolongado

Aquel que supera los 294 días o 42 semanas completas, desde el primer día de la última menstruación, esta definición está establecida por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) (24).

El embarazo prolongado es aquel que supera las 42 semanas de gestación, desde el primer día de la fecha de última menstruación. Su frecuencia es de 7 % y puede causar graves complicaciones maternas y fetales (25).

F. Oligohidramnios

Está definida como la falta o ausencia de líquido amniótico inferior a 400 ml. Este proceso es el resultado de una disminución de la función secretora del epitelio amniótico (26).

Cuando se evidencia y confirma ecográficamente el oligohidramnios, la actividad uterina es baja, el feto en desarrollo está prácticamente adherido al amnios y la pared uterina. El trabajo de parto con oligohidramnios es prolongado, las contracciones son muy dolorosas, y para acelerar la progresión es necesario romper las membranas que recubren al feto, sin esperar el periodo de dilatación completa (26).

Como consecuencia a lo mencionado, se presentan obstáculos para el adecuado desarrollo del feto, que se hace evidente por frecuentes desalineaciones de la columna y extremidades, incurvación de las piernas, la fusión partes de la piel fetal con el amnios, dichas fusiones tienden a estirarse, lo que llevara a la formación de bridas, que pueden envolver las extremidades, el cordón umbilical y otras partes del feto. Unos enrollamientos prolongados por las bridas pueden provocar la amputación de los pies, manos y los dedos del feto y si estas bridas comprimen los vasos del cordón umbilical, el feto muere en el útero (2).

Clasificación:

- **Normal:** ILA 8 – 18
- **Oligohidramnios leve:** ILA 6 - 7
- **Oligohidramnios moderado:** ILA 4 – 5
- **Oligohidramnios severo:** ILA 0 – 3

G. Polihidramnios

Es el exceso de volumen de líquido amniótico, mayor de 2000 ml en cualquier etapa de la gestación, este hecho suele confirmarse y hacerse evidente solo cuando el volumen de líquido supera los 3 a 4 litros (26).

El polihidramnios se evidencia ecográficamente por volúmenes grandes de líquido amniótico, que superan los

2000 ml y se debe a que el feto no ingiere la cantidad habitual de líquido amniótico. Casi la totalidad de casos de polihidramnios (60%) son idiopáticos, siendo el 20% por factores maternos y 20% de origen fetal (27).

Clasificación:

- **Polihidramnios agudo:**

Constituido por el 2% de los polihidramnios. Ocurre durante el segundo trimestre del embarazo, y muy comúnmente se asocia con malformaciones fetales graves, partos prematuros y tiene una alta tasa de morbilidad y mortalidad perinatal (26).

- **Polihidramnios crónico:**

Representan el 98 % de los polihidramnios. Ocurre durante el tercer trimestre del embarazo, aunque los riesgos en la madre y el feto disminuyen en esta clasificación, estos son más frecuentes que los de una gestación normal. La mayor parte de los polihidramnios son leves en severidad y casi siempre son idiopáticos. Se debe considerar realizar una nueva ecografía si el polihidramnios es severo sin ninguna causa fetal (26).

La presencia de los síntomas del polihidramnios son claramente mecánicos, ya que son resultado de una

compresión ejercida por el útero sobre distendido. Pueden ocurrir una falta de aire severa, en casos muy extremos solo pueden respirar estando de pie, ya que el útero está muy aumentado de tamaño para la edad gestacional, será difícil palpar los órganos fetales y escuchar el corazón fetal (26).

H. Preeclampsia

La preeclampsia es una complicación obstétrica de la gestación, también conocida como toxemia del embarazo y está asociada a hipertensión inducida durante el embarazo, durante esta complicación también se evidencia elevados niveles de proteína en la orina (28).

Clasificación:

- **Preeclampsia leve:**

Es la etapa inicial de la enfermedad, aparece después de las 20 semanas de embarazo, aunque generalmente inicia en el tercer trimestre. Para diagnosticar correctamente esta etapa, debe haber presencia de hipertensión arterial y albuminuria, también debe estar presente la proteinuria mayor de 300mg/24h en orina, con edema y presión arterial $\geq 140/90$ MmHg (29).

- **Preeclampsia grave:**

Los síntomas incluyen visión borrosa, cefalea, incapacidad para tolerar la luz, fatiga, náuseas, vómitos, poca micción, dolor en el hipocondrio derecho, disnea y moretones con facilidad, también la evidencia de proteinuria de 5g o más en orina de 24 horas y presión arterial $\geq 160/110$ MmHg (29,15).

- **La preeclampsia sin criterios de severidad:**

En esta etapa solo se evidencia hipertensión mayor o igual a 140/90 mmHg, pero menor de 160/110 mmHg, sin pérdida de la función renal, hepática, pulmonar o neurológica y sin daño fetal. Como tratamiento solo se indica reposo y dieta adecuada. No se administra antihipertensivos (29,15).

El tratamiento consta en culminar la gestación, si la gestante tiene 37 semanas o más, se culminará por vía vaginal o por cesárea. Si la gestante tiene menos de 37 semanas y no se evidencia compromiso o daño materno y fetal, la conducta será expectante, se debe continuar con las medidas generales y una estricta vigilancia materna y fetal. Si la enfermedad progresa y no se logra controlar la hipertensión, o existe signos de sufrimiento fetal, renal, hepática, pulmonar o neurológica, se deberá finalizar la gestación rápidamente, sin tomar en cuenta la

edad gestacional, ya sea por vía vaginal o por cesárea (29,15).

- **La preeclampsia con criterios de severidad:**

En esta etapa la preeclampsia evoluciona presentando y evidenciando complicaciones como edema agudo de pulmón, falla renal, encefalopatía hipertensiva con hemorragia cerebral, desprendimiento prematuro de placenta, hematoma subcapsular hepático o ruptura hepática, síndrome HELLP, estas complicaciones pueden conllevar al deceso de la gestante y neonato o recién nacido. Por este motivo, el adecuado manejo de la clave azul debe ser oportuna, conjuntamente con los profesionales de salud. En la preeclampsia hay presencia de contracción del contenido intravascular, a diferencia de la hipervolemia clásica de la gestante; hay predisposición a presentar oliguria por falta de fluidos (29,15).

- **Eclampsia:**

En esta etapa hay presencia de convulsiones tónico-clónicas generalizadas. Estas pueden estar presentes antes del parto, durante el parto o en las primeras 48 horas post parto. (30,15).

I. Ruptura prematura de membranas:

Es el rompimiento espontáneo de las membranas corioamniótica después de las 20 semanas de embarazo (31,18).

La ruptura prematura de membranas posterior a las 24 horas se considera prolongada. Si esta se presenta antes de las 37 semanas de embarazo se conoce como ruptura prematura prolongada de membranas ovulares (31,18).

- La ruptura prematura pretérmino de membranas ovulares cerca al término, son aquellas gestantes con ruptura de membranas entre las 34 y 37 semanas (31).
- La ruptura prematura pretérmino de membranas ovulares lejos del término, son aquellas que presentan ruptura de membranas entre las 24 y 34 semanas (31).
- La ruptura prematura pretérmino de membranas ovulares pre viables, se da cuando el rompimiento ocurre antes de la semana 24 o antes del límite de viabilidad (31)

Complicaciones maternas

- Infección de las membranas ovulares, ocurre entre 13 y 60%. Esta a su vez aumenta con los tactos vaginales (31).

- El desprendimiento prematuro de placenta, puede presentarse entre 4 y 12% (31).
- Infección durante el puerperio, ocurre entre 2 y 13% (31)

Complicaciones fetales

- El riesgo principal para el recién nacido es la prematuridad, y de presentar membrana hialina, que trae como consecuencia problemas respiratorios, enterocolitis, sepsis, hemorragias y muerte neonatal. (31,18).

J. Ruptura Uterina

La ruptura uterina puede ser parcial o completa y se evidencia cuando el rompimiento se expande por el miometrio y la serosa peritoneal, sin embargo, la ruptura parcial es de menor complejidad, se puede presentar la dehiscencia de una cicatriz. Aproximadamente un 90% ocurre en el segmento uterino inferior y se clasifica en ruptura uterina espontánea y traumática (32,12)

La ruptura completa suele ocurrir al término del embarazo o en el trabajo de parto, suele ser consecuencia de una cesárea anterior o alguna cirugía uterina extensa, siendo este un factor de riesgo de ruptura uterina en el embarazo siguiente, si no transcurre el periodo de recuperación entre una cirugía y la gestación actual (12).

Los signos más frecuentes de la ruptura uterina son; sangrado en la labor de parto, dolor y sensibilidad supra púbrica, disminución de las contracciones uterinas, supresión de los ruidos cardiacos fetales. El sangrado uterino incontrolado en el periodo expulsivo del trabajo de parto sin presentar ninguna ruptura cervical o de otros desgarrros, aumenta la sospecha de ruptura uterina (33,12).

K. Descenso detenido de presentación

Cuando el trabajo de parto dura más de lo común, significa un trabajo de parto prolongado, cuando se detiene en su totalidad, se denomina parto detenido. Estas patologías durante la labor del parto se conocen también como distocias (34).

El trabajo de parto detenido y el parto prolongado son patologías muy frecuentes del parto vaginal y es una de las principales causas de cesáreas de emergencia. En general 2 de cada 10 nacidos vivos, son consecuencia de alguna anomalía materna durante el trabajo de parto. La principal causa, es no haber tenido un embarazo previo (34).

Las anomalías durante el trabajo de parto (parto prolongado y parto detenido), van a depender principalmente del tamaño del útero, el cuello uterino y la pelvis de la madre. (34).

Las principales causas del descenso detenido de presentación son:

- La disminución de las contracciones uterinas son la principal causa del alargamiento o interrupción del trabajo de parto durante la fase de dilatación. Durante esta etapa, las contracciones uterinas no son suficientemente fuertes, o no están suficientemente coordinadas para dilatar el cuello uterino. Las contracciones uterinas se pueden determinar mediante palpación, monitorización externa y monitorización interna. Las contracciones inferiores a 200 Unidades Montevideo se consideran insuficientes para un parto normal (34).
- La desproporción céfalo pélvica es aquella que presenta problemas con el paso de la cabeza fetal sobre la pelvis de la madre. Por lo general, esto se debe a la presentación de la cabeza fetal, y es casi menor la posibilidad de que sea por una diferencia entre el tamaño de la cabeza fetal y la pelvis materna. En el parto, esto puede sospecharse por una excesiva superposición de los huesos del cráneo fetal. Puede ser causada también por deformidades pélvicas maternas, como raquitismo, fracturas y luxaciones (34).
- El anillo de Bandl es una de las causas de obstrucción durante el trabajo de parto debido a la formación de un anillo muscular grueso entre la parte superior e inferior del útero (34).
- La anestesia epidural no afecta radicalmente en la fase de dilatación, y afecta mínimamente en el periodo expulsivo (34).

- La obesidad materna está claramente relacionada a duraciones más prolongadas durante el periodo de dilatación, es recomendable a que las gestantes con este diagnóstico evolucionen con más tiempo (34).

Clasificación:

- Durante la dilatación, el trabajo de parto detenido se diagnostica cuando al alcanzar los 6 cm de dilatación del cuello uterino también se evidencia ruptura de saco amniótico (34):

Se diagnostica también cuando no hay presencia de cambio del cuello uterino en las siguientes 4 horas teniendo en cuenta que las contracciones son óptimas, también cuando no existe cambios en el cuello del útero en las siguientes 6 horas si las contracciones no son óptimas (34).

- Durante el periodo expulsivo, anteriormente se creía que el trabajo de parto detenido era aquel que duraba más de 2 horas en mujeres sin partos anteriores, o más de 1 hora en mujeres con partos anteriores. Investigaciones recientes nos dicen que pueden desencadenarse partos normales por vía vaginal con tiempos más prolongados. El diagnóstico de parto detenido va a depender de la paridad (34):

Se considera parto detenido en aquellas mujeres sin partos anteriores que no presentan progresión en 4 horas

con anestesia epidural o en 3 horas sin anestesia epidural y en mujeres con partos anteriores será aquel que no progresa en 3 horas con anestesia o en 2 horas sin anestesia (34).

L. Desproporción feto pélvica

Es la discordia feto pélvica, también llamada asimetría pélvica o desproporción feto-pélvica, se define como la incapacidad para dar un parto por vía vaginal, esta distocia se da cuando el conducto pélvico no es suficiente para el paso del feto debido a una reducción en el tamaño y dimensión de la pelvis en relación con el feto. Es decir, se pierde la relación armoniosa entre el feto y la pelvis. (35).

Factores maternos:

- Raquitismo
- Luxación congénita
- Lesión del aparato locomotor
- Afecciones en la cadera
- Secuelas de poliomielitis

Factores fetales

- Diabetes
- Prediabetes

- Factores genéticos
- Obesidad

Cuadro clínico:

- Los cambios de pueden detectar durante el examen obstétrico.
- La presentación no ha descendido en últimas 2 semanas en las mujeres primerizas.
- El trabajo de parto no progresa, tanto en la Fase activa como en el periodo expulsivo (35).

Complicaciones

- Trabajo de parto prolongado
- Ruptura uterina
- Sufrimiento fetal
- Lesión cerebral en el feto
- Parálisis cerebral fetal
- Muerte fetal in útero (35).

M. Presentación podálica

Definiendo la presentación fetal, se considera que es la porción del cuerpo fetal que se encuentra más cercana al canal del parto. Casi en la totalidad de embarazos a término, el feto está en posición cefálica en la cavidad uterina (36).

Al realizar una ecografía en el III trimestre de gestación, y se observa que el feto tiene presentación podálica, esto nos quiere decir que la parte de su cuerpo que está más cercana del canal de parto son las nalgas. No se conoce con exactitud la razón por la cual se da la presentación de nalgas, pero se sabe que esta suele ocurrir en el 3% al 5% de partos (36).

A medida que se acerca el término del embarazo, el profesional de la salud controlará la posición en la que se encuentra el feto durante los controles prenatales. La posición fetal suele determinarse mediante exploración vaginal, ecografía, palpación abdominal y auscultación con Doppler fetal (36).

Clasificación:

- La presentación podálica completa, se da cuando las dos rodillas del feto están dobladas y sus pies y nalgas se encuentran más próxima al canal del parto.
- La presentación podálica incompleta se presenta cuando una rodilla del feto está doblada y su pie y nalgas están más próximas al canal del parto (36).
- La presentación podálica franca se da cuando ambas piernas del feto están dobladas en forma plana contra su cabeza, y sus nalgas están más próximas al canal del parto (36).

N. Situación Transversa

Clásicamente existen dos tipos de presentaciones: cefálica y podálica. Pero al tomar como referencia la situación del feto, que es la relación que se presenta entre el eje longitudinal del feto y el eje longitudinal de la madre, debemos incluir también la situación transversa, que se da cuando el eje mayor del feto tiene un ángulo de 90° con el eje del útero (37).

En la situación transversa el feto tiene su cabeza a un lado del vientre de la madre y las nalgas en el lado adverso del útero (37).

Muy comúnmente se da este tipo de situación durante la primera mitad del embarazo, pero los fetos suelen cambiar de posición constantemente según va avanzando la gestación. Aproximadamente el 1% de los fetos a término va a presentar la situación transversa. A diferencia de un feto con presentación podálica, un feto en posición transversa no puede nacer por vía vaginal, porque podrían sufrir alguna complicación o lesión grave, y existe un riesgo muy alto de muerte tanto para la madre como para el recién nacido (37).

O. Sufrimiento fetal

El Sufrimiento Fetal Agudo es una alteración metabólica, debido a la disminución del intercambio entre el feto y la madre, que como consecuencia va a producir: hipoxemia, acidosis, hipercapnia y finalmente hipoxia y daño celular fetal, (38).

Se clasifican dos principales factores predisponentes de acidosis fetal; principalmente la alteración en la eliminación del CO₂ y la disminución del aporte de oxígeno al feto. La normalidad placentaria cumple una función muy importante en el intercambio metabólico, ya que de esta depende que se cumpla correctamente (38).

Otra posible causa de la disminución del flujo sanguíneo materno a la placenta se da cuando la gestante se coloca en posición en decúbito dorsal, también al presentarse una contracción puede desencadenar la presión de la aorta y/o las arterias ilíacas contra la columna vertebral, también conocida como el efecto poseiro, este hecho puede ser detectado por la reducción de la amplitud del pulso femoral en la contracción uterina, pudiendo suprimirse inmediatamente al colocar a la gestante en decúbito lateral (38).

Las excesivas y prolongadas contracciones uterinas durante la labor del parto o en partos prolongados pueden determinar la alteración en la circulación de sangre en la cavidad uterina (38).

Se conoce también que los intercambios de los gases respiratorios entre la gestante y el feto se van producir en la placenta a través de la difusión simple, y que va a depender del espesor y extensión de la membrana placentaria. Se pueden determinar algunas causas patológicas que predisponen un aumento del espesor de la placenta como incompatibilidad Rh, la preeclampsia, entre otras patologías. También pueden existir patologías que van a acortar la extensión de la superficie de intercambio, como el desprendimiento prematuro de la placenta y los infartos placentarios. Por tal motivo, las

patologías mencionadas podrían actuar como desencadenantes del sufrimiento fetal (38).

2.2.3. Periodo Intergenésico

Según OPS y OMS, de quien se basa la Norma Técnica N°105-MINSA, no dice que el periodo intergenésico es el espacio de tiempo que comprende desde el término de un embarazo, ya sea parto, aborto o cesárea y el inicio del siguiente embarazo o tomando en cuenta la fecha del inicio de la última menstruación (20,39).

Clasificación:

- **Periodo intergenésico corto:**

Este periodo se da en un tiempo < 24 meses. Este periodo siendo menor a 2 años se considera no recomendable, ya que el organismo materno requiere de más tiempo para regresar a su estado inicial, esto a través de la etapa del puerperio y sus cambios anatomofisiológicos; el desgaste nutricional materno a través de la lactancia materna también tiene un papel fundamental en la recuperación de la mujer, ya que en este tiempo la madre estará dedicada al crecimiento y al desarrollo del niño precedente; y una nueva gestación sumado a la atención y cuidados que requiere un niño pequeño, va a complicar drásticamente la salud materna (15,20,40).

- **Periodo Intergenésico largo:**

En este periodo el tiempo será >48 meses. Un lapso de tiempo prolongado entre gestación y gestación, se considera que está asociado a un riesgo mayor de presentar complicaciones, como parto prematuro, preeclampsia y eclampsia. Se conoce también que un periodo intergenésico mayor a 48 meses podría ser un factor de riesgo para desarrollar trastornos hipertensivos durante la gestación (15,20,41).

Durante un periodo mayor de 4 años, se va a producir un problema de vascularidad a consecuencia de la rigidez de las arterias uterinas y esto va a generar un bajo aporte sanguíneo e hipoperfusión placentaria, causando daño endotelial (15,41).

- **Periodo intergenésico adecuado:**

Este periodo se limita entre 24 y 48 meses, es considerado un periodo de tiempo importante, tanto para la salud materna como para el feto, este periodo va a permitir la recuperación del organismo materno, disminuyendo la posibilidad de presentar alguna complicación materna o fetal (39).

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Complicaciones obstétricas: Patologías que se presentan durante el embarazo, el parto y post parto (4).

Periodo intergenésico: Espacio de tiempo comprendido entre el término de un embarazo (parto o aborto) y el inicio de la concepción (39).

Aborto: Interrupción de la gestación antes de las 22 semanas, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, con un peso menor a 500 gr (2).

Placenta: Órgano que brinda oxígeno y nutrientes al bebé en el útero durante el embarazo (21).

Útero: Órgano reproductor femenino en forma de pera ubicado en la pelvis, lugar donde crece el bebé cuando una mujer está embarazada (32).

Ruptura uterina: Está definida como la separación completa del miometrio con o sin expulsión de las partes fetales en la cavidad uterina (32).

Embarazo: Periodo durante el cual el feto se desarrolla en el útero de la mujer y tiene una duración de 9 meses (20).

Feto: Se le llama feto al producto de la concepción, pero no nato, que ya dejó de ser embrión (20).

Parto: Expulsión del producto y la placenta del interior de la cavidad uterina al exterior (20).

Parto prematuro: Ocurre antes de la semana 37 semanas de embarazo (23).

Anemia: Disminución del número de los glóbulos rojos presentes en la sangre o la disminución de su nivel de hemoglobina (17).

Hemoglobina: Es una proteína que se encuentra en los glóbulos rojos y es la encargada de transportar oxígeno a los tejidos y órganos del cuerpo (17).

Líquido amniótico: Líquido claro, amarillento o verdoso que protege al feto en el útero a medida que crece durante el periodo gestacional (26).

Oligohidramnios: Escasez o ausencia de líquido amniótico menos de 400 ml (26).

Polihidramnios: Presencia excesiva o aumento de líquido amniótico, mayor a 2 litros (26).

Hipertensión arterial: Presión excesivamente alta de la sangre sobre la pared de las arterias (28).

Preeclampsia: Patología o complicación médica de la mujer en el embarazo que se caracteriza por hipertensión arterial, conocida como toxemia del embarazo (28).

Eclampsia: Es el comienzo de convulsiones tónico clónicas o coma en una mujer embarazada con preeclampsia (30).

Membranas Ovulares: Compuesta por el corion y amnios, que delimitan la cavidad amniótica (31).

Puerperio: Periodo de tiempo que comienza en la finalización del parto hasta las seis semanas postparto (20).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo es un estudio de tipo correlacional, se buscó la asociación de dos variables, según Hernández Sampieri (42)

El diseño fue no experimental y de corte transversal

- **No experimental:** Porque no se manipuló deliberadamente ninguna variable.
- **De corte transversal:** Porque el estudio se realizó en un solo momento sin realizar cortes en el tiempo.
- **Retrospectivo:** Porque fue un estudio prolongado en el tiempo, cuyos datos se obtuvieron de fuentes secundarias como el SIP, recopilados del pasado.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

Estuvo constituido por 896 gestantes que presentaron complicaciones obstétricas atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020

Muestra:

Lo conformaron 270 gestantes que presentaron complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020, que fueron seleccionados utilizando la fórmula para poblaciones finitas.

$$n = \frac{Z^2 p \cdot q \cdot N}{E^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$
$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(896)}{(0.05)^2(896 - 1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$
$$n = \frac{860.51}{3.19}$$
$$n = 270$$

Donde:

n: Tamaño de muestra

Z: Valor z asociado al nivel de confianza (1.96)

p: Probabilidad de éxito (0.5)

q: Probabilidad de fracaso (0.5)

E: Margen de error (0.05)

N: total de la población (896)

Criterios de inclusión

- Gestantes con complicaciones obstétricas. (aborto, placenta previa, amenaza de parto prematuro, anemia gestacional, embarazo prolongado, oligohidramnios, polihidramnios, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, ruptura uterina, desproporción feto pélvica, preeclampsia, presentación podálica, situación transversa, sufrimiento fetal agudo, otros.)
- Mujeres que estén cursando su segunda gestación en adelante, atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2020.
- Gestantes con datos completos en el SIP.

Criterios de exclusión

- Gestantes sin complicaciones obstétricas.
- Primigestas.
- Gestantes con datos incompletos.

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable dependiente: Complicaciones Obstétricas

Variable independiente: Periodo intergenésico

Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Categoría/Ítem	Escala de medición
Complicaciones Obstétricas	Son patologías que pueden presentarse durante el embarazo, parto y puerperio, pudiendo ocasionar la muerte maternal, fetal o neonatal.	Son alteraciones maternas y fetales como consecuencia de un periodo intergenésico corto o largo.	Complicaciones obstétricas	Amenaza de parto prematuro	Si /No	Nominal
				Anemia gestacional	Si /No	Nominal
				Desproporción feto pélvica	Si /No	Nominal
				Embarazo prolongado	Si /No	Nominal
				Oligohidramnios	Si /No	Nominal
				Preeclampsia	Si /No	Nominal
				Presentación podálica	Si /No	Nominal
				Ruptura prematura de membranas	Si /No	Nominal
				Situación transversa	Si /No	Nominal
				Sufrimiento fetal	Si /No	Nominal
Periodo Intergenésico	Es el periodo de tiempo que comprende entre el término de un embarazo y la concepción del siguiente.	El periodo intergenésico corto y largo, son factores de riesgo que pueden determinar una complicación en el embarazo.	Periodos Intergenésico en meses	Adecuado	24 - 48 meses	Ordinal
				Corto	<24 meses	Ordinal
				Largo	>48 meses	Ordinal

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica seguida en la ejecución del estudio fue la observación y la transcripción de datos del SIP cuyas fuentes primarias fueron: historia clínica perinatal base y libro de partos.

El instrumento fue una ficha de recolección de datos previamente elaborado y validado por opinión de expertos que consta de: datos generales, periodo intergenésico y complicaciones obstétricas según objetivos de estudio.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento se utilizó el software SPSS Versión 21.

Para determinar la asociación entre las variables periodo intergenésico y complicaciones obstétricas, se utilizaron pruebas no paramétricas chi - cuadrado de Pearson, se consideró un valor de $p < 0,05$ y con un intervalo de confianza (IC) del 95 %. La presentación de los resultados se hizo mediante tablas y gráficos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

El presente estudio abarca el periodo correspondiente desde el 1 de enero del 2020 hasta el 31 de diciembre del 2020. En este periodo 896 gestantes, cursando su segunda gestación en adelante, presentaron alguna complicación obstétrica en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020, de los cuales se tomó una muestra de 270 gestantes.

A continuación, se presentan los principales resultados obtenidos mediante tablas y gráficos, las cuales describen las complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico, en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS GESTANTES CON COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS ASOCIADAS A PERIODO INTERGENÉSICO

Tabla 1

Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según edad

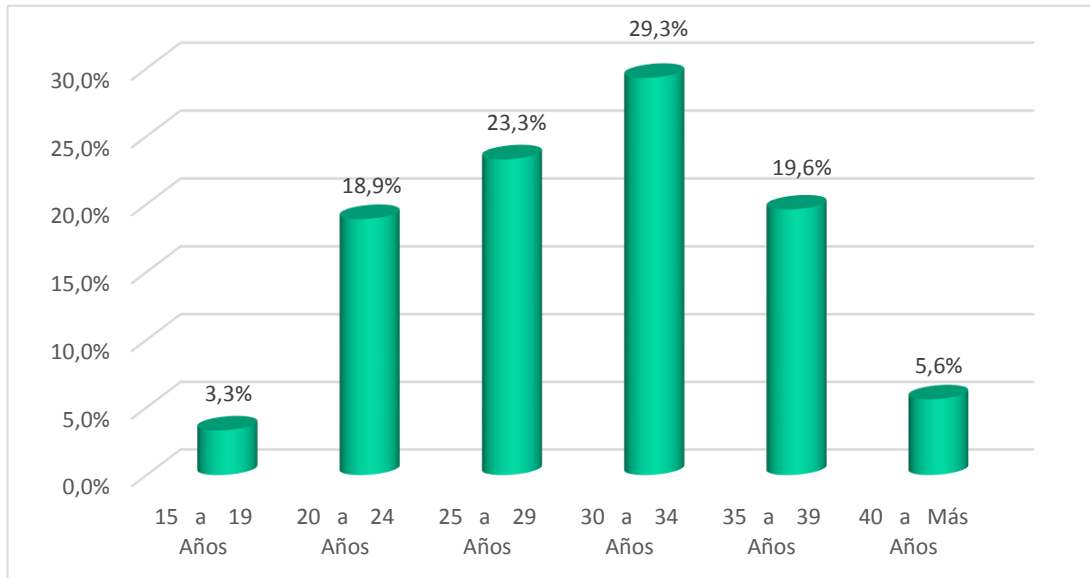
Edad	Frecuencia N°	Porcentaje %
15 a 19	9	3,3
20 a 24	51	18,9
25 a 29	63	23,3
30 a 34	79	29,3
35 a 39	53	19,6
40 a más	15	5,6
Total	270	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

La Tabla 1 y la Gráfico 1, reúnen los indicadores de las gestantes con complicaciones, según edad. La mayor frecuencia se encontró en las edades entre 30 a 34 años (29,3%), seguido del grupo de 25 a 29 años (23,3%), asimismo el grupo de 35 a 39 años y 20 a 24 presentaron 19,6% y 18,9% respectivamente, los grupos de 40 años a mas (5,6%) y 15 a 19 años (3,3%). presentaron una menor frecuencia.

El grupo de edad con mayor prevalencia corresponde a las gestantes con edades óptimas para el embarazo



Fuente: Tabla 1

Gráfico 1

Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según edad

Tabla 2

Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según grado de instrucción

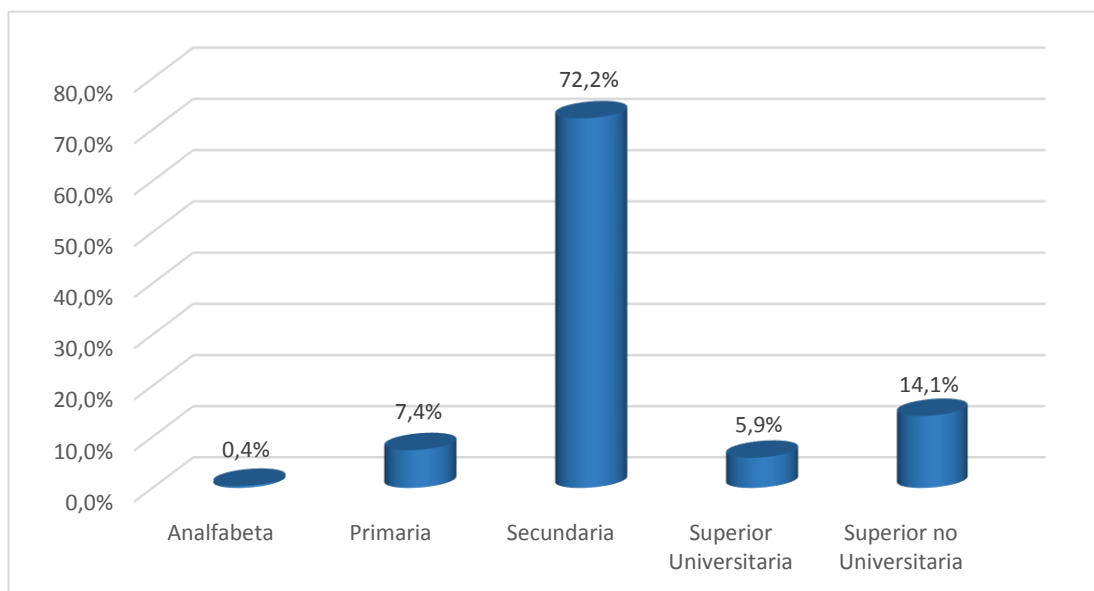
Grado de Instrucción	Frecuencia N°	Porcentaje %
Analfabeta	1	0,4
Primaria	20	7,4
Secundaria	195	72,2
Superior no Universitaria	38	14,1
Superior Universitaria	16	5,9
Total	270	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla y gráfico 2, reúnen los indicadores de las gestantes con complicaciones obstétricas asociada a periodo intergenésico; según grado de instrucción, se observa con mayor frecuencia que el 72,2% de las gestantes tienen grado de instrucción secundaria, seguido de un 14,1% con grado de instrucción superior no universitaria, el 7,4% de las gestantes tienen grado de instrucción primaria, luego el 5,9 % tienen superior universitaria y solo el 0,4% de las gestantes tienen grado de instrucción analfabeta.

A mayor grado de instrucción de las gestantes, mayores complicaciones por periodo intergenésico.



Fuente: Tabla 2

Gráfico 2

Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según grado de instrucción

Tabla 3

Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según estado civil

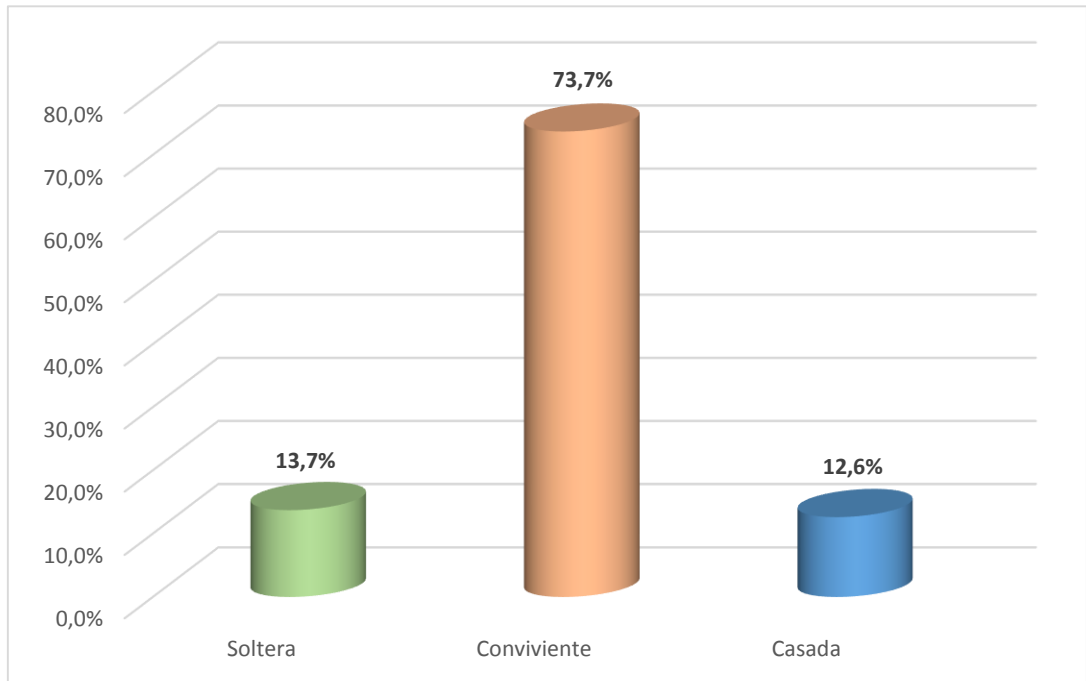
Estado Civil	Frecuencia N°	Porcentaje %
Conviviente	199	73,7
Soltera	37	13,7
Casada	34	12,6
Total	270	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla y gráfico 3, reúnen los indicadores de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según estado civil, se observa que el 73,7% de las gestantes tienen estado civil conviviente, seguido de un 13,7% que presentan estado civil soltera y finalmente un 12,6% de las gestantes tienen estado civil casada.

Las complicaciones por periodo intergenésico, predominantemente se presentaron en las convivientes.



Fuente: Tabla 3

Gráfico 3

Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según estado civil

Tabla 4

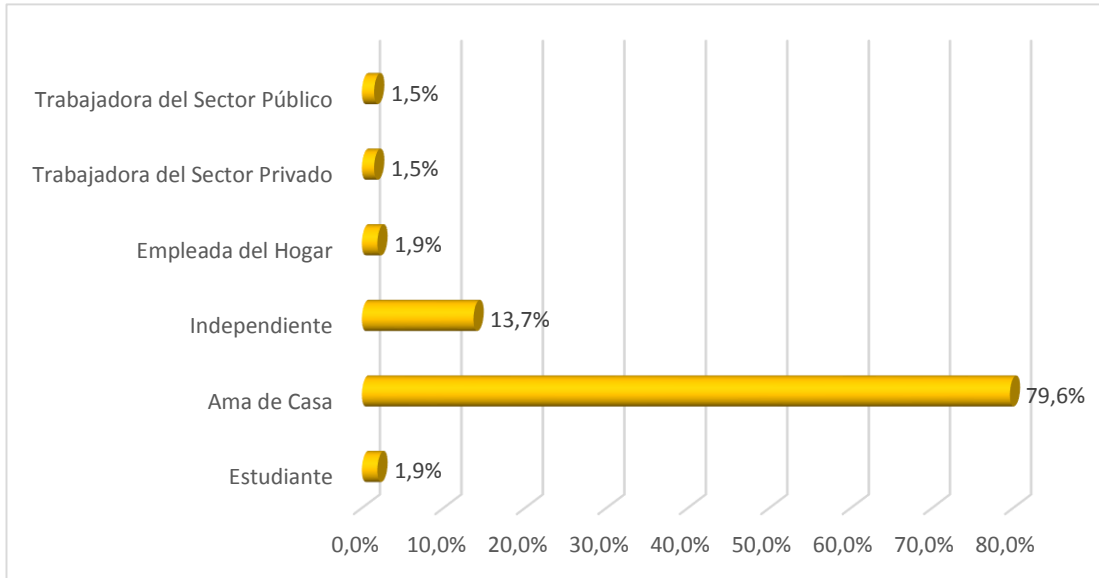
Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según ocupación

Ocupación	Frecuencia N°	Porcentaje %
Estudiante	5	1,9
Ama de Casa	215	79,5
Empleada del Hogar	5	1,9
Independiente	37	13,7
Trabajadora del Sector Público	4	1,5
Trabajadora del Sector Privado	4	1,5
Total	270	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla y gráfico 4, reúnen los indicadores de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según ocupación, se observa con mayor prevalencia que el 79,5% de las gestantes son amas de casa, seguido de un 13,7 % que son independientes, posteriormente se observa que las empleadas del hogar y estudiantes tienen una frecuencia de 1,9%, finalmente las trabajadoras del sector público y privado que ocupan una frecuencia de 1,5%.



Fuente: Tabla 4

Gráfico 4

Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según ocupación

Tabla 5

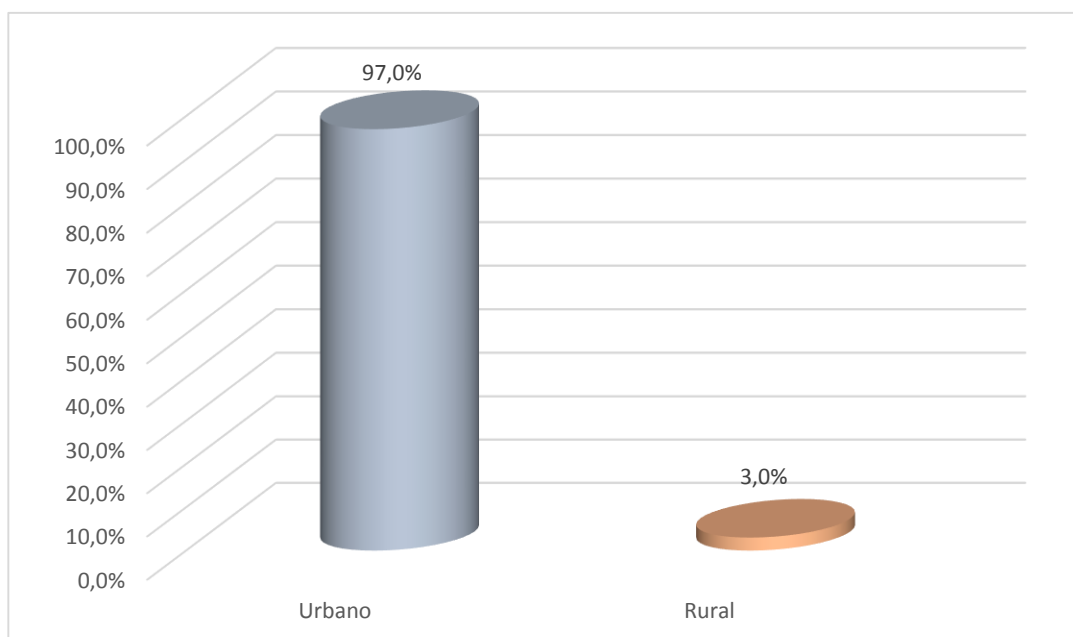
Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según lugar de procedencia

Lugar de Procedencia	Frecuencia N°	Porcentaje %
Urbano	262	97,0
Rural	8	3,0
Total	270	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla y gráfico 5, reúnen los indicadores de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según lugar de procedencia, se observa que casi la totalidad de las gestantes provienen de una zona urbana (97,0%), seguido de las gestantes que pertenecen a la zona rural (3,0%).



Fuente: Tabla 5

Gráfico 5

Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según lugar de procedencia

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS GESTANTES CON COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS ASOCIADAS A PERIODO INTERGENÉSICO

Tabla 6

Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas; según periodo intergenésico

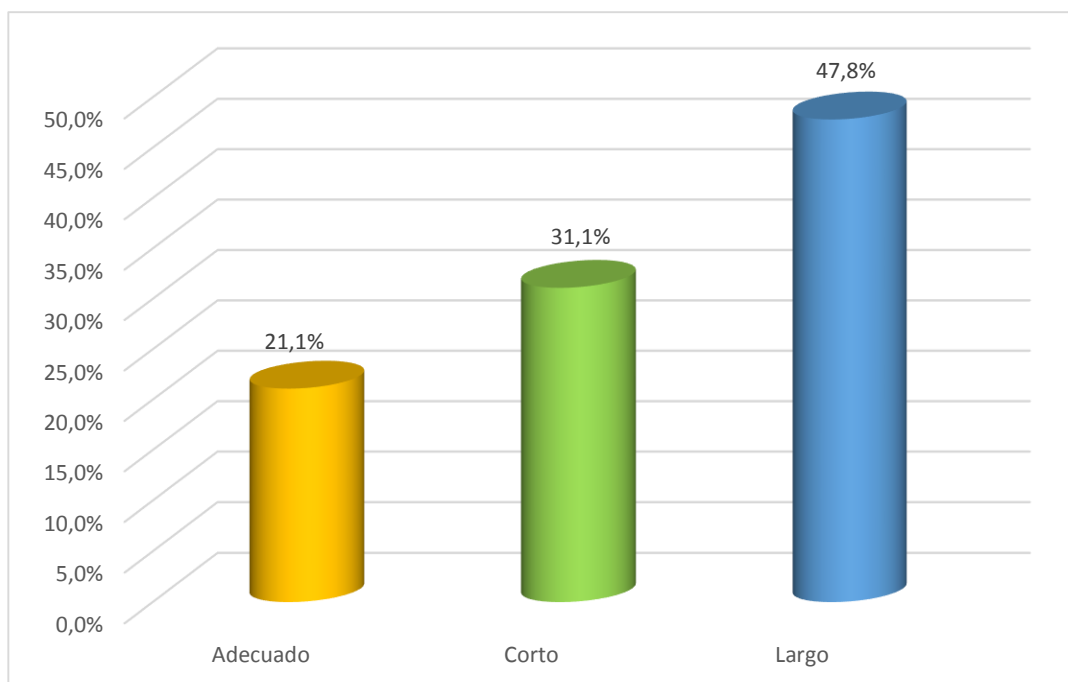
Periodo Intergenésico	Frecuencia N°	Porcentaje %
Adecuado	57	21,1
Corto	84	31,1
Largo	129	47,8
Total	270	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla y gráfico 6, se presentan la frecuencia de gestantes según periodo intergenésico. Observamos que la mayoría de las pacientes tienen periodo intergenésico largo (47,8%), seguido de un (31,1%) con periodo intergenésico corto, y finalmente el 21,1% de las pacientes tuvieron periodo intergenésico adecuado.

Por tanto, los periodos intergenésicos de riesgo (largo y corto) presentaron mayores porcentajes.



Fuente: Tabla 6

Gráfico 6

Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas; según periodo intergenésico

Tabla 7

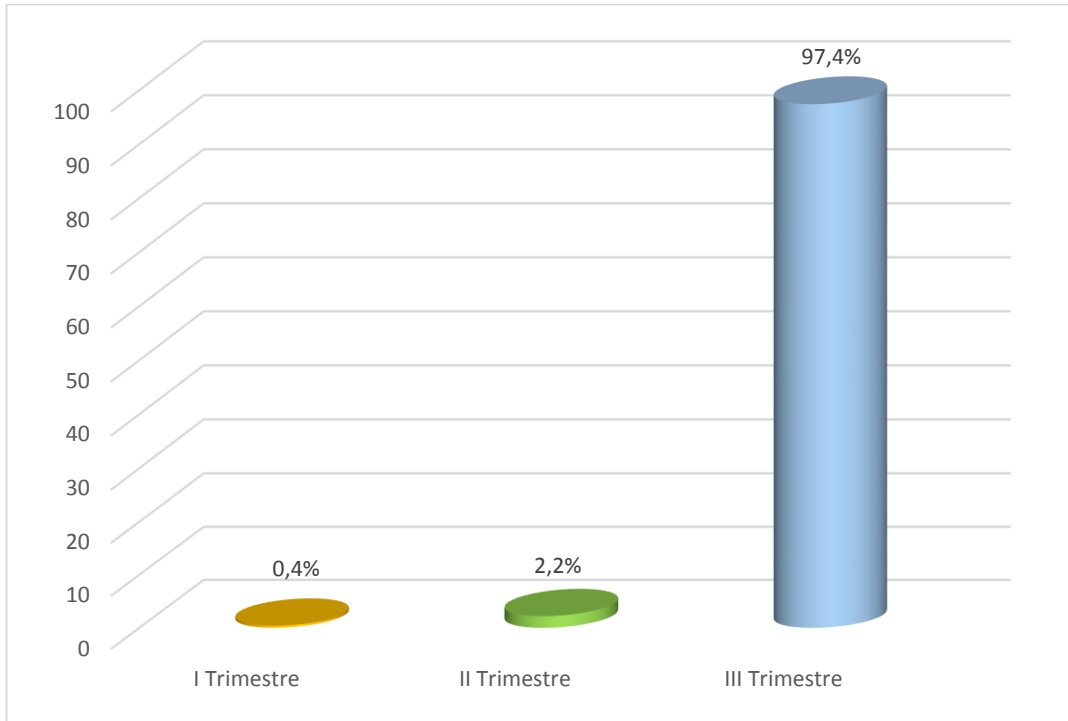
Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según edad gestacional

Edad Gestacional	Frecuencia N°	Porcentaje %
I Trimestre	1	0.4
II Trimestre	6	2,2
III Trimestre	263	97,4
Total	270	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla y gráfico 7, se observa que, de un total de 270 gestantes, el 97,4% estuvo cursando el III trimestre, seguidamente con menor frecuencia 2,2% en el II trimestre del embarazo y finalmente con 0,4% cursaban el I trimestre de gestación.



Fuente: Tabla 7

Gráfico 7

Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según edad gestacional

Tabla 8

Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según número de gestaciones

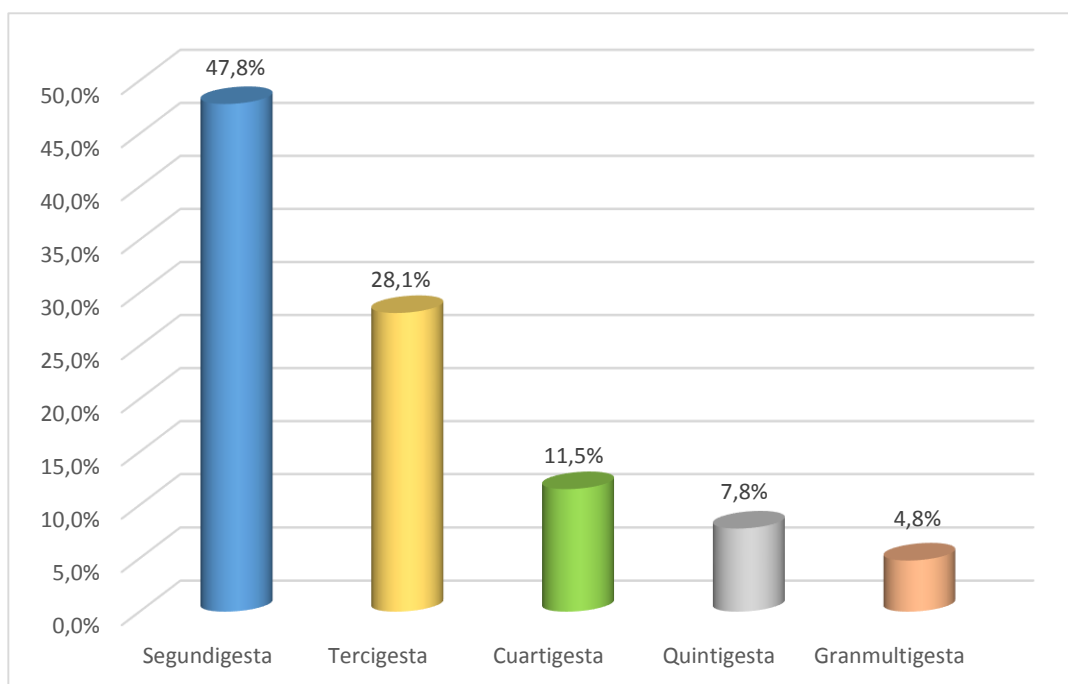
Número de Gestaciones	Frecuencia N°	Porcentaje %
Segundigesta	129	47,8
Tercigesta	76	28,1
Cuartigesta	31	11,5
Quintigesta	21	7,8
Granmultigesta	13	4,8
Total	270	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla y gráfico 8, se presentan a las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según número de gestaciones, podemos apreciar que el 47,8% son segundigestas, seguido de las tercigestas con 28,1%, luego el 11,5% son cuartigestas, finalmente el 7,8% son quintigestas y solo el 4,8% son granmultigestas.

Se observa un predominio de las segundigestas con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico.



Fuente: Tabla 8

Gráfico 8

Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según número de gestaciones

Tabla 9

Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según tipo de parto

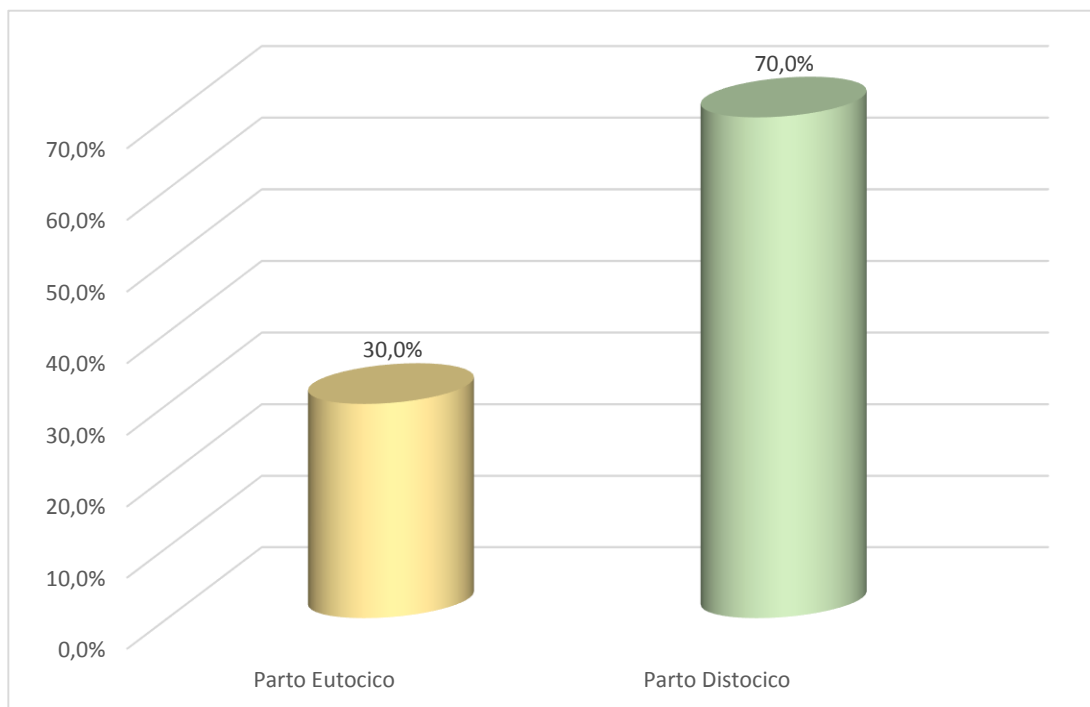
Tipo de Parto	Frecuencia N°	Porcentaje %
Parto Distócico	189	70,0
Parto Eutócico	81	30,0
Total	270	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla y gráfico 9, según tipo de parto de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico, se observa que el parto distócico (70,0%) se presenta con mayor frecuencia, seguido del parto eutócico (30,0%).

Se observa que, de los 270 casos, 189 gestaciones terminaron en cesárea.



Fuente: Tabla 9

Gráfico 9

Distribución de las gestantes con complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico; según tipo de parto

DISTRIBUCIÓN DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS ASOCIADAS A PERIODO INTERGENÉSICO

Tabla 10

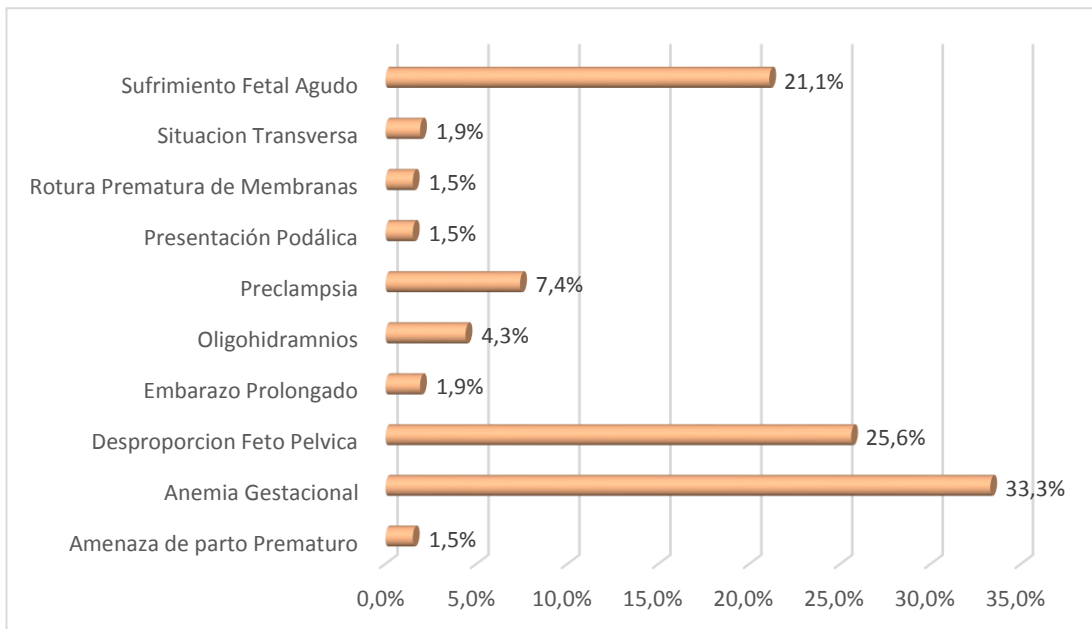
Distribución de las complicaciones obstétricas de las gestantes

Complicaciones Obstetricas	Frecuencia N°	Porcentaje %
Amenaza de parto Prematuro	4	1,5
Anemia Gestacional	90	33,3
Desproporción Feto Pélvica	69	25,6
Embarazo Prolongado	5	1,9
Oligohidramnios	12	4,3
Preeclampsia	20	7,4
Presentación Podálica	4	1,5
Ruptura Prematura de Membranas	4	1,5
Situación Transversa	5	1,9
Sufrimiento Fetal Agudo	57	21,1
Total	270	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla y gráfico 10, se observa las principales complicaciones obstétricas presentadas en las gestantes del estudio: el 33,3% presenta anemia gestacional, seguido de desproporción feto pélvica (25,6%), las complicaciones preeclampsia y oligohidramnios presentaron 7,4% y 4,3% respectivamente, y en menor proporción embarazo prolongado (1,9%), situación transversa (1,9%), amenaza de parto prematuro (1,5%), ruptura prematura de membranas (1,5%), y presentación podálica (1,5%).



Fuente: Tabla 10

Gráfico 10

Distribución de las complicaciones obstétricas de las gestantes

ASOCIACIÓN ENTRE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y EL PERIODO INTERGENÉSICO EN GESTANTES

Tabla 11

Asociación entre periodo intergenésico y amenaza de parto prematuro en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia

Periodo Intergenésico	Amenaza de parto Prematuro		X ²	P	EXISTE ASOCIACIÓN
	SI	NO			
Adecuado	1	56	1,199	0,274	NO
Corto	2	82	4,157	0,036	SI
Largo	1	128	1,162	0,620	NO

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 11. Realizado el análisis estadístico se observa que la amenaza de parto prematuro presenta asociación significativa con el periodo intergenésico corto ($p=0,036$), mientras que no se encontró asociación con el periodo intergenésicos largo ($p=0,620$) y adecuado ($p=0,274$), en las gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020.

Tabla 12

Asociación entre periodo intergenésico y anemia gestacional en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia

Periodo Intergenésico	Anemia Gestacional		X ²	P	EXISTE ASOCIACIÓN
	SI	NO			
Adecuado	14	43	3,128	0,077	NO
Corto	23	61	4,095	0,043	SI
Largo	53	76	11,020	0,001	SI

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 12 se observa que la anemia gestacional presenta asociación significativa con los periodos intergenésicos corto y largo ($p=0,043$ y $p=0,001$) respectivamente, mientras que no se observa asociación con el periodo intergenésico adecuado ($p=0,077$), en las gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020.

Tabla 13

Asociación entre periodo intergenésico y desproporción feto pélvica en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia

Periodo Intergenésico	Desproporción Feto pélvica		X ²	P	EXISTE ASOCIACIÓN
	SI	NO			
Adecuado	7	50	5,785	0,042	SI
Corto	23	61	4,310	0,029	SI
Largo	39	90	5,912	0,023	SI

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 13 se observa que la desproporción feto pélvica presenta asociación significativa con los periodos intergenésicos adecuado ($p=0,042$), corto ($p=0,029$), y largo ($p=0,023$), en las gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020.

Tabla 14

Asociación entre periodo intergenésico y embarazo prolongado en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia

Periodo Intergenésico	Embarazo Prolongado		X ²	P	EXISTE ASOCIACIÓN
	SI	NO			
Adecuado	1	56	0,019	0,890	NO
Corto	2	82	0,157	0,692	NO
Largo	2	127	0,034	0,854	NO

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 14, al realizar el análisis estadístico se observa que el embarazo prolongado no se asocia significativamente con el periodo intergenésico adecuado ($p=0,890$), corto ($p=0,692$) y largo ($p=0,854$), en las gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020.

Tabla 15

Asociación entre periodo intergenésico y oligohidramnios en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia

Periodo Intergenésico	Oligohidramnios		X ²	P	EXISTE ASOCIACIÓN
	SI	NO			
Adecuado	2	55	0,471	0,428	NO
Corto	4	80	0,350	0,134	NO
Largo	6	123	0,212	0,227	NO

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 15 se observa que el oligohidramnios no se asocia significativamente con el periodo intergenésico adecuado ($p=0,428$), corto ($p=0,134$) y largo ($p=0,227$), en las gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020.

Tabla 16

Asociación entre periodo intergenésico y preeclampsia en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia

Periodo Intergenésico	Preeclamsia		X ²	P	EXISTE ASOCIACIÓN
	SI	NO			
Adecuado	4	53	0,254	0,721	NO
Corto	7	77	0,123	0,628	NO
Largo	9	120	3,152	0,048	SI

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 16 se observa que la preeclampsia esta significativamente asociada al periodo intergenésico largo ($p=0,048$), mientras que no existe asociación con el periodo intergenésico adecuado y corto ($p=0,721$), ($p=0,628$) respectivamente, en las gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020.

Tabla 17

Asociación entre periodo intergenésico y presentación podálica en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia

Periodo Intergenésico	Presentación Podálica		X ²	P	EXISTE ASOCIACIÓN
	SI	NO			
Adecuado	0	57	0,595	0,440	NO
Corto	1	83	0,400	0,527	NO
Largo	3	126	1,220	0,269	NO

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 17 se observa que la presentación podálica no evidencia asociación significativa con el periodo intergenésico adecuado ($p=0,440$), corto ($p=0,527$) y largo ($p=0,269$), en las gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020.

Tabla 18

Asociación entre periodo intergenésico y ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia

Periodo Intergenésico	Ruptura prematura de membranas		X ²	P	EXISTE ASOCIACIÓN
	SI	NO			
Adecuado	0	57	3,434	0,064	NO
Corto	1	83	1,366	0,242	NO
Largo	3	126	0,920	0,337	NO

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 18 se observa que la ruptura prematura de membranas no se asocia significativamente al periodo intergenésico adecuado ($p=0,064$), corto ($p=0,242$) y largo ($p=0,337$), en las gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020.

Tabla 19

Asociación entre periodo intergenésico y situación transversa en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia

Periodo Intergenésico	Situación Transversa		X ²	P	EXISTE ASOCIACIÓN
	SI	NO			
Adecuado	1	56	1,017	0,361	NO
Corto	3	81	3,014	0,044	SI
Largo	1	128	2,121	0,212	NO

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 19 se observa que la situación transversa está asociada significativamente al periodo intergenésico corto ($p=0,044$), mientras que no se observa asociación con el periodo intergenésico adecuado ($p=0,361$) y largo ($p=0,212$), en las gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020.

Tabla 20

Asociación entre periodo intergenésico y sufrimiento fetal agudo en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia

Periodo Intergenésico	Sufrimiento Fetal Agudo		X ²	P	EXISTE ASOCIACIÓN
	SI	NO			
Adecuado	20	37	5,321	0,031	SI
Corto	14	70	3,050	0,054	NO
Largo	23	106	4,462	0,022	SI

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 20 se observa que el sufrimiento fetal agudo está asociado significativamente al periodo intergenésico adecuado ($p=0,031$) y largo ($p=0,022$), mientras que no se evidencia asociación con el periodo intergenésico corto ($p=0,054$), en las gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2020.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En cuanto a los hallazgos tenemos que las complicaciones obstétricas asociadas al periodo intergenésico corto fueron: amenaza de parto prematuro, anemia gestacional, desproporción feto pélvica y situación transversa con un valor $p < 0,05$, similares resultados presentaron los estudios de Carranza y Peralta en su investigación realizada en Guayaquil – Ecuador, en el año 2017,, quienes también encontraron asociación con amenaza de parto prematuro y anemia gestacional, a su vez también el estudio de Franklin Tello en Cajamarca (2017), encontró asociación con amenaza de parto prematuro y aborto, similar resultado encontró Villalobos y Zarate en su estudio realizado en Trujillo, quienes como resultado dieron que la anemia se asocia al periodo intergenésico corto, Rene Lemus en su estudio realizado en Guatemala en el año 2016 encontró como complicaciones asociadas al periodo intergenésico corto a la restricción del crecimiento intrauterino, trabajo de parto prolongado, desprendimiento prematuro de placenta y placenta previa; difiriendo de nuestro estudio en el cual no se encontró asociación con las mencionadas complicaciones, Tablas y Ríos en su estudio realizado en Guatemala, difiere con nuestra investigación al encontrar complicaciones asociadas a periodo intergenésico corto como la ruptura prematura de membranas, parto pretermino y oligohidramnios, Amaluisa Diana, en su estudio realizado en Ecuador concluyó como principales complicaciones asociadas a periodo intergenésico corto al parto pretermino y a los trastornos hipertensivos, difiriendo también de nuestro estudio, en el cual no se encontró asociación con dichas complicaciones.

Dentro de las complicaciones asociadas al periodo intergenésico corto, y en el cual Carranza, Peralta, Villalobos y Zarate, coinciden en que la anemia es una de ellas. Consideramos que esto sucede debido a que el tiempo transcurrido entre un embarazo y el siguiente es menor a 2 años y el organismo materno no retorna a su estado basal, ya que en este periodo de tiempo es fundamental para la recuperación de la madre, y un embarazo continuo representaría para ella, una gran carga biológica para su cuerpo, esto se predispone más aun en países en vías de desarrollo, donde las madres suelen estar sobrecargadas de trabajo y sufren de una mala alimentación, y tener un embarazo tan pronto, después del nacimiento de un bebé, no permite que el cuerpo de la madre se recupere y recobre los nutrientes necesarios para apoyar al siguiente embarazo, estos factores podrían predisponer a que la madre, al concebir un nuevo producto, sufra posibles complicaciones que agraven su salud y la del feto.

De acuerdo al estudio realizado, creemos que existen varios mecanismos y factores que contribuyen a las complicaciones obstétricas en un periodo intergenésico corto, como la disminución de las reservas de folato (hipotético agotamiento materno), la aparición continua de signos de respuesta inflamatoria sistémica y la falta de regulación hormonal. Se conoce que existe el riesgo de que ocurran algunas complicaciones obstétricas dentro de los 24 meses post parto o menos y se ha demostrado que este riesgo tiende a disminuir después de los 24 meses del intervalo gestacional.

Cuando un feto se concibe en un período intergenésico corto, los micronutrientes no se recuperan por completo del embarazo anterior, lo que puede conducir al síndrome de agotamiento materno y tener consecuencias para la madre y el feto. Este síndrome de depleción se enfatiza en pacientes que llevan lactancia materna exclusiva entre embarazos. Principalmente, las reservas de folato están asociadas con el síndrome de depleción materna, porque durante el embarazo, hay una movilización de las reservas maternas para el feto; con niveles que comienzan a disminuir desde la semana 20 de

embarazo hasta las primeras semanas posparto, lo que resulta en niveles bajos de folato y niveles altos de homocisteína. Este aumento del consumo de ácido fólico se debe al aumento de la masa de glóbulos rojos, al aumento del tamaño del útero y al desarrollo de la placenta y del feto. Se sabe que las pacientes más susceptibles a complicaciones durante el inicio de un nuevo embarazo en un período intergenésico corto son aquellas que no toman suplementos de ácido fólico, ya que la suplementación oportuna, antes o después de la concepción, puede reducir significativamente el riesgo de desarrollar complicaciones debido al periodo intergenésico corto.

Consideramos que el agotamiento materno es el principal mecanismo que genera las complicaciones obstétricas en periodo intergenésico corto, se considera que la hipótesis del "deterioro fisiológico" es el mecanismo propuesto para la ocurrencia de complicaciones como los mencionados en nuestro estudio.

Con respecto a la amenaza de parto prematuro, siendo esta una de las complicaciones asociadas a periodo intergenésico corto en nuestro estudio, en el cual Carranza y Peralta, Franklin Tello coinciden. Justificamos su asociación con el síndrome de depleción materna por disminución de micronutrientes, en especial de hierro y folatos, ya que estos tardan al menos 6 meses en alcanzar niveles óptimos posteriores a un parto, si se toma en cuenta la lactancia materna exclusiva, este periodo de tiempo aumentara hasta 12 meses post parto. Se reporta también como justificante a la aparición de amenaza de parto prematuro en periodo intergenésico corto a la disminución del colágeno cervical, ya que este disminuye entre 45 y 75 % durante el embarazo e inicia su recuperación gradual posterior al parto, tomando alrededor de 9 meses en recuperarse, sin embargo, alcanza niveles óptimos recién a los 15 meses posparto.

En cuanto al periodo intergenésico largo, las complicaciones Obstétricas asociadas fueron: anemia gestacional, desproporción feto pélvica, sufrimiento fetal agudo y preeclampsia con un valor $p < 0,05$, de igual manera el estudio

realizado por Franklin Tello en Cajamarca y Jhohan Huamán en Trujillo, quienes también encontraron asociación significativa con la preeclampsia y periodo intergenésico largo. Creemos que esto se debe a un problema de vascularidad que se produce después un largo periodo de tiempo después de un parto, a consecuencia de la rigidez de las arterias uterinas espiraladas, esto a su vez genera un deficiente aporte sanguíneo e hipoperfusión placentaria, degenerando en daño endotelial, explicando así desde el punto de vista fisiopatológico el desarrollo de la preeclampsia, Tello a su vez en su estudio encontró asociación con embarazo prolongado, Oligohidramnios y Desprendimiento prematuro de placenta, siendo estas complicaciones, no asociadas en nuestra investigación.

Desde el punto de vista general, el periodo intergenésico largo, tiende a provocar complicaciones obstétricas, esto debido a la regresión fisiológica, ya que en un periodo mayor a 4 años posterior a un evento obstétrico (parto o cesárea), las capacidades reproductivas fisiológicas de la mujer, tienden a declinar, llegando a ser similares a aquellas que son primigestas.

Con respecto a las complicaciones obstétricas presentadas en nuestro estudio durante el periodo gestacional fueron: anemia gestacional (37,3%), desproporción feto pélvica (25,6%) seguido de sufrimiento fetal agudo con 21,3 %, preeclampsia (7,4%), oligohidramnios con 4,3%, embarazo prolongado y situación transversa con 1,9 %, amenaza de parto prematuro, presentación podálica y ruptura prematura de membranas con 1,5 %. Estos resultados concuerdan con los estudios hechos por Villalobos y Zárate, en Chiclayo - Perú en el año 2016 respecto a las complicaciones, quienes concluyeron que la frecuencia de anemia gestacional fue de 22,16 %, siendo su prevalencia en gestantes con periodo intergenésico corto con 75,6 %. Asimismo, Tablas y Ríos en Guatemala en el año 2016, obtuvieron como complicaciones obstétricas, PRM (9,1%), parto pretermino (10,3%), y en menor prevalencia presentó oligohidramnios con 6,5 %. Comparado con René Lemus en Guatemala en el año 2016, que difiere de nuestros resultados,

encontrando retardo del crecimiento intra uterino (21%), trabajo de parto prolongado (19%), desprendimiento prematuro de placenta (12%). De la misma forma ocurre con Noelia Cáceres en Tacna – Perú en el año 2019, quien concluyó entre sus principales complicaciones a la anemia gestacional con 26,6 % seguido de aborto con 5,6 %. Teóricamente se sabe que las complicaciones obstétricas son patologías que se presentan durante el embarazo, el parto y puerperio, y que estas pueden provocar la muerte de la madre, el feto o el recién nacido.

En cuanto a la situación demográfica de las gestantes con complicaciones, esta no será igual a la situación de nuestro país, ya que existen factores como la pobreza, la baja tasa educativa, la falta de oportunidades, relaciones familiares en conflicto, el limitado acceso a los servicios de salud, elevadas tasas de embarazo, infecciones de transmisión sexual, que predisponen la alta o baja frecuencia de complicaciones en distintos países de Latinoamérica y nuestro país, y que difieren según la zona y región, ya que tienen sus propias características socio culturales, nutricionales y educativas y que ello hace que los resultados sean diferentes.

Con respecto al Periodo intergenésico, en nuestro estudio se encontró en mayor prevalencia el periodo intergenésico largo, con 47,8 %, seguido del periodo intergenésico corto, con 31,1 % y periodo intergenésico adecuado con 21,1 %. Diana Amaluisa, Franklin Tello encontraron similares resultados con predominio del periodo intergenésico largo (36,2 %; 86,6 %) respectivamente, y siendo en menor proporción el periodo intergenésico corto en ambos estudios, a diferencia, de lo encontrado en nuestra investigación podemos observar que los estudios encontrados con mayor proporción de periodo intergenésico corto, fueron de: Rene Lemus, Tablas y Ríos, Jhoan Huamán (29,0 %) y Villalobos y Zarate (75,6 %). Se conoce que el periodo de tiempo entre un embarazo y el siguiente puede influir en la aparición de complicaciones en el embarazo y tanto periodos intergenésicos cortos y largos entre un embarazo y el siguiente se han asociado a posibles complicaciones

obstétricas, en nuestra investigación predominó el periodo intergenésico largo, siendo este un periodo de riesgo, se debe realizar una minuciosa evaluación obstétrica, ya que se asocia con mayor frecuencia a preeclampsia, una de las principales causas de mortalidad materna en nuestro país. De la misma forma, se debe tomar en cuenta que pacientes con periodo intergenésico largo se comportarán como primigestas durante el trabajo de parto en cuanto al tiempo de duración, teniendo este conocimiento, se pueden evitar importantes complicaciones maternas.

Con respecto a las características generales de las gestantes que presentaron complicaciones, fueron: la edad, nuestro estudio encontró mayor frecuencia en el grupo de 30 a 34 años, similares resultados presentan Villalobos y zarate (34,15 %) en ese mismo grupo poblacional. Los estudios de Tablas y Ríos, Diana Amaluisa, Carranza y Peralta, Franklin Tello y Katheryn Yucra, encontraron mayor proporción en el grupo de 20 a 29 años, dicho grupo etario, se encuentra dentro del grupo poblacional, según edad de nuestro estudio.

Con respecto al grado de instrucción nuestro estudio encontró con mayor frecuencia grado de instrucción secundaria, similar resultado presentó Diana Amaluisa, Carranza y Peralta, Noelia Cáceres, mientras que franklin Tello y Rene Lemus encontraron mayor frecuencia en el nivel primario. Así mismo todos los estudios encontraron estado civil conviviente, estos resultados son similares a nuestro estudio.

Con respecto a la procedencia nuestro estudio encontró que el 97 % vive en una zona urbana y solo un 3 % en zona rural, similar resultado entro franklin Tello y Noelia Cáceres. A diferencia de Villalobos y Zárate que encontró un 52,6 % con procedencia de una zona rural.

Así mismo la edad gestacional en las que se presentó la complicación, los estudios presentan como III trimestre la edad gestacional con mayor frecuencia, en ello coincide todos los estudios con los cuales hacemos la comparación.

En número de gestaciones encontradas en nuestro estudio, la gran mayoría (47,8 %) fueron segundigestas, seguido de tercigestas, similares resultados encontraron Rene Lemus, Tablas y Ríos (29%), Diana Amaluisa (55,1 %), franklin Tello (47,3%), Noelia Cáceres (9,6%), a diferencia de Carranza y Peralta y Katheryn Yucra quienes encontraron mayor frecuencia en tercigestas y multigestas respectivamente. Las pacientes con complicaciones obstétricas de nuestro estudio tuvieron en su gran mayoría parto distócico 70% y eutócico 30 %, similar resultado presentó Katheryn Yucra en su trabajo hecho en Tacna en el año 2020, cuyo tipo de parto fue cesárea con 66,8 % y vaginal 33,2 %, a diferencia de Tablas y Ríos, Diana Amaluisa y Noelia Cáceres, quienes encontraron mayor frecuencia en los partos vaginales.

CONCLUSIONES

1. Las complicaciones obstétricas asociadas al periodo intergenésico corto fueron; amenaza de parto prematuro, anemia gestacional, desproporción feto pélvica y situación transversa.
Las complicaciones obstétricas asociadas al periodo intergenésico largo fueron: anemia gestacional, desproporción feto pélvica, sufrimiento fetal agudo y preeclampsia.
Las complicaciones obstétricas asociadas al periodo intergenésico adecuado fueron: sufrimiento fetal agudo y desproporción feto pélvica.
2. El periodo intergenésico de las gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en su gran mayoría tuvieron periodo intergenésico largo, seguido del periodo intergenésico corto y finalmente periodo intergenésico adecuado.
3. Las principales complicaciones obstétricas presentadas por las gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue fueron: anemia gestacional, desproporción feto pélvica, sufrimiento fetal agudo, preeclampsia, oligohidramnios, en menor frecuencia embarazo prolongado, situación transversa, presentación podálica, ruptura prematura de membranas y amenaza de parto prematuro.
4. Las características de las gestantes que presentaron complicaciones asociadas a periodo intergenésico con mayor frecuencia fueron: edad 30-34 años, con grado de instrucción secundaria, convivientes, amas de casa, con lugar de procedencia urbana, con complicación en el III trimestre, segundigestas, con tipo de parto distócico.

RECOMENDACIONES

1. A las (os) Obstetras de los diferentes establecimientos de salud, captar precozmente a las gestantes y realizar control prenatal integral, con la finalidad de detectar precozmente complicaciones asociados a periodo intergenésico como factor de riesgo, así mismo realizar la interconsulta y/o referencia oportuna a otro establecimiento de mayor complejidad.
2. Al ministerio de salud, realizar un monitoreo periódico y sistemático de las actividades preventivas como la atención preconcepcional.
3. A la Dirección Regional de salud, implementar un plan de actividades de difusión masiva con los medios de comunicación local, en temas relacionados a la salud sexual y reproductiva, embarazo y promoción del periodo intergenésico adecuado, con la finalidad de prevenir complicaciones que pongan en riesgo la salud de la madre y el feto.
4. Al Hospital Hipólito Unanue de Tacna, coordinar con los gerentes de los establecimientos de salud de menor capacidad resolutive, para que refieran oportunamente a las gestantes con alguna enfermedad preexistente que complique su salud.
5. A las gestantes, asistir precozmente y cumplir con el control prenatal, para identificar oportunamente factores de riesgo que puedan complicar su embarazo.
6. A los tesisistas de pregrado y postgrado, a seguir realizando más investigaciones sobre periodo intergenésico y complicaciones obstétricas, ya que es un tema de salud pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calderón L., Morgan F., Martínez J. Ginecología y obstetricia de México. Factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles. 2010; marzo.
2. Organización mundial de la salud, sociedad española de Ginecología y obstetricia. Aborto: la información médica [en línea] 2009 [citado 2021 abril 16]. Disponible en: www.abortoinformacionmedica.es/2009/03/28/definicion-de-iv-interrupcion-voluntaria-del-embarazo/
3. Nassif JC, Keklikian R. Obstetricia: Fundamentos y enfoque práctico. Primera edición. México: Editorial Panamericana; 2012.
4. Mallqui P. Intervalo intergenésico y complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el instituto nacional materno perinatal, 2015 [tesis para obtener el título de licenciada en obstetricia] [internet] Lima: Universidad Privada Arzobispo Loayza; 2015 [citado 2021 abril 16]. Disponible en: <https://docplayer.es/36164124-Universidad-privada-arzobispo-loayza.html>
5. Lemus R. Complicaciones obstétricas en pacientes con periodo intergenésico corto que ingresa al servicio de labor y partos [tesis para obtener el grado de maestro en ciencias médicas con especialidad en ginecología y obstetricia] [internet] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2016 [citado 2021 abril 5]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9943.pdf
6. OPS/OMS. La Ops actualizará sus manuales sobre el manejo de las emergencias obstétricas [en línea] 2015 [citado 2021 julio 10]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11447:ops-actualizara-sus-manuales-sobre-manejo-emergencias-obstetricas&Itemid=1926&lang=es
7. Oficina de epidemiología y salud ambiental. Boletín trimestral 2020 [en línea] 2020 [citado 2021 julio 10]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1491680/BOLETIN%20TRIMESTRAL%202020.pdf.pdf>
8. Mesa de concertación para la lucha contra la pobreza. Perú: Mortalidad materna sigue en aumento en el contexto covid-19, un llamado de acción [internet] Lima: Perú 2021 [citado 2021 julio 10]. Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2021-05-07/mclcp-alerta-sobre-muertes-maternas-abril-2021-vp4.pdf>

9. Domínguez L., Vigil P. El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. Rev.Clin Invest Gin Obst.. [en línea] 2005; junio [citado 2021 julio 10]; 32 (3) Disponible en: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0210573X05734870&r=7>
10. Wendt A., Gibbs C. Impacto del aumento del intervalo entre embarazos en la salud materna e infantil. Epidemiología pediátrica y perinatal. 2012
11. OMS. Mortalidad materna [internet] 2019 [citado 2021 julio 11]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
12. Tablas M. y Ríos V. Periodo intergenésico corto: Factor de riesgo para complicaciones obstétricas partos [tesis para obtener el título profesional de médico cirujano] [internet] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2016 [citado 2021 abril 5]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10252.pdf
13. Amaluisa D. Efectos obstétricos de un intervalo intergenésico corto como causa de complicaciones maternas en el hospital gineco-obstétrico isidro ayora quito en el periodo de enero a marzo del 2016 [tesis para obtener el título profesional de médico general] [internet] Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2017 [citado 2021 abril 5]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13957/TESIS%20FINAL14SEP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Carranza E. y Peralta W. Periodo intergenésico corto como factor de riesgo materno neonatal en pacientes del hospital Matilde hidalgo de procel junio-noviembre- 2016 [tesis para obtener el título profesional de Obstetra] [internet] Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2017 [citado 2021 abril 5]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/48271/1/CD%20374-%20CARRANZA%20YAGUAL%20EDITH%20STEFANIE%3B%20PERALTA%20MEJIA%20WILLIAM%20EFREN.pdf>
15. Tello F. Complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico, en gestantes atendidas en el centro de salud baños del inca, 2017 [tesis para optar el título profesional de obstetra] [internet] Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2017 [citado 2021 abril 5]. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2110/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Huamán J. Periodo intergenésico corto como factor de riesgo para el desarrollo de preeclamsia en gestantes [tesis para optar el título de

bachiller en medicina] [internet] Trujillo: Universidad nacional de Trujillo; 2018 [citado 2021 abril 5]. Disponible en: https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/9955/HuamanFiorian_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y

17. Villalobos L. y Zarate J. Período intergenésico corto como factor de riesgo asociado a anemia gestacional en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, durante noviembre del 2015 – Abril del 2016 [tesis para optar el título de Obstetra] [internet] Chiclayo: Universidad particular de Chiclayo; 2016 [citado 2021 abril 5]. Disponible en: <http://repositorio.udch.edu.pe/bitstream/UDCH/733/1/TESIS%20UDCH%20OBSTETRICIA%20VILLALOBOS-ZARATE.pdf>
18. Cáceres N. Complicaciones Obstétricas en gestantes adolescentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017 [tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia] [internet] Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2019 [citado 2021 julio 13]. Disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3687/1601_2019_caceres_mamani_ne_facst_obstetricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Yucra K. Complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en gestantes con anemia, atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 [tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia] [internet] Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2020 [citado 2021 julio 13]. Disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/4124/1838_2020_yucra_palomino_ke_facst_obstetricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Ministerio de salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna. [en línea] 2013 [citado: 2021 abril 26] Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf
21. Fescina R y De Mucio B. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva –CLAP/SMR. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas [en línea] 2012 [citado: 2021 abril 17]. Disponible en: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=279-guias-para-la-atencion-de-las-principales-emergencias-obstetricas-1&Itemid=219&lang=es
22. Yépez R. Hemorragias uterinas del tercer trimestre de embarazo de 32 a 36 semanas, hospital ginecobstetrico enrique c. Sotomayor de

- septiembre del 2012 a febrero 2013. [Tesis de grado previo a la obtención de título de obstetra] [internet] Guayaquil – Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2013 [citado: 2021 abril 17]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1820/1/TESIS%20HEMORRAGIAS%20UTERINAS%20DEL%20TERCER%20TRIMESTRE%20DE%20EMBARAZO.pdf>
23. Dirección regional del callao Hospital San José. Guías de práctica clínica de Obstetricia.[en línea] 2013 [citado: 2021 abril 17] Disponible en: http://www.hsj.gob.pe/transparencia/documentos/datos_generales_entidad/disposiciones_emitidas/resolucion_directoral/2013/GUIAS%20DE%20OBSTETRICIA.pdf
24. Corrales A. Manejo del embarazo prolongado con conducta expectante, [tesis Doctoral] [internet] Habana – Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara Dr. Serafín Ruíz de Zárate Ruíz; 2008 [citado: 2021 abril 17]. Disponible en: <https://studylib.es/doc/4931833/manejo-del-embarazo-prolongado-con-conducta-expectante>
25. López C. Embarazo prolongado como factor de riesgo asociado a trauma Obstétrico en el Hospital Belén de Trujillo [Tesis Doctoral] [internet] Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2015 [citado: 2021 abril 17] Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/1574/1/Lopez_Osorio_Embarazo_Trauma_Obstetrico.pdf
26. Schwarcs R. y Fescina R. Obstetricia. Sexta edición. Argentina: editorial el eteneo; 2014
27. Zaceña J, Efectos clínicos del oligohidramnios en el recién nacido. [tesis Doctoral] [internet] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2016 [citado: 2021 abril 17] Disponible en : http://cunori.edu.gt/descargas/ABSTRACT_Efectos_clinicos_del_Oligohidramnios_en_el_recien_nacido.pdf
28. Aquino R. Periodo intergenésico como factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia en gestantes atendidas en el hospital de apoyo María Auxiliadora Octubre – diciembre 2014 [tesis para optar el título profesional de licenciada en Obstetricia] [internet] Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2016 [citado 2021 abril 5]. Disponible en: http://redi.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2235/868_2016_aquino_vilca_re_facsobstetricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

29. Guevara E. y Meza L. Manejo de la preeclampsia / eclampsia en el Perú: revista Peruana de ginecología y Obstetricia [en línea] 2014; diciembre [citado: 2021 abril 17] 60 (4) Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
30. Alcaldía mayor de Bogotá. Guía de trastornos hipertensivos del embarazo [en línea] Bogotá – Colombia; 2013 [citado: 2021 abril 17] Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/Guia%20Maternidad-Trastornos_baja.pdf
31. Gonzales ME. Infecciones del Tracto urinario. Sociedad española de Nefrología. España, 2015
32. Catalyst consortium. El espaciamiento optimo entre nacimientos: Nuevos hallazgos de América Latina sobre la asociación entre intervalos entre nacimientos y la salud perinatal, materna y adolescente [en línea]. 2012; Washington [citado 2021 abril 17] Disponible en: <http://cat.convio.net/site/DocServer/OBSISpaConde.pdf?docID=140>
33. Segó P. Rotura prematura de membranas. Prog Obstet Gineco [en línea]. 2004 [citado: 2021 abril 17] 47(5) Disponible en: <https://studylib.es/doc/5784896/protocolos-sego-rotura-prematura-de-membranas>
34. Sanitaria. Anomalías en la progresión del parto [internet]. España 2000 [citado: 2021 julio 13]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/anomalias-progresion-parto>
35. Vallecillo G., Niz J. Parto distócico por desproporción feto-pélvica. [internet] [citado 2021 julio 13]. Volumen 43 Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1975/pdf/Vol43-4-1975-5.pdf>
36. MedlinePlus. Presentación de nalgas. [internet] 2021 [citado: 2021 julio 13]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_presentations/100193_1.htm
37. ARAYA C., ZAMBRANO F. Versión cefálica externa: pasado, presente y perspectivas para el futuro. [internet] Editorial: Medwave, No. 1, enero 2009 [citado: 2021 julio 13]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/embarazo/transversa>

38. Silvina N., Julio M. Sufrimiento fetal agudo. [en línea] 2002; febrero [citado: 2021 julio 13].21-26. Disponible en: https://med.unne.edu.ar/revistas/revista112/suf_fet_agu.htm
39. Barahona, A y Marín, M. Características del Período intergenésico Corto en Pacientes atendidas en el Hospital Luis F. Martínez, [Tesis Doctoral] [internet] Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas; 2016 [citado: 2021 abril 17]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24012/1/tesis.pdf>
40. Gaitán H y Colls. Factores de riesgo asociado a mujeres con periodo intergenésico corto [Tesis Doctoral] [internet] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2010 [citado: 2021 abril 17]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8720.pdf
41. Masson I. y Mestanza R. Complicaciones obstétricas y/ o perinatales asociadas a intervalos intergenésicos en el Hospital Regional del IESS Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil [Tesis Doctoral] [internet] Guayaquil – Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2016 [citado: 2021 abril 17]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/5295/1/T-UCSG-PRE-MED-433.pdf>
42. Sampieri H, Metodología de la investigación [internet] México 1997 [citado: 2021 abril 17]. Disponible en: <https://josetavarez.net/Compendio-Methodologia-de-la-Investigacion.pdf>

ANEXOS

ANEXO N°1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS ASOCIADAS A PERIODO
INTERGENÉSICO, EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
2020

I. DATOS GENERALES

1. Edad:

1. 15 – 19 años ()
2. 20 – 24 años ()
3. 25 – 29 años ()
4. 30 – 34 años ()
5. 35 – 39 años ()
6. 40 años a mas ()

2. Grado de instrucción

1. Analfabeta ()
2. Primaria ()
3. Secundaria ()
4. Superior no universitaria ()
5. Superior universitaria ()

3. Estado civil:

1. Soltera ()
2. Conviviente ()
3. Casada ()

4. Ocupación:

1. Estudiante ()
2. Ama de casa ()
3. Empleada del hogar ()
4. Independiente ()
5. Trabajadora del sector público ()
6. Trabajadora del sector privado ()

5. Procedencia

1. Urbano ()
2. Rural ()

II. DATOS OBSTÉTRICOS

6. Periodo intergenésico

1. Adecuado (de 24 a 48 meses) ()
2. Corto (menor de 24 meses) ()
3. Largo (mayor de 48 meses) ()

7. Edad gestacional

1. I trimestre (hasta las 13 semanas) ()
2. II trimestre (14 – 27 semanas) ()
3. III trimestre (28 – 42 semanas) ()

8. Número de gestaciones

1. Segundigesta ()
2. Tercigesta ()
3. Cuartigesta ()
4. Quintigesta ()
5. Granmultigesta ()

9. Tipo de parto:

1. Parto eutócico ()
2. Parto distócico ()

III. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS:

10. Complicaciones Obstétricas

- | | | |
|-----------------------------------|--------|--------|
| 1. Amenaza de parto prematuro | Si () | No () |
| 2. Anemia gestacional | Si () | No () |
| 3. Desproporción feto pélvica | Si () | No () |
| 4. Embarazo prolongado | Si () | No () |
| 5. Oligohidramnios | Si () | No () |
| 6. Preeclampsia | Si () | No () |
| 7. Presentación podálica | Si () | No () |
| 8. Ruptura prematura de membranas | Si () | No () |
| 9. Situación transversa | Si () | No () |
| 10. Sufrimiento fetal agudo | Si () | No () |

ANEXO N° 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS ASOCIADAS A PERIODO INTERGENÉSICO, EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2020								
PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	MUESTRA	DISEÑO	INSTRUMENTO	ESTADÍGRAFO
¿Cuáles son las complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020?	<p>General Determinar la asociación que existe entre complicaciones obstétricas y periodo intergenésico, en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020</p> <p>Específicos</p> <p>a) Identificar el periodo intergenésico de las gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020.</p> <p>b) Identificar las principales complicaciones obstétricas de las gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020.</p> <p>c) Determinar la asociación que existe entre las principales complicaciones obstétricas y el periodo intergenésico corto, adecuado y largo de las gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del hospital Hipólito Unanue Tacna 2020.</p>	<p>H1: Existe asociación significativa entre las complicaciones obstétricas y el periodo intergenésico, en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020.</p> <p>H0: No existe asociación significativa entre las complicaciones obstétricas y el periodo intergenésico, en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020.</p>	<p>1. Variable dependiente: Complicaciones Obstétricas</p> <p>2. Variable independiente: Periodo intergenésico</p>	<p>-Amenaza de parto prematuro -Anemia gestacional -Desproporción feto pélvica -Embarazo prolongado -oligohidramnios -Preeclampsia -Presentación podálica -Ruptura prematura de membranas -Situación transversa -Sufrimiento fetal agudo</p> <p>-Adecuado -Corto -Largo</p>	<p>Población: Constituida por 896 gestantes con complicaciones</p> <p>Muestra: Lo conformaron 270 gestantes que presentaron complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020, que fueron seleccionados utilizando la fórmula para poblaciones finitas.</p>	<p>Tipo y diseño: -Correlacional -No experimental -Transversal -retrospectivo</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>	<p>Base de datos: SPSS Versión 21.</p> <p>Para determinar la asociación entre las variables, se utilizaron pruebas no paramétricas chi - cuadrado de Pearson, se consideró un valor de $p < 0,05$ y con un intervalo de confianza (IC) del 95 %. La presentación de los resultados se hizo mediante tablas y gráficos.</p>

ANEXO N° 3: VALIDACIÓN POR EXPERTOS DE FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante:

Rejas Vargas Roguel Estenia

1.2 Grado Académico:

Bachiller - Licenciada

1.3 Profesión:

Obstetra

1.4 Institución donde labora:

MINSA - Red de Salud Tacna - Micro Red Cona Sur - PSS de Noviembre

1.5 Cargo que desempeña:

Obstetra Asistencial

1.6 Denominación del Instrumento:

"Complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico, en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020"

1.7 Autor del instrumento:

Maribel Maritza Colque Perca

1.8 Programa de pregrado:

Escuela de Obstetricia - UNJBG

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Muy Malo	Mal	Regular	Bueno	Muy Bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles.					X
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría.					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					X
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.					X
SUMATORIA PARCIAL						
SUMATORIA TOTAL						

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa: Regular () Bueno () Muy bueno (X)

3.2. Opinión: FAVORABLE X DEBE MEJORAR _____

NO FAVORABLE _____

3.3 Observaciones:

.....

.....

.....

.....

Es cuanto informo, por tanto, la validación del instrumento es Conforme.....



.....
 Lic. Raquel Rojas Vargas
 OBSTETRA
 C.O.P. 5697

EVALUACIÓN DE EXPERTOS

NOMBRE: *Raquel Lasteria Rojas Vargas*

N° de Ítem	CLARIDAD		OBJETIVIDAD		CONSISTENCIA		COHERENCIA		PERTINENCIA		SUFICIENCIA		OBSERVACIONES
	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión		Están expresados en conductas observables, medibles.		Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría		Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable		La categoría de respuestas y sus valores son apropiados		Son suficientes la cantidad y calidad de ítems en el instrumento		
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
1	X		X		X		X		X		X		
2	X		X		X		X		X		X		
3	X		X		X		X		X		X		
4	X		X		X		X		X		X		
5	X		X		X		X		X		X		
6	X		X		X		X		X		X		
7	X		X		X		X		X		X		
8	X		X		X		X		X		X		
9	X		X		X		X		X		X		
10	X		X		X		X		X		X		


 Lic. Raquel Rojas Vargas
 OBSTETRA
 C.O.P. 5697

Firma

**INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE
INVESTIGACIÓN**

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante:

Obsta. Yubitzca Pérez Aguilar

1.2 Grado Académico:

Magister

1.3 Profesión:

Obstetra

1.4 Institución donde labora:

Centro de Salud La Esperanza

1.5 Cargo que desempeña:

Encargada del Programa ITS-VIH

1.6 Denominación del Instrumento:

“Complicaciones obstétricas asociadas a periodo intergenésico, en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2020”

1.7 Autor del instrumento:

Maribel Maritza Colque Perca

1.8 Programa de pregrado:

Escuela de Obstetricia - UNJBG

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Muy Malo	Mal	Regular	Bueno	Muy Bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles.				X	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría.				X	
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable				X	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				X	
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento.					X
SUMATORIA PARCIAL					16	10
SUMATORIA TOTAL		26				

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa: Regular () Bueno (4) Muy bueno (2)

3.2. Opinión: FAVORABLE X DEBE MEJORAR _____

NO FAVORABLE _____

3.3 Observaciones:

.....

Es cuanto informo, por tanto, la validación del instrumento es VÁLIDO



Mgr. Obsta. Yubitza Pérez Aguilar

EVALUACIÓN DE EXPERTOS

NOMBRE: *Obsta. Yubitzza Pérez Aguilar*

N° de Ítem	CLARIDAD		OBJETIVIDAD		CONSISTENCIA		COHERENCIA		PERTINENCIA		SUFICIENCIA		OBSERVACIONES
	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión		Están expresados en conductas observables, medibles.		Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría		Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable		La categoría de respuestas y sus valores son apropiados		Son suficientes la cantidad y calidad de ítems en el instrumento		
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
1	X		X		X		X		X		X		
2	X		X		X		X		X		X		
3	X		X		X		X		X		X		
4	X		X		X		X		X		X		
5	X		X		X		X		X		X		
6	X		X		X		X		X		X		
7	X		X		X		X		X		X		
8	X		X		X		X		X		X		
9	X		X		X		X		X		X		
10	X		X		X		X		X		X		



Mgr. Obsta. Yubitzza Pérez Aguilar

ANEXO N° 4: CREDENCIAL PARA OBTENCIÓN DE DATOS



HOSPITAL
HIPÓLITO
UNANUE

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

EL DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA AUTORIZA, POR INTERMEDIO DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Por Resolución Gerencial General Regional N°405-2020-GGR/GOB.REG.TACNA

CERTIFICA

Que el Proyecto de Investigación:

"RCOMPLICACIONES OBSTÉTRICAS ASOCIADAS A PERÍODO INTERGENÉSICO, EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2020"	CÓDIGO
	054-CIEI-2021

Autor (es):

MARIBEL MARITZA COLQUE PERCA

Dictamen otorgado por la Lic. Irma Villar Agurto, Miembro Activo del Comité Institucional de Ética en Investigación informa como:

Titular Suplente

Según Resolución Directoral N°268-2021-DIREC-EJEC-HHUT-DRSS/GOB.REG.TACNA, quien luego de la revisión del trabajo, DETERMINA:

Puede ser desarrollado: SI NO

Cumple con el Marco ético legal de la Investigación en seres humanos S NO

Vulnera derechos del paciente SI NO

Aplicará Instrumentos:

Pacientes

Personal

Otros

Consentimiento informado:

Verbal SI NO Escrito SI NO Pertinente SI NO

Impacto Ambiental Positivo Negativo

En base a ello el Comité Institucional de Ética en Investigación concluye que el proyecto:

SI NO Cumple con todos los requisitos de calidad exigidos para ser desarrollado

y en consecuencia SI NO Otorga la Aprobación, por intermedio de de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.

Se expide el presente documento el día 27 de agosto del 2021



[Signature]

Med. Edgar Rogelio Concori Coaquira
Director Ejecutivo
Hospital Hipólito Unanue Tacna



[Signature]

Lic. Blanca Raquel Zevallos Delgado
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
Hospital Hipólito Unanue Tacna