



RESOLUCIÓN N° 084-2017-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 06 de abril de 2017.

VISTO:

La Solicitud N° 0348715, de fecha 28.MAR.2017, presentada por la alumna FABIÁN CAMARA, Yenny, mediante el cual solicita rectificación de fecha del título de Proyecto de Investigación;

CONSIDERANDO:

Que, con Resolución N° 025-2016-UNHEVAL/FOBST-DI, de fecha 22.MAR.2016, se resolvió, Aprobar como exclusividad el título de Proyecto de Investigación: "PROGRAMA EDUCATIVO PARA PREVENIR LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN GESTANTES DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, YARINACOCHA – PUCALLPA 2016", de la alumna FABIÁN CAMARA, Yenny, de la Facultad de Obstetricia y se nombró a la Dra. Zoila Elvira Miraval Tarazona, como asesora de la alumna mencionada;

Que, con Resolución N° 053-2017-UNHEVAL/FOBST-D, de fecha 23.MAR.2017, se resolvió, Modificar el título del Proyecto de Investigación debiendo ser: "COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES EN GESTANTES CON ALTURA UTERINA MAYOR O IGUAL A 35 CM QUE TERMINARON EN PARTO VAGINAL. HOSPITAL AMAZONICO-UCAAYALI. ENERO-JULIO 2017", de la alumna FABIÁN CAMARA, Yenny; asimismo, se ratifica el nombramiento a la Dra. Zoila Elvira Miraval Tarazona, como asesora de la alumna mencionada;

Que, con Solicitud N° 0348715, de fecha 28.MAR.2017, la alumna FABIÁN CAMARA, Yenny, solicita rectificación de fecha del título de Proyecto de Investigación, debido a un error durante la digitación, debiendo ser: "COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES EN GESTANTES CON ALTURA UTERINA MAYOR O IGUAL A 35 CM QUE TERMINARON EN PARTO VAGINAL. HOSPITAL AMAZONICO-UCAAYALI. JULIO-DICIEMBRE 2016", y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

- 1º **MODIFICAR** en parte, correspondiente a la fecha del título del Proyecto de Investigación, debiendo ser: "**COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES EN GESTANTES CON ALTURA UTERINA MAYOR O IGUAL A 35 CM QUE TERMINARON EN PARTO VAGINAL. HOSPITAL AMAZONICO-UCAAYALI. JULIO-DICIEMBRE 2016**", de la alumna **FABIÁN CAMARA, Yenny**, de la Facultad de Obstetricia y queda registrado en el cuaderno de Actas del Instituto de Investigación de la Facultad de Obstetricia.
- 2º **RATIFICAR EL NOMBRAMIENTO** de la **Dra. Zoila Elvira Miraval Tarazona**, Asesora de la alumna **FABIÁN CAMARA, Yenny**; para la elaboración de su Proyecto de Investigación, así como la orientación de su desarrollo.
- 3º **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
FACULTAD DE OBSTETRICIA

Dra. Mary L. Mague Ponce
DECANA

DISTRIBUCIÓN:
DUIFO, INTERESADA, ASESORA Y ARCHIVO.

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO
VALDIZÁN**

FACULTAD DE OBSTETRICIA

E.A.P DE OBSTETRICIA



TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

**“COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y NEONATALES EN
GESTANTES CON ALTURA UTERINA MAYOR O IGUAL
A 35 CM QUE TERMINARON EN PARTO VAGINAL.
HOSPITAL AMAZONICO-UCAYALI
JULIO-DICIEMBRE 2016.”**

TESISTA: YENNY AURELIA FABIAN CAMARA

ASESORA: Dra. ZOILA ELVIRA MIRAVAL TARAZONA

HUÁNUCO- PERÚ

2017

**“COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y NEONATALES EN
GESTANTES CON ALTURA UTERINA MAYOR O IGUAL
A 35 CM QUE TERMINARON EN PARTO VAGINAL.
HOSPITAL AMAZONICO-UCAYALI
JULIO-DICIEMBRE 2016.”**

DEDICATORIA

A Dios por haberme acompañado y guiado por el buen camino, por ser mi fortaleza en los momentos difíciles y por brindarme una vida llena de aprendizaje, experiencia y sobre todo de felicidad. A mis padres, por el apoyo incondicional brindado, estando conmigo en tiempos buenos y en los adversos y haber contribuido al logro de mis metas.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, hermanos y familia, por su apoyo constante, consejos, amor, motivación y disposición para ayudarme durante mi aprendizaje universitario.

A mis docentes de la Escuela Académica Profesional de Obstetricia, que fueron quienes me formaron paso a paso profesionalmente, gracias por su dedicación, exigencia y paciencia.

A mi asesora Dr. Zoila Elvira Mirabal Tarazona por su compromiso y esfuerzo desplegado en la culminación de esta investigación.

Al director del Hospital Amazónico quien nos dio la oportunidad de poder realizar este trabajo de investigación en dicho nosocomio.

Al equipo de salud del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Amazónico por el apoyo incondicional brindado en mi preparación profesional en el campo de la obstetricia y en la realización de este trabajo de investigación.

RESUMEN

“COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y NEONATALES EN GESTANTES CON ALTURA UTERINA MAYOR O IGUAL A 35 CM QUE TERMINARON EN PARTO VAGINAL. HOSPITAL AMAZONICO-UCAYALI JULIO-DICIEMBRE 2016.”

En la presente investigación el objetivo fue: Conocer las complicaciones obstétricas y neonatales en gestantes con altura uterina mayor o igual a 35 cm que terminaron en parto vaginal atendidas en el Hospital Amazónico-Ucayali Julio-Diciembre 2016. El presente estudio es de tipo descriptivo/correlacional, retrospectivo, transversal. La muestra de estudio estuvo constituida por 106 gestantes con altura uterina mayor o igual a 35 cm, muestreo no probabilístico por conveniencia. Se realizó estadística descriptiva, para las variables cualitativas y cuantitativas. Las hipótesis fueron analizadas mediante la estadística inferencial no paramétrica y para ello se utilizó el Chi-Cuadrado de Person. Los resultados obtenidos fueron: Las principales complicaciones obstétricas que se presentaron durante el trabajo de parto fueron el desgarro perineal (44%), desgarro cervical (6%), shock hipovolémico por desgarro cervical (5%), desgarro perineal más desgarro cervical (3%), desgarro pared vaginal más desgarro perineal (3%), edema vulvar (3%), atonía uterina (3%), shock hipovolémico por atonía uterina (3%), desgarro pared vaginal (2%), retención de placenta (2%), desgarro cervical más desgarro pared vaginal (1%) y expulsivo prolongado (1%).

Las principales complicaciones neonatales que presentaron fueron el enclavamiento de hombros (5%), depresión neonatal (4%), enclavamiento de hombros más asfixia neonatal más sepsis neonatal (3%), enclavamiento de hombros más fractura de clavícula (3%), enclavamiento de hombros más depresión neonatal (2%), enclavamiento de hombros más lesión del plexo braquial más depresión neonatal (2%), enclavamiento de hombros más Cefalohematoma (1%), muerte neonatal (1%). Concluyendo que: Las principales complicaciones obstétricas y neonatales que presentaron las gestantes con altura uterina mayor o igual a 35 cm atendidas en el Hospital Amazónico en el año 2016 fueron el 44% presentaron desgarro perineal (I, II, III y IV), 10% desgarro cervical y el 7% shock hipovolémico por desgarro cervical y atonía uterina y el 15% enclavamiento de hombros.

Palabras claves: Complicaciones, altura uterina, gestación, parto vaginal.

SUMMARY

“OBSTETRICAL AND NEONATAL COMPLICATIONS IN PREGNANT WOMEN WITH A UTERINE HEIGHT GREATER THAN OR EQUAL TO 35 CM THAT ENDED IN VAGINAL DELIVERY. HOSPITAL AMAZONICO-UCAYALI JULY-DECEMBER 2016.”

In the present study, the objective was: To determine the obstetrical and neonatal complications in pregnant women with uterine height greater than or equal to 35 cm who finished in vaginal delivery attended at the Hospital Amazónico-Ucayali July-December 2016. This study is of type: descriptivae/correlational, retrospective, cross-sectional study. The study sample consisted of 106 pregnant women with uterine height greater than or equal to 35 cm, non-probabilistic sampling for convenience. we performed descriptive statistics, for qualitative variables and quantitative variables. The hypotheses were tested using the nonparametric inferential statistics and for them the Pearson Chi square. The results obtained were: The main obstetrical complications that occurred during labor were the perineal tear (44%), cervical tear (6%), hypovolemic shock due to cervical tear (5%), perineal tear plus cervical tear (3%), vaginal Wall tear but (3%), perineal tear, edema vulvar (3%), uterine atony 3%, hypovolemic shock due to uterine atony (3%), vaginal Wall tear (2%), placenta retention (2%), cervical tear plus (1%), vaginal wall tear and prolonged expulsión (1%). The main neonatal complications presented were shoulder interlocking (5%), neonatal depression (4%), shoulder interlocking plus neonatal asphyxia plus neonatal sepsis (3%), shoulder interlocking plus neonatal depression (2%), shoulder interlocking plus brachial plexus injury plus neonatal depression (2%), shoulder interlocking plus clavicle fracture (2%), clavicle fracture (1%), shoulder interlocking plus cephalohematoma (1%), neonatal death (1%). Concluding that: the main obstetrical and neonatal complications presented by pregnant women with uterine height greater than or equal to 35 cm attended at the Hospital Amazonico in 2016 were 44% presented perineal tear, 10% cervical tear, 7% hypovolemic shock cervical tear and uterine atony and 15% shoulder interlocking.

Keywords: complications, uterine height, pregnancy, vaginal delivery.

INDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
SUMMARY	vii
INDICE	viii
INTRODUCCIÓN	9
CAPITULO I	12
MARCO TEORICO	12
1.1. Antecedentes	12
1.2. Investigación bibliográfica	16
1.4. Definición de términos básicos	44
1.5. Hipótesis.....	45
1.6. Variables	46
1.8. Objetivos.....	47
CAPITULO II	49
MARCO METODOLOGICO	49
2.1. Ámbito de estudio	49
2.2. Tipo de investigación.....	49
2.3. Diseño y esquema de investigación	49
2.4. Universo, población y muestra	50_Toc489559764
2.5. Fuentes, técnicas e instrumentos de recolección de datos	52

2.6. Procedimiento y presentación de datos.....	53
<i>CAPITULO V.....</i>	54
<i>RESULTADOS</i>	54
<i>DISCUSION</i>	77
<i>CONCLUSIONES.....</i>	79
<i>RECOMENDACIONES</i>	81
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</i>	83

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la medición de la altura uterina durante el embarazo es un buen método para detectar neonatos pequeños o grande para la edad gestacional. (1)

El incremento normal de la altura uterina es de 1cm /semana, a partir de las 14 semanas de edad gestacional. Una alteración de la altura uterina nos dará un signo de que el crecimiento fetal no es adecuado. Cuando la altura uterina es más de 2 cm para la edad gestacional, existe la posibilidad de diagnosticar: macrosomía fetal, gestación múltiple, polihidramnios, error de FUR, entre otros. (2)

El Centro Latinoamericano de Perinatología ha desarrollado curva de altura uterina en función a la edad gestacional en donde los percentiles 10 y 90 marcan los límites de normalidad. (3)

La medición de la altura del fondo uterino es el método más utilizado para efectuar una estimación clínica del crecimiento fetal, tiene un 56 – 86% de sensibilidad y un 80-93% de especificidad. (4)

En un estudio realizado por Riveiro y Berrone se utilizó la altura uterina mayor de 34 cm como factor predictor de Macrosomía, obteniéndose una sensibilidad de 93%, especificidad de 69%, un valor predictivo positivo de 8.8% y un valor predictivo negativo de 99.7%. (5)

La altura uterina mayor a 35 cm se relaciona principalmente con macrosomía fetal que constituye el 7.4% de las patologías más frecuentes en nuestro país. (6) Durante los últimos años múltiples reportes indican que la incidencia de macrosomía ha aumentado considerablemente, principalmente en los países industrializados, siendo su incidencia de 10 a 13%.(7)

El parto vaginal de un feto macrosómico representa mayor riesgo de trauma obstétrico (tres veces superior al observado en recién nacidos con peso menor a 4,000 gramos) y complicaciones como trabajo de parto prolongado, hemorragia postparto y lesiones del canal de parto; además, puede haber distocia de hombros al parto, fractura de clavícula, lesión del plexo braquial y asfixia perinatal. (8)

El trauma obstétrico es el factor que más contribuye a la morbilidad neonatal, y la macrosomía aumenta el número de partos quirúrgicos, además de la mortalidad fetal intraparto. Es por ello, medir la altura uterina y estimar el

peso fetal es uno de los datos muy importantes para elegir la vía de terminación del embarazo, y ayudan a evaluar la desproporción cefalopélvica y a detectar productos macrosómicos. (9)

Según el SIP 2000 del Hospital Amazónico, en el año 2015 el total de pacientes que ingresaron con altura uterina mayor a 35 cm fueron 654, de los cuales 49.7% terminaron su parto por cesárea y 50.3% terminaron por vía vaginal. (10)

En el año 2015, en el Hospital Amazónico nacieron 3750 infantes, 195 de ellos fueron macrosómico, con prevalencia de 5.1%. (10) En el servicio de Ginecología – Obstetricia se utiliza generalmente, la ecografía como ayuda diagnóstica ante la sospecha de macrosomía fetal, sin brindarle a la altura uterina la importancia debida, siendo muchas veces desestimada por el médico que atiende el parto, dando chance vaginal y corriendo el riesgo de que la paciente puede complicarse.

Ante lo indicado me planteo la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas y neonatales en gestantes con altura uterina mayor o igual a 35cm que terminaron en parto vaginal atendidas en el Hospital Amazónico Julio-Diciembre 2016?

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1. Antecedentes

1.1.1. Antecedentes Internacionales

Paola Elizabeth Barbecho Chuisaca y Tatiana Del Roció Barrera Campoverde, Cuenca - Ecuador 2013. En su Estudio Incidencia, Factores de Riesgo y Complicaciones Materno-Perinatales durante el Embarazo y Partos de Niños a Término, Grandes para la Edad Gestacional, Nacidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso desde el 1° de Enero hasta el 31 de Diciembre del 2011. Tuvo como objetivo: Determinar la incidencia, factores de riesgo y complicaciones materno-perinatales durante el embarazo y el parto de niños a término y grandes para la edad gestacional, nacidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Su estudio fue cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y de carácter clínico. Cuya conclusión fue:

- ✓ La incidencia de RNTGEG fue de 6.2%.
- ✓ El promedio de edad materna fue de 26 años.
- ✓ El promedio de talla de la población fue de 152 cm, las mujeres con sobrepeso anterior al embarazo presentaron mayor frecuencia de RNTGEG a pesar de que en la mayoría la ganancia de peso durante el embarazo fue menor a lo normal.
- ✓ La diabetes gestacional, diabetes mellitus, hipertensión arterial y la enfermedad hipertensiva del embarazo tuvieron poca relación con los RNTGEG.
- ✓ La mayor frecuencia de complicaciones estuvo comprendida entre cesárea, parto prolongado y desgarro de partes blandas.
- ✓ Las complicaciones de los RNTGEG más comunes dentro del periodo perinatal fueron: compromiso del bienestar fetal, hipoglicemia y presencia de caput succedaneum. (12)

1.1.2. Antecedentes Nacionales

Isaac Paredes Torres, Lima-Perú 2010. La Macrosomía: Factores Predictores y Complicaciones durante el Parto Vaginal. Hospital Nacional PNP Luis Sáenz. En el proceso de investigación el autor tuvo como objetivo identificar los

factores predictores de Macrosomía y las complicaciones durante el parto vaginal. Su estudio fue de casos y controles, retrospectivo y correlacional. Utilizo el peso del recién nacido mayor o igual a 4,000 g. como indicador de Macrosomía, por lo que incluyó a 208 macrosómicos nacidos durante los años 2005 y 2006, los cuales representan el 10.9% y el 9.8% del total de recién nacidos respectivamente. Cuyas conclusiones fueron:

1. Existe relación significativa entre la presencia de Macrosomía:

- La presencia de diabetes materna.
- Ganancia de peso de las madres gestantes mayor o igual a 12 kg.
- Índice de Masa Corporal que indique sobrepeso u obesidad.
- Período intergenésico mayor o igual a 49 meses.
- Edad materna mayor o igual a 29 años.
- Antecedente de hijo(s) macrosómico(s).
- Altura uterina mayor o igual a 34 cm.
- Sexo masculino del recién nacido.

2. Se establece que la presencia de 5 o más factores nos dan un 100% de probabilidad de Macrosomía.

3. Las complicaciones que se relacionan significativamente con la macrosomía son:

- Desgarro de partes blandas.
- Parto prolongado. (13)

Carlos Alberto Rojas Hernández, Lima-Perú 2015. Altura Uterina frente a Ecografía Obstétrica para Determinar Macrosomía Fetal. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. En el proceso de su investigación el autor tuvo como objetivo determinar que procedimiento fue más confiable para estimar macrosomía fetal en gestantes a término, la ecografía obstétrica o la medición de la altura uterina. Su estudio fue de tipo observacional, analítico correlacional, retrospectivo. Cuyas conclusiones fueron:

- La mensuración de la altura uterina y la aplicación de la regla de Johnson Toshach para calcular el peso del feto en gestantes a término, constituye un método más eficaz que la ecosonografía para detectar casos de macrosomía fetal. (14)

1.1.3. Antecedentes Locales

No se encuentra evidencias

1.2. Investigación bibliográfica

1.2.1. Conceptos fundamentales

1.2.1.1. Medición de la altura uterina

La medición de la altura uterina durante el embarazo es una técnica de apoyo al control prenatal para facilitar al personal de centros de salud y hospitales del primer y segundo nivel de referencia, la correcta vigilancia del embarazo. (15)

La medición de la altura uterina sirve para evaluar el crecimiento del feto durante el embarazo. Dicha medición brinda los datos necesarios sobre el tamaño del bebé, su desarrollo y la posición en la que se encuentra. (16)

La medición la realiza el médico u obstetra utilizando una cinta métrica a partir de la semana 20 de embarazo, tomando la distancia entre el hueso púbico (sífnisis pubiana) y la parte superior del útero. Lo normal es que la altura uterina, medida en

centímetros, sea aproximada al número de semanas de embarazo. (16)

1.2.1.2. Antecedentes de la altura uterina

El método más usado para calcular el peso fetal ha sido la medición de la altura del fondo uterino con la técnica descrita en 1954 por Johnson y Toshach en la cual en la experiencia de sus autores se disminuyen las probabilidades de error y se toma en cuenta la altura en que se encuentra la presentación. (17)

En 1978, en Argentina, Belizán examina el valor de la altura uterina en el diagnóstico de retardo del crecimiento fetal. Incluyó 298 embarazadas sanas y estableció los valores de la mediana de peso y sus percentiles (10 y 90) en relación con la edad gestacional. La medida se realizó desde la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino. Con estos valores se establecieron los estándares para predecir los bajo peso al nacer (percentil 10) con una sensibilidad del 86%. (18)

En 1981, Quaranta en Argentina midió la altura uterina de 103 mujeres entre las 20 y 40 semanas de gestación de las cuales nacieron niños entre el 25 y 90 percentil. Una sola medida de la altura uterina diagnosticó bajo peso entre las 32 y 33 semanas. (18)

En 1996, Ghate estudia la altura uterina junto a la circunferencia abdominal en relación con la edad y peso neonatal de acuerdo con categorías de peso de 2000gr, 2500g y 3000g. Observa que la realización de ambas pruebas tiene una sensibilidad del 87,5%, una especificidad del 90%, y un valor predictivo positivo de 77,8%. (18)

El estudio de Rivero predecía el peso fetal pero no relacionado con la edad gestacional en 489 mujeres con feto único, de término, presentación cefálica y bolsa íntegra. Mostró que si la altura uterina era de menos de 31 cm diagnosticaba bajo peso (<2500g) siendo su sensibilidad de 87,5%, la especificidad de 72%, el valor predictivo positivo de 13,8%, y el valor predictivo negativo de 99,1%. En cambio alturas uterinas mayores a 34 cm eran diagnosticadas como macrosomía (>4000g) siendo su

sensibilidad 93%, especificidad 69%, valor predictivo positivo 8,8% y valor predictivo negativo 99,7%. (18)

Para determinados autores, el progreso semanal de la altura uterina es de 15 milímetros en el primer trimestre, de 25 en el segundo y de 50 en el último trimestre. Algunos uniforman este incremento a 4 centímetros mensuales a partir del segundo mes. Otros dicen que debe aumentar a razón de un centímetro semanal a partir de la semana 14 hasta el término del embarazo; pero hay quienes aseguran que a las 20 semanas, el fondo uterino debe encontrarse a 20 centímetros por encima de la sínfisis, y que a partir de ahí sumar un centímetro por semana hasta las 34 para mantenerse así hasta el término. (2)

El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP-OPS/OMS) ofrece parámetros dentro de cuyo rango se consideran normales los valores de la altura uterina desde las 13 hasta las 40 semanas de gestación. (3)

**ALTURA UTERINA MATERNA POR CADA SEMANA
DE EDAD GESTACIONAL (en cm.)**

Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP)

PERCENTILES SEMANAS	10	25	50	75	90
13	8,0	8,0	10,8	11,0	12,0
14	8,5	10,0	11,0	13,0	14,5
15	9,5	10,5	12,5	14,0	15,0
16	11,5	12,5	14,0	16,0	18,0
17	12,5	13,0	15,0	17,5	18,0
18	13,5	15,0	16,5	18,0	19,0
19	14,0	16,0	17,5	19,0	19,5
20	15,0	17,0	18,0	19,5	21,0
21	15,5	18,5	19,0	20,0	21,5
22	16,5	18,5	20,0	21,5	22,5
23	17,5	19,5	21,0	22,5	23,0
24	18,5	20,5	22,0	23,0	24,0
25	19,5	21,0	22,5	24,0	25,5
26	20,0	21,5	23,0	24,5	25,5
27	20,5	21,5	23,5	25,0	26,5
28	21,0	23,0	25,0	26,0	27,0
29	22,4	24,0	25,5	26,5	28,0
30	23,5	24,5	26,5	28,0	29,0
31	24,0	26,0	27,0	28,0	29,5
32	25,0	26,5	28,0	29,5	30,0
33	25,5	26,5	29,0	30,0	31,0
34	26,0	27,5	29,5	31,0	32,0
35	26,5	28,5	30,5	32,0	33,0
36	28,0	29,0	31,0	32,5	33,0
37	28,5	29,5	31,5	33,0	34,0
38	29,5	30,5	33,0	33,5	34,0
39	30,5	31,0	33,5	33,5	34,0
40	31,0	31,0	33,5	33,5	34,5

1.2.1.3. Técnica de la medición de la altura uterina

Para efectuar la medición de la altura del fondo uterino, es necesario que la gestante se encuentre en posición supina, vejiga urinaria completamente vacía, con las piernas flexionadas y los tobillos juntos. Para la medición del fondo uterino, se necesita una cinta métrica flexible, graduada en centímetros. (19)

Para la antropometría de la altura uterina del fondo uterino se sigue los siguientes pasos:

- Realiza las maniobras de Leopold para identificar el fondo uterino.
- Por la palpación, localiza el borde superior del pubis.
- Con la mano derecha, toma la cinta métrica de un extremo (donde inicia la numeración) y fija el extremo de la cinta con los dedos en el borde superior del pubis.
- Con la mano izquierda toma la cinta métrica colocándola entre los dedos índice y medio y deslízala que el borde cubital alcance el fondo uterino. Se registra la dimensión del punto más alto en centímetros (cm). (19)

1.2.1.4. Atención prenatal y altura uterina

El atención prenatal tiene como objetivo una oportuna identificación y un manejo adecuado de los factores de riesgo obstétrico, la realización de pruebas de laboratorio básica y el seguimiento de parámetros básicos como son la altura uterina, el peso materno y la presión arterial diastólica, lo cual ayuda a una diagnóstico temprano de patologías clínicamente evidentes y un manejo oportuno de factores de riesgo, que benefician la salud materna y perinatal. (20)

Los determinantes principales del crecimiento fetal en las gestaciones avanzadas se correlacionan en gran parte con factores influidos por la situación socioeconómica de la madre, como dieta, tabaquismo o drogadicción. En general, cuanto más grande es la carencia socioeconómica menor es la tasa de crecimiento fetal en los estudios finales del embarazo. (21)

La altura uterina, la cual se mide en centímetros con una cinta métrica de material flexible e inextensible desde el pubis hasta el fondo uterino

(determinado por la palpación). El extremo de la cinta métrica se fija en el borde superior del pubis con los dedos de una mano y entre los dedos índices y mayor de la otra se desliza la cinta hasta que el borde cubital de esa misma mano alcance el fondo uterino. (22)

Con la paciente acostada se establecerá la altura del fondo uterino con referencia al ombligo y apéndice xifoides. Cuando el fondo uterino llega a la mitad de la distancia entre el pubis y el ombligo, el embarazo será de 3 meses; si alcanza el ombligo, de 5 meses. Cuando llega a la parte media de la línea umbilicoxifoidea, será de 7 meses y hasta el apéndice xifoides de 8 meses y medio y un poco por debajo, de término, porque la presentación se introduce en la pequeña pelvis. (23)

La altura uterina tiene una correlación aceptable con el peso del recién nacido. Esta medida sencilla y de fácil aplicación posee una utilidad diagnóstica muy buena para identificar alteraciones del peso fetal. Su sensibilidad para ambos extremos del espectro es alta, con buena especificidad y especialmente un elevado valor predictor negativo, permitiendo

identificar pacientes de bajo riesgo para alteraciones del crecimiento fetal. (5)

1.2.1.5. Importancia de la atención prenatal y la altura uterina

Todos los embarazos deberían de ser tamizados con medición de la altura uterina seriada, reservando la ultrasonografía para aquellas pacientes con factores de riesgo, disminución en la velocidad de crecimiento o ausencia de crecimiento de la altura uterina. La medición de la altura del fondo uterino es el método más utilizado para efectuar una estimación clínica del crecimiento fetal. (32)

El control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esta forma se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano. (33) No

se encontró evidencias de algún beneficio ni daño asociado con la medición de rutina de la altura uterina en las embarazadas. Sin embargo, las publicaciones disponibles indican que la medición de la altura uterina es un buen método para detectar neonatos pequeños para la edad gestacional en países en vías de desarrollo. Por lo tanto, todavía debe recomendarse como práctica estándar en el control prenatal y, en lugar de reemplazar, debe complementar la exploración del útero grávido. (2)

El desarrollo fetal no es el único factor que afecta la altura uterina, sino también la constitución física, la talla, el peso, la cantidad de grasa abdominal de la madre, la flacidez abdominal, las cuales son característicamente escasas en la mujer andina y rural y que también podría ser evaluado correlacionándose con el peso de los fetos y recién nacidos. (34)

1.2.1.6. Crecimiento uterino excesivo

Se define así cuando la altura uterina es mayor que lo esperado para la amenorrea que cursa la

gestante. Si la altura uterina es mayor de 35 cm se podría decir que estamos frente a un gran vientre grávido. (24)

Lo primero a descartar es el error en el FUM, o que la misma no sea confiable. Una vez descartado esto, las causas pueden ser:

- Maternas: obesidad, diabetes, edema parietal, miomatosis uterina.
- Ovulares o fetales: embarazo gemelar, macrosomía fetal, hidrops, malformaciones.
- Líquido amniótico: polihidramnios.
- Placenta: placenta previa. (24)

La biometría uterina y en especial la altura uterina sirve para la valoración del crecimiento fetal. La evaluación continua de la biometría uterina tiene un valor relativo, pudiendo orientar, en el curso de la gestación, hacia diferentes patologías. (25)

Hasta la semana 36 de embarazo, la altura uterina debe aumentar aproximadamente 4 cm por mes. A término, una altura uterina superior a 40 cm orienta hacia el diagnóstico de macrosomía fetal. (25)

Una medición patológica solo tiene valor cuando se confirma en dos ocasiones o más, a partir de la semana 30 de gestación. Los errores más importantes se observan en las últimas semanas de gestación (feto encajado o no). (25)

1.2.1.7. Ganancia de peso materno de acuerdo al IMC

El aumento del peso materno durante el embarazo afecta el peso al nacer del niño. Durante la primera mitad del siglo XX se recomendó a las mujeres no aumentar más de 9.1 kg. Durante el embarazo, pues se pensaba que de esta manera se previa el desarrollo de la hipertensión y de la macrosomía fetal, cuyo resultado podía ser la cesárea. (26)

A mediados de 1970, se recomendó a las mujeres que aumentaran como mínimo 11.4 kg, con el fin de prevenir el parto prematuro y la restricción del crecimiento fetal. En 1990, el Institute of Medicine de Estados Unidos recomendó un aumento de peso entre los 11.5 y 16 kg. Para las mujeres con IMC normal antes del embarazo. La American Academy of

Pediatrics y el American College of Obstetricians and Gynecologists (1997) aprobaron ambas recomendaciones. (26)

Tabla de índice de Masa Corporal según la OMS

Categoría de IMC pregestacional	IMC	Ganancia de peso (kg) recomendada
Baja	< 19,8	12,5 a 18
Normal	19,8 a 26	11,5 a 16
Alta	≥ 26 a 29	7 a 11,5
Obesa	> 29	Menos de 7

IMC = índice de masa corporal

* Tabla adaptada de Human Energy Requirements, FAO/OMS/NU, Roma 2004

1.2.1.8. Método de Johnson y Toshach

En 1954 Johnson Toshach propusieron un método clínico de medición del fondo uterino en centímetros y se le aplicó una forma de constates que resulto del estudio de 200 casos, con un resultado en la variación del peso fetal de más menos 240 gr en 68% de recién nacidos. (29) Actualmente diversos estudios realizados para la predicción del peso fetal por medio de ultrasonografía en fetos pequeños para la edad gestacional, han demostrado hasta 90% de especificidad con 10% de resultados falsos positivos.

Mientras que otros estudios con medidas extrapoladas de ultrasonografía aplicando las fórmulas de hadlock y spinnato han tenido error en la estimación del peso fetal de 5.9 y 8.8%, respectivamente. (30)

La fórmula de Johnson y Toshach considera las siguientes variables: medición del fondo uterino y altura de presentación del producto en la pelvis materna.

Formula de la regla de Johnson:

Cuando la presentación fetal se encuentra por encima de las espinas ciáticas $PF (g) = [AU (cm) - 12 \times 155]$

Cuando la presentación se encuentra a la altura o por debajo de la espina ciáticas

$PF (g) = [AU (cm) - 11 \times 155]. (30)$

1.2.1.9. Complicaciones obstétricas asociados a la macrosomía fetal

Durante el periodo de dilatación

- **Dilatación estacionaria**

Se define como el transcurso de 2 horas sin observar cambios en el cuello uterino y la detención del descenso como el transcurso de 1 hora sin registrar descenso fetal. Los factores que contribuyen tanto a los trastornos de retraso como la detención son la sedación excesiva, analgesia epidural y las posiciones anómalas del feto. Tanto en los trastornos por retraso como por detención, Friedman recomendó la valoración fetopélvica para identificar la desproporción cefalopélvica. (26)

- **Alteración en el descenso de la presentación**

Surge de una disminución de la capacidad pélvica, de una talla excesiva del feto o, más a menudo, de una combinación de ambas. Cualquier estrechez de los diámetros pélvicos que disminuye la

capacidad de ese segmento corporal puede crear distocias durante el trabajo de parto. Puede haber estrechez de los planos de entrada, medio, de salida, o una pelvis con disminución general de sus diámetros por la combinación de esas circunstancias. (27)

Durante el periodo expulsivo

- **Rotura uterina**

La rotura uterina puede aparecer como resultado de una lesión o anomalía preexistente, relacionarse con traumatismo o complicarse el trabajo de parto en un útero sin cicatriz previa. La causa más frecuente de rotura uterina es la separación de una cicatriz de histerotomía de una cesárea previa, otros factores que suelen predisponer a rotura del útero son cirugías o manipulaciones traumáticas previas como legrado, perforación o miomectomía. La estimulación excesiva o inapropiada del útero con oxitocina, una causa antes frecuente, es ahora excepcional. Si has tenido una cesárea previa o una cirugía uterina importante, la macrosomía fetal aumenta el riesgo de padecer rotura uterina, una complicación poco frecuente pero grave. (27)

- **Expulsivo prolongado.**

Según el ACOG el expulsivo prolongado (segundo estadio del parto prolongado) se define cuando su duración sobrepasa en las nulíparas las 3 horas con epidural, y las 2 horas sin epidural; y en gestantes multíparas, su duración es mayor a 2 horas con epidural, y 1 hora sin epidural. Entre las complicaciones fetales que se pueden presentar se encuentra el Ph bajo de arteria umbilical, Apgar bajo al nacer y mayor probabilidad de ingreso a UCI para el recién nacido, la morbilidad materna también podría incrementarse después de 2 horas en el expulsivo. (36)

- **Lesión de canal del parto:**

- a) **Desgarros perineales**

- **Desgarro de I°:** Comprometen horquilla, mucosa, piel sin llegar al plano muscular.
- **Desgarro de II°:** Lesionan la vagina y el periné, desgarran musculo pero sin llegar a comprometer el esfínter del ano.
- **Desgarro de III°:** Cuando se extiende desgarrando el esfínter del ano.

- **Desgarro de IV°:** Cuando se extiende al ano y recto. (27)

b) Desgarros vaginales

Los desgarros aislados que afectan el tercio medio o superior de la vagina pero que no se relacionan con desgarros del perineo o del cuello uterino se detectan con menor frecuencia. Estos regularmente son longitudinales y suelen depender de lesiones sufridas durante un parto con fórceps o una extracción por vacío. Sin embargo, pueden formarse incluso con un parto espontaneo. Esos desgarros suelen extenderse hasta los planos profundos hacia los tejidos subyacentes y pueden dar lugar a hemorragias importante, que por lo general se controla por medio de la colocación apropiada de puntos de sutura. La hemorragia mientras el útero está firmemente contraído es una fuerte prueba de desgarro del aparato genital, de retención de fragmentos de placenta o de ambos. (27)

Los desgarros de la pared vaginal anterior en estrecha proximidad a la uretra son relativamente frecuentes.

A menudo son superficiales con poca hemorragia o ninguna, y por lo general no está indicado repararlos. Si estos desgarros son suficientemente grandes como para una reparación extensa, pueden anticiparse dificultades para orinar. (27)

c) Desgarro del cuello uterino

El cuello uterino se desgarra en más de la mitad de los partos vaginales. Casi todos estos son menos de 0.5 cm, aunque los desgarros profundos del cuello uterino pueden extenderse hasta el tercio superior de la vagina. Este tipo de colporrexis pueden presentarse en los fondos del saco anterior, posterior o lateral. (27)

Los desgarros del cuello uterino de hasta 2 cm deben considerarse inevitables durante el parto. Esos desgarros cicatrizan con rapidez y raramente son fuente de complicaciones. Al cicatrizar, causan un cambio importante de la forma redonda del orificio externo de ser circular antes del trabajo de parto a ser

notoriamente amplia después del parto. Como consecuencia de estos desgarros, puede haber eversión con exposición del epitelio endocervical.

- Desgarros espontáneos: Son desgarros pequeños que miden $\leq 1.5\text{cm}$ de profundidad y son pocos sangrantes.

Causas

- Cicatrices anteriores
- Primiparidad tardía
- Fetos grandes
- Hidrocefalia

- Desgarros artificiales: Desgarros que miden 2cm de profundidad a partir del borde externo del cuello. Generalmente son bilaterales llegan a veces hasta la inserción de la vagina.

Causas

- Dilataciones incompletas
- Dilataciones manuales del cuello
- Partos precipitados
- Aplicación de fórceps. (27)

Durante el periodo de alumbramiento

- **Atonía uterina**

Incapacidad del útero para contraerse de manera apropiada después del parto es la causa más frecuente de hemorragia obstétrica. Hay pocas posibilidades de identificar a las mujeres que sufrirá atonía. Rouse et al. (2006) estudiaron a 23900 mujeres que se sometieron a cesárea primaria y publicaron que la mitad de las mujeres con atonía no tenían factores de riesgo. (27)

El útero sobre distendido esta propenso a presentar hipotonía post parto. Por eso, las mujeres que tienen un feto grande, fetos múltiples, o hidramnios, son propensas a sufrir atonía uterina. La mujer cuyo trabajo de parto se caracteriza por actividad uterina muy vigorosa o apenas eficaz, también tiene probabilidad de presentar hemorragia excesiva por atonía uterina. De igual modo, el trabajo de parto iniciado o aumentado con oxitócicos tiene más probabilidad de ir seguido de atonía y hemorragia. (27)

La paridad alta podría ser un factor de riesgo para la atonía terina. Funch et al. (1895) describieron resultados de cerca de 5800 mujeres que habían tenido

7 o más partos. Informaron que la incidencia de 2.5 por ciento de hemorragia post parto se cuadruplico en comparación con la que se observa en la población general. Babinszki et al. (1999) informaron que la incidencia de hemorragia post parto es de 0.3% en mujeres con paridad baja, pero que fue de 1.9% en aquellas que habían tenido 4 o más partos. (27)

El masaje y la presión constante sobre el útero que ya está contraído podrían obstruir el mecanismo fisiológico de desprendimiento de la placenta, lo que causa separación incompleta de la placenta y aumento de la hemorragia. (27)

1.2.1.10. Complicaciones neonatales asociados a la macrosomía fetal

- **Distocias de hombros**

Se diagnostica distocias e hombros cuando, después de la expulsión de la cabeza fetal, no se consigue la expulsión del feto debido a la obstrucción de los hombros fetales en el interior de la pelvis materna. Son necesarios esfuerzos específicos para hacer posible el parto. (28)

La distocia de hombros ocurre cuando la pelvis materna es de tamaño suficiente para permitir el paso de la cabeza fetal, pero no lo suficiente para permitir el parto del gran diámetro fetal de los hombros. En esta circunstancia el hombro anterior queda impactado contra la sínfisis del pubis de la madre. (25) (27)

Incluso con asistencia obstétrica muy experimentada en el parto, el estiramiento y la lesión del plexo braquial del hombro afectado puede ser inevitables. De manera afortunada menos del 10% de todos los casos de distocia de hombro resultan en una lesión persistente del plexo braquial. (23)

La distocia de hombros se asocia con un aumento de mortalidad y morbilidad perinatal. Se observó asfixia en 143/1000 RNV con distocia de hombros comparada con 14/1000 RNV global. (25)

- **Lesión del plexo braquial y fractura clavicular**

Esta lesión es relativamente común, ubicándose la lesión del plexo braquial es 1 de cada 500-1000 nacidos a término y la fractura de clavícula se identificó hasta en 18 de cada 1000 nacimientos. El gran peso al

nacer y los partos con presentación de nalgas con factores significativos. (27)

- **Asfixia neonatal**

En un 90% están en relación con el periodo de ante parto e intra parto, como consecuencia de insuficiencia placentaria, que determina en el feto la incapacidad para recibir O₂ y eliminar CO₂. El resto de casos se producen en relación a insuficiencia cardiopulmonar o neurológica en el post parto. (35)

Diferentes procesos producen descompensación que pueden desencadenar el proceso asfíctico, como ser patologías que alteren la oxigenación materna, que disminuyan flujo sanguíneo desde la madre a la placenta o desde ésta al feto, que modifiquen el intercambio gaseoso a través de la placenta o a nivel de los tejidos fetales o que aumenten las necesidades fetales de oxígeno. (35)

- **Aspiración de meconio**

Es causado por la inhalación de meconio del líquido amniótico dentro del árbol bronquial. Ocurre con

mayor frecuencia en recién nacidos post maduros y en los pequeños para la edad gestacional. Presenta una mortalidad del 4%.

El síndrome de aspiración meconial es un trastorno respiratorio causado por la inhalación de meconio del líquido amniótico dentro del árbol bronquial. La aspiración puede ocurrir antes, durante o inmediatamente después del parto. Ya desde la antigüedad se había observado una relación entre líquido teñido de meconio y depresión neonatal. (31)

La presencia de líquido amniótico manchado de meconio ocurre en 12 a 14 por ciento de los partos. El SALAM, asociado a la aspiración de meconio en las vías aéreas fetales, ocurre en solo el 11% a 5% ciento de estos neonatos. Este ocurre con mayor frecuencia en recién nacidos que son post maduros y pequeños para la edad gestacional. La anomalía en el ritmo de los latidos cardíacos fetales se asocia a un aumento de 5,4 veces el riesgo de que se presente meconio en el líquido amniótico. De los infantes que desarrollan SALAM, el 4% fallece, constituyendo el 2% de todas las

muerdes perinatales. Los recién nacidos varones tienen una mayor predisposición a padecerlo. (31)

- **Cefalohematoma**

Es una hemorragia traumática subperiostica que afecta más frecuente al parietal. Su incidencia se estima en un 2.5% de los nacidos vivos. Es muy raro en los recién nacido antes de las 36 semanas. Generalmente es unilateral 95% y sus márgenes no rebasan los límites de la suturas no suelen ser aparentes hasta algunas horas e incluso días después del parto, la piel de la zona no aparece ser afectada. (35) Puede haber una fractura lineal subyacente. Su evolución es hacia la resolución espontanea en 1 a 2 meses con calcificaciones residual ocasional.

Menos frecuentemente la hemorragia afecta al espacio existente entre el periostio y la gálea aponeurótica (hematoma subgaleal). Puede formación una colección extensa de sangre abarcando desde la zona superciliar hacia el occipucio y lateralmente hacia las orejas. En otras ocasiones aumenta de prisa pudiendo producir shock hipovolémico. (35)

- **Depresión neonatal**

Apgar al minuto < 6, con evolución neurológica neonatal normal. Se considera como:

Depresión neonatal leve:

- ✓ Antecedentes de sufrimiento fetal agudo.
- ✓ Apgar < a 6 al minuto y \geq a 7 a los 5 minutos
- ✓ PH del cordón > 7,18 y EB entre 10 y 14.9
- ✓ Asintomático a los 10 minutos (35)

Depresión neonatal moderada

- ✓ A las condiciones anteriores, se agregan:
- ✓ Apgar < a 6 al minuto y < 6 a los 5 minutos.
- ✓ PH del cordón < 7,18 y > 1.0 o EB entre 15 y 19.9.
- ✓ Asintomático a los 10 minutos.(35)

Depresión neonatal severa (asfixia)

- ✓ Apgar < de 5 que persiste a los 5 minutos.
- ✓ PH del cordón < 7.0 o EB entre -20
- ✓ Signos de compromiso asfíctico de uno o más órganos. (35)

1.3. Marco situacional

El presente estudio sobre complicaciones obstétricas y neonatales en gestantes con altura uterina mayor o igual a 35 cm se encuentra enmarcado dentro del proceso de atención del parto, en el que una altura uterina mayor de lo esperado para edad gestacional se podría relacionar con macrosomía fetal u otras patologías asociadas, por lo tanto la atención del parto de un feto macrosómico trae riesgo de que la paciente pueda complicarse no solo la madre sino también el recién nacido y traer más adelante alteraciones en el desarrollo intelectual. Sin embargo se ha venido observando complicaciones durante la atención del parto como: desgarro perineal, cervical, pared vaginal, atonía uterina, enclavamiento de hombros, fractura de clavícula, asfixia neonatal, lo cual trae riesgo de comprometer la vida del paciente.

En el transcurso del internado y externado en el hospital “Amazonio” –Yarinacocha, se ha visto muchos casos, es por ello que se enmarco este tipo de investigación.

1.4. Definición de términos básicos

✓ **Complicaciones Obstétricas:** Se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, parto y puerperio producto de una patología o enfermedad.

✓ **Complicaciones Neonatales:** Transtornos del recién nacido ocurridas durante y después del parto.

✓ **Atención Prenatal:** Es una serie de intervenciones destinadas a identificar y modificar los riesgos médicos, de comportamiento y psicosociales con el objetivo de controlar la evolución de la gestación, fomentar estilos de vida saludable, prevenir complicaciones, diagnosticar y tratar oportunamente las patologías y preparar la madre, su pareja y familia, física y psíquicamente para el parto y nacimiento, ayudándoles a desarrollar sus respectivos roles prenatales.

✓ **Parto vía Vaginal (Eutócico):** Proceso de inicio y evolución espontánea, con una duración adecuada y en el que los factores del trabajo de parto interactúan de forma normal, culminando con la expulsión por vía vaginal del producto de la concepción único, en presentación cefálica de vértice, con sus anexos completos

✓ **Altura Uterina:** Es un examen clínico que se realiza a la mujer embarazada para medir, en centímetros, la distancia que va del

extremo superior del pubis hasta el fondo uterino. Permite comprobar el desarrollo normal del feto.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis General

Hi: Existen complicaciones obstétricas y neonatales en gestantes con altura uterina mayor o igual a 35 cm que terminaron en parto vaginal atendidas en el Hospital Amazónico Julio-Diciembre 2016.

Ho: No existen complicaciones obstétricas y neonatales en gestantes altura uterina mayor o igual a 35 cm que terminaron en parto vaginal atendidas en el Hospital Amazónico Julio-Diciembre 2016.

1.5.2. Hipótesis Especificas

Hi: Las complicaciones obstétricas se presentan durante el trabajo de parto en gestantes con altura uterina mayor o igual a 35 cm.

Ho: Las complicaciones obstétricas no se presentan durante el trabajo de parto en gestantes con altura uterina mayor o igual a 35 cm.

Hi: Las complicaciones neonatales se presentan en gestantes con altura uterina mayor o igual a 35 cm.

Ho: Las complicaciones neonatales no se presentan en gestantes con altura uterina mayor o igual a 35 cm.

1.6. Variables

1.6.1. Variable Independiente:

Altura uterina mayor o igual a 35 cm.

1.6.2. Variable Dependiente:

Complicaciones Obstétricas y Neonatales.

1.6.3. Variable intervinientes

- Edad
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Procedencia
- Paridad
- N° gestaciones
- N° atenciones prenatales
- IMC
- Condición de ingreso
- Sexo
- Peso del RN
- Peso por edad gestacional
- Apgar

1.7. Definición operacional de variables, dimensiones e indicadores (ver anexo 02).

1.8. Objetivos

1.8.1. Objetivo General

Conocer las complicaciones Obstétricas y Neonatales en gestantes con altura uterina mayor o igual a 35 cm que terminaron en parto vaginal atendidas en Hospital Amazónico periodo Julio-Diciembre 2016.

1.8.2. Objetivos Específicos

- ✓ Identificar las características sociodemográficas y obstétricas asociadas a gestantes con altura uterina mayor o igual a 35 cm que terminaron en parto vaginal atendidas en el Hospital Amazónico Julio-Diciembre 2016.
- ✓ Identificar las complicaciones obstétricas durante el trabajo de parto en gestantes con altura uterina mayor o igual a 35 cm atendidas en el Hospital Amazónico Julio-Diciembre 2016.
- ✓ Identificar las complicaciones neonatales en gestantes con altura uterina mayor o igual a 35 cm atendidas en el Hospital Amazónico Julio-Diciembre 2016.

- ✓ Identificar las características neonatales de los recién nacidos de madres con altura uterina mayor igual a 35 cm que terminaron en parto vaginal atendidas en el Hospital Amazónico Julio-Diciembre 2016.
- ✓ Determinar la relación que existe entre la altura uterina mayor o igual a 35 cm y las complicaciones obstétricas y neonatales de las gestantes atendidas en el Hospital Amazónico Julio-Diciembre 2016.

CAPITULO II

MARCO METODOLOGICO

2.1. **Ámbito de estudio**

El presente estudio se desarrolló en el Hospital Amazónico – Domicilio Jr. Aguaytia N° 650, ubicado en el distrito de Yarinacocha, provincia de Pucallpa, departamento de Ucayali.

2.2. **Tipo de investigación**

El presente estudio es de tipo:

Descriptivo: Porque solo describe y explica los hechos tal como sucede.

Correlacional: Porque mide el grado de asociación causal o asociación entre dos o más variables.

Retrospectivo: Porque la recolección de datos se hace de hechos ocurridos en el pasado.

Transversal: Porque se van a estudiar a las variables en un determinado momento.

2.3. **Diseño y esquema de investigación**

Es una investigación no experimental de tipo descriptivo/Correlacional porque estableció la relación entre las variables de estudio.

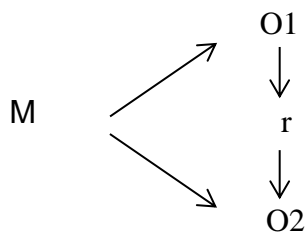
Dónde:

M = Muestra

O1 = Observación de la variable independiente

r = Relación entre variables

O2 = Observación de la variables dependiente



2.4. Universo, población y muestra

2.4.1. Determinación del universo/población

2.4.1.1. Universo

Estuvo conformada por todas las gestantes que acudieron al Hospital Amazónico para la atención del parto desde Julio-Diciembre 2016.

2.4.1.2. Población

La población de estudio estuvo conformada por 640 gestantes que terminaron en parto vaginal atendidos en el Hospital Amazónico periodo Julio-Diciembre 2016.

2.4.2. Selección de la muestra

2.4.2.1. Muestra

La muestra estuvo constituida por 106 gestantes seleccionada con los criterios de muestreo no probabilístico por conveniencia, haciendo el 18 % de la población total. Para ello se tomó en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Criterio de Inclusión

- Gestantes a término con altura uterina mayor o igual a 35 cm.
- Historias clínicas completas.
- Gestantes con fetos únicos.
- Gestantes con feto en presentación cefálica.
- Complicaciones neonatales durante los primeros 7 días de vida.

Criterio de Exclusión

- Gestantes con altura uterina menor a 35 cm.
- Historias clínicas incompletas.
- Gestantes con embarazo múltiple.
- Gestantes con feto en presentación podálica y transversa.
- Complicaciones neonatales después de los primeros 7 días de vida.

2.4.2.2. Tipo de Muestreo

Corresponde a una muestra no probabilística por conveniencia. Muestreo intencionado, no se usará ninguna fórmula para su obtención y se cumplirá rigurosamente los criterios de inclusión y exclusión.

2.5. Fuentes, técnicas e instrumentos de recolección de datos

Fuentes: Historias Clínicas Maternas y Neonatales, SIP 2000.

Técnica: Estudio documental de las Historias Clínicas Maternas y Neonatales, SIP2000.

Instrumento: Se elaboró una ficha de recolección de datos, de acuerdo a las variables y los objetivos del presente estudio. La ficha de recolección de datos está estructurada en 6 partes: Características sociodemográficas, características Obstétricas, datos de la altura uterina, complicaciones obstétricas, características neonatales y complicaciones neonatales. (ver anexo N° 01)

Este instrumento fue evaluado y validado por 5 expertos mediante la técnica Delphi. (ver anexo N° 04)

Para validar la consistencia interna del instrumento se utilizó el coeficiente Alpha de Cronbach, obteniendo un valor de 0,666 y para su interpretación se tuvo en cuenta el baremo de sus parámetros y valores según Raúl Pino Gotuzzo.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,666	12

CRITERIO DE CONFIABILIDAD	VALORES
No es confiable	-1 a 0
Baja confiabilidad	0,01 a 0,49
Moderada confiabilidad	0,5 a 0,75
Fuerte confiabilidad	0,76 a 0,89
Alta confiabilidad	0,9 a 1

Una vez validados y reajustados el instrumento, se procedió a su aplicación.

2.6. Procedimiento y presentación de datos

Para realizar el presente trabajo se tuvo en cuenta lo siguiente:

Se solicitó la autorización al Director del Hospital Amazónico para la ejecución del trabajo de investigación. Se seleccionó a las pacientes según los criterios de inclusión y exclusión. (Ver anexo N° 03)

Para el análisis de datos, se ingresó la información de cada ficha al programa estadístico SPSS v. 21 y Microsoft Excel para su análisis y procesamiento utilizando la técnica de la estadística descriptiva.

Para la presentación de los resultados se utilizaron tablas y gráficos estadísticos que muestren el número, la frecuencia y los porcentajes.

Para los efectos de realizar la comprobación de la hipótesis se utilizó el estadístico de Chi Cuadrado de Independencia.

CAPITULO III

RESULTADOS

Cumplimiento del estudio

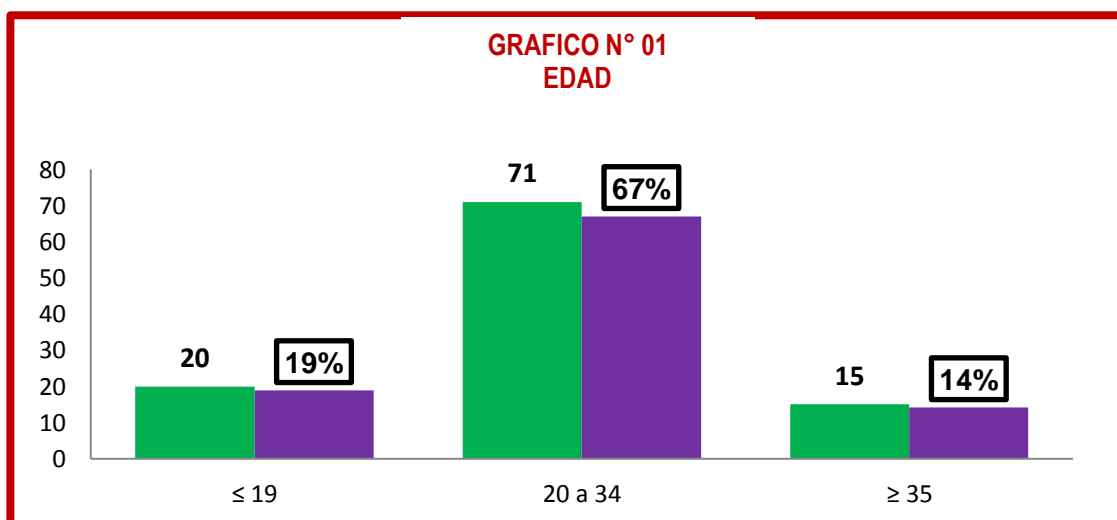
La muestra para el estudio estuvo conformada por 106 gestantes con altura uterina mayor o igual a 35 cm que terminaron en parto vaginal en el Hospital Amazónico durante el periodo de Julio-Diciembre del 2016, que cumplieron con los criterios de inclusión propuestos.

TABLA N° 01
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

**EDAD DE LAS GESTANTES CON ALTURA UTERINA MAYOR/IGUAL A 35 CM
QUE TERMINARON EN PARTO VAGINAL PERIODO JULIO-DICIEMBRE 2016.**

EDAD	N°	%
≤ 19	20	19
20 a 34	71	67
≥ 35	15	14
TOTAL	106	100
	R:	15-42 años
	X:	26 años

Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico



Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico

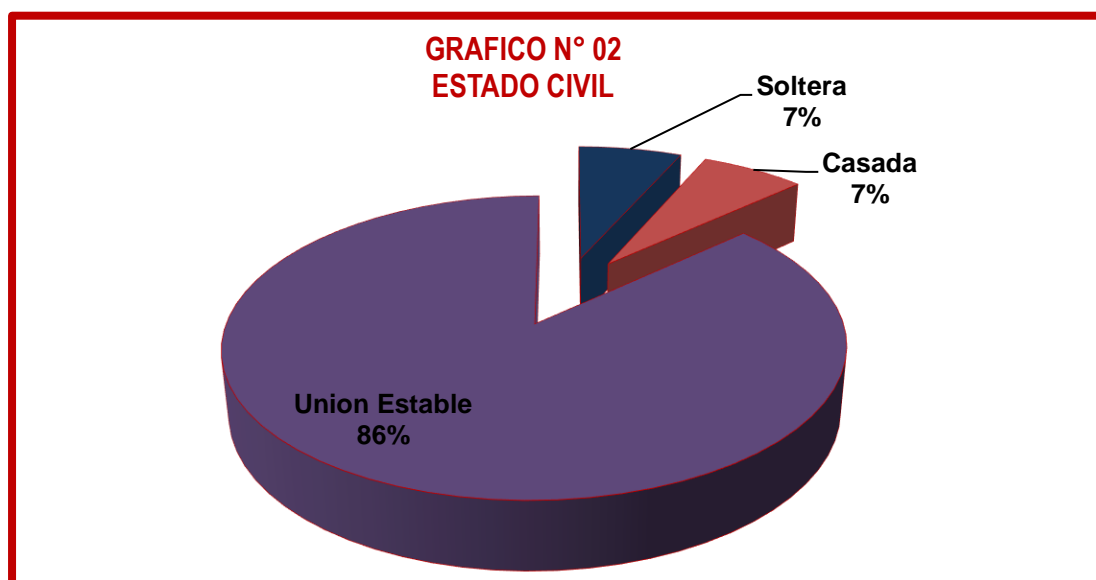
Análisis e interpretación: En la tabla y grafico N° 01 se observa que el 67% de las gestantes en estudio estuvieron en el rango de edades de 20-24 años, seguido del 19% con edades menores o iguales a 19 años, siendo el promedio de 26 años.

TABLA N° 02

ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES CON ALTURA UTERINA MAYOR/IGUAL A 35 CM QUE TERMINARON EN PARTO VAGINAL PERIODO JULIO-DICIEMBRE 2016.

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltera	7	7
Casada	7	7
Unión Estable	92	86
TOTAL	106	100

Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico



Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico

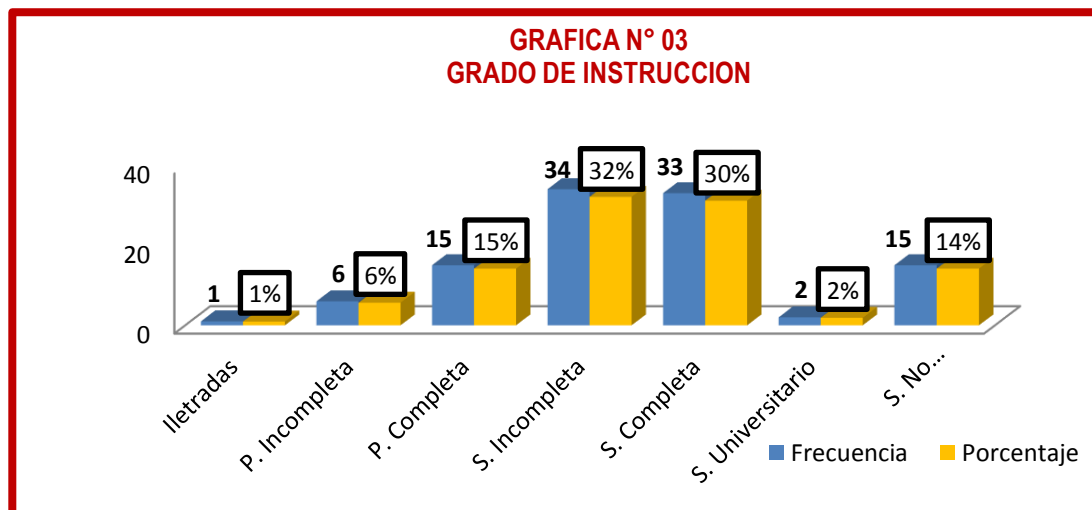
Análisis e interpretación: En la tabla y grafico N° 02 el estado civil que predominó fue la unión estable con 86% del total de las gestantes con altura uterina \geq a 35 cm en comparación con las mujeres solteras y casadas en un 7%.

TABLA N° 03

**GRADO DE INSTRUCCION DE LAS GESTANTES CON ALTURA UTERINA
MAYOR/IGUAL A 35 CM QUE TERMINARON EN PARTO VAGINAL
PERIODO JULIO-DICIEMBRE 2016.**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Iletradas	1	1
P. Incompleta	6	6
P. Completa	15	14
S. Incompleta	34	32
S. Completa	33	31
S. Universitario	2	2
S. No universitario	15	14
TOTAL	106	100

Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico



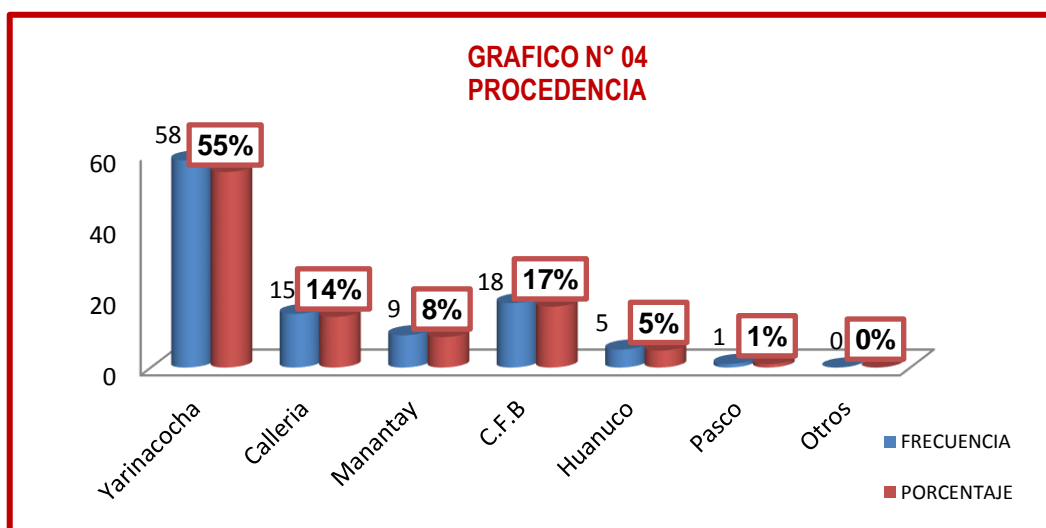
Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico

Análisis e interpretación: Se observa en la tabla y gráfico N° 03 el 32% de las gestantes con altura uterina \geq a 35 cm son aquellas gestantes con secundaria incompletas, el 2% son gestantes con superior universitario y solo el 1% son gestantes iletradas.

TABLA N° 04
PROCEDENCIA DE LAS GESTANTES CON ALTURA UTERINA MAYOR/IGUAL
A 35 CENTIMETOS QUE TERMINARON EN PARTO VAGINAL PERIODO
JULIO-DICIEMBRE 2016.

PROCEDENCIA		N°	%
UCAYALI	Yarinacocha	58	55
	Calería	15	14
	Manantay	9	8
	C.F.B	18	17
OTROS. DEPARTAMENTO S	Huánuco	5	5
	Pasco	1	1
	Otros	0	0
TOTAL		106	100

Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico



Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico

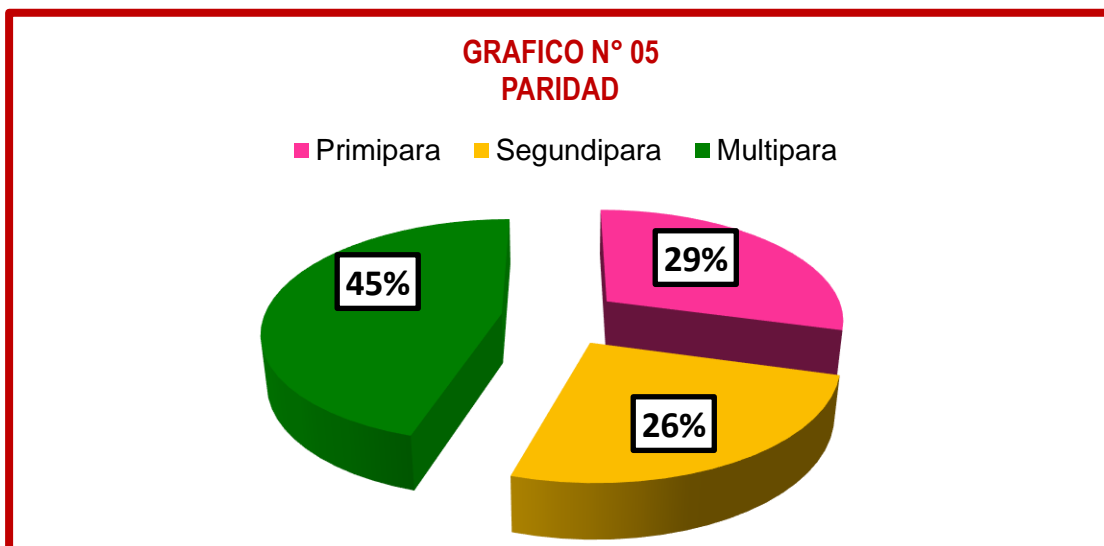
Análisis e interpretación: Se observa en la tabla y grafico N° 04 que las gestantes con altura uterina $\geq 35\text{cm}$ son aquellas que proceden de la misma jurisdicción de Yarinacocha en un 55%, y en mínima cantidad son aquellas que vienen de otros departamentos como Huánuco (5%) y Pasco (1%).

TABLA N° 05
CARACTERISTICAS OBSTETRICAS

PARIDAD DE LAS GESTANTES CON ALTURA UTERINA MAYOR/IGUAL A 35 CM QUE TERMINARON EN PARTO VAGINAL PERIODO JULIO-DICIEMBRE 2016.

PARIDAD	N°	%
Primípara	31	29
Segundípara	27	26
Múltipara	48	45
TOTAL	106	100

Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico



Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico

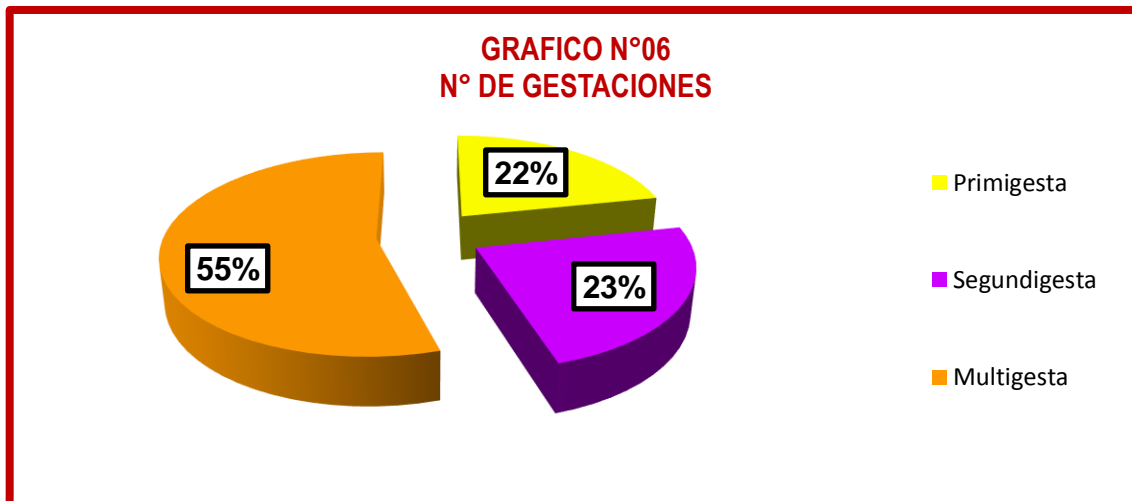
Análisis e interpretación: Se observa en la tabla y grafico N° 05 que el 45% de las gestantes en estudio con altura uterina \geq a 35 cm son múltiparas y el 29% primíparas.

TABLA N° 06

**NÚMERO DE GESTACIONES EN GESTANTES CON ALTURA UTERINA
MAYOR/IGUAL A 35 CM QUE TERMINARON EN PARTO VAGINAL
PERIODO JULIO-DICIEMBRE 2016.**

N° DE GESTACIONES	N°	%
1	23	22
2-3	25	23
>3	58	55
TOTAL	106	100

Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico



Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico

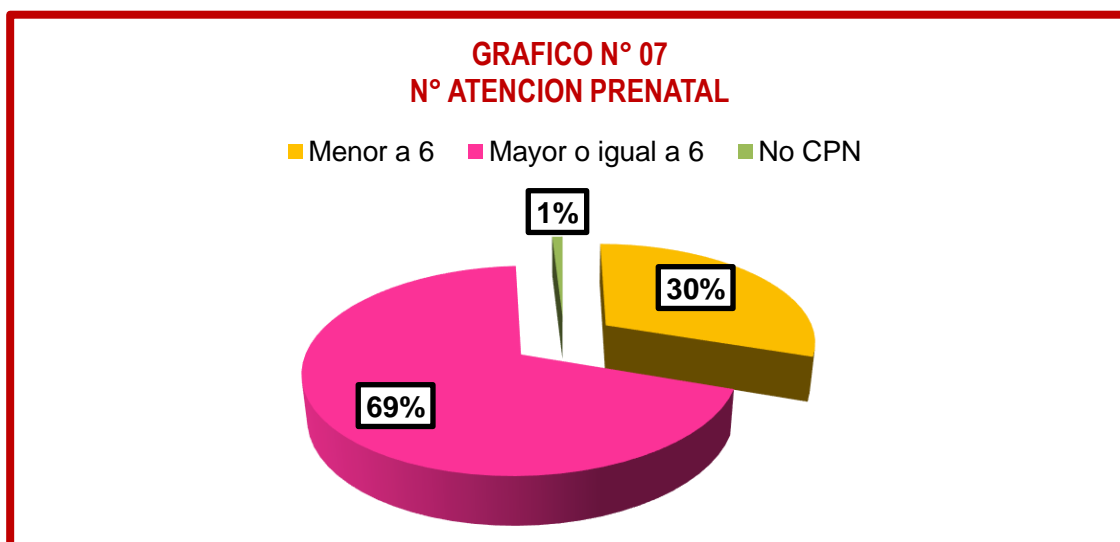
Análisis e interpretación: Se observa en la tabla y grafico N°06 que el 55% de las gestantes en estudio con altura uterina \geq a 35 cm han tenido mayor de tres gestaciones es decir, son pacientes multigestas y el 22% fueron primigestas.

TABLA N° 07

NUMERO DE ATENCIONES PRENATALES EN GESTANTES CON ALTURA UTERINA MAYOR/IGUAL A 35 CM QUE TERMINARON EN PARTO VAGINAL PERIODO JULIO-DICIEMBRE 2016.

N° ATENCION PRENATAL	N°	%
Menor a 6	32	30
Mayor o igual a 6	73	69
No APN	1	1
TOTAL	106	100

Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico



Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico

Análisis e interpretación: Se observa en la tabla y grafico N° 07 el 69% de las gestantes con altura uterina ≥ 35 cm tuvo más de 6 atenciones prenatales y solo el 1% no tuvo atenciones prenatales.

TABLA N° 08
IMC Y GANANCIA DE PESO EN GESTANTES CON ALTURA UTERINA
MAYOR/IGUAL A 35 CM QUE TERMINARON EN PARTO VAGINAL
PERIODO JULIO-DICIEMBRE 2016.

IMC	GANANCIA DE PESO							
	< 11.5 kg		11.5 a 16 kg		> 16 kg		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Baja	1	1	1	1	2	2	4	4
Normal	13	12	11	10	15	14	39	37
Sobrepeso	21	20	16	15	4	4	41	39
Obesa	17	16	1	1	4	4	22	21
TOTAL	52	49	29	27	25	24	106	100

Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico

Análisis e interpretación: En la tabla N° 08 se observa el 39% (n=41) de las gestantes con altura uterina ≥ 35 cm tuvo sobrepeso previo al embarazo. De estas, el 20% (n=21) tuvo una ganancia de peso por debajo de lo normal; mientras que el 15% (n=16) la ganancia de peso fue normal y el 4% (n=4) tuvo una ganancia excesivo de peso.

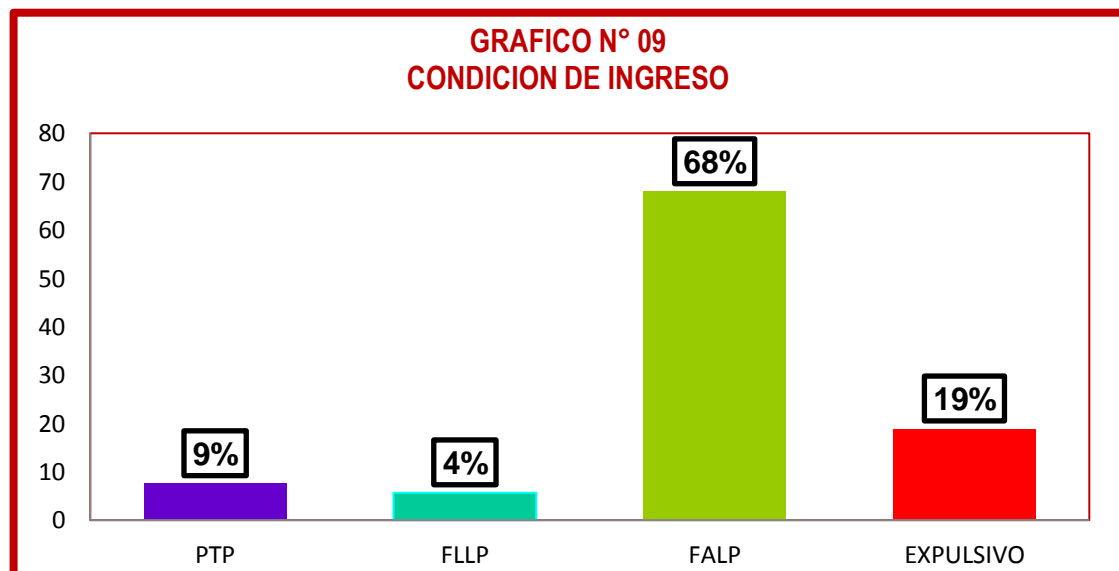
De la misma manera se puede observar del total de gestantes el 49% tuvieron una mínima ganancia de peso durante el embarazo, mientras que el 27% tuvieron una ganancia de peso normal; y el 24% demostró una ganancia excesiva de peso.

TABLA N° 09

**CONDICION DE INGRESO DE LAS GESTANTES CON ALTURA UTERINA
MAYOR/IGUAL A 35 CM QUE TERMINARON EN PARTO VAGINAL
PERIODO JULIO-DICIEMBRE 2016.**

CONDICION DE INGRESO	N°	%
PTP	10	9
FLLP	4	4
FALP	72	68
EXPULSIVO	20	19
TOTAL	106	100

Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico



Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico

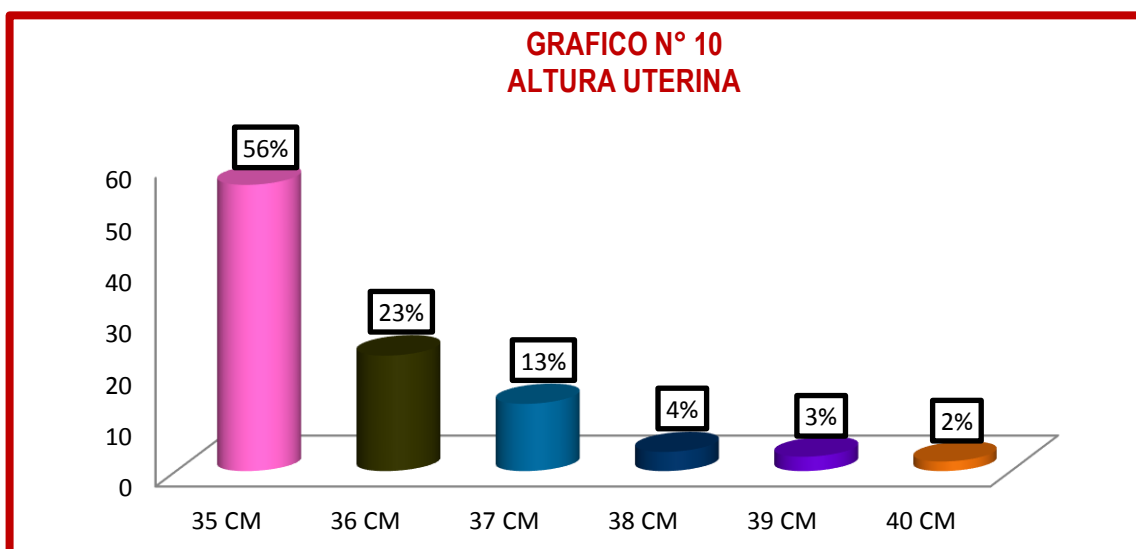
Análisis e interpretación: En la tabla y grafico N° 09 se observa el 68% de las gestantes con altura uterina mayor o igual de 35 cm ingresaron en fase activa de trabajo parto, 19% en periodo expulsivo y solo el 4% en fase latente de labor de parto.

TABLA N° 10

**FRECUENCIA DE PARTOS VAGINALES CON ALTURA UTERINA
MAYOR/IGUAL A 35 CM ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
AMAZONICO. PERIODO JULIO-DICIEMBRE 2016.**

ALTURA UTERINA	N°	%
35 cm	59	56
36 cm	24	23
37 cm	14	13
38 cm	4	4
39 cm	3	3
40 cm	2	2
TOTAL	106	100

Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico



Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico

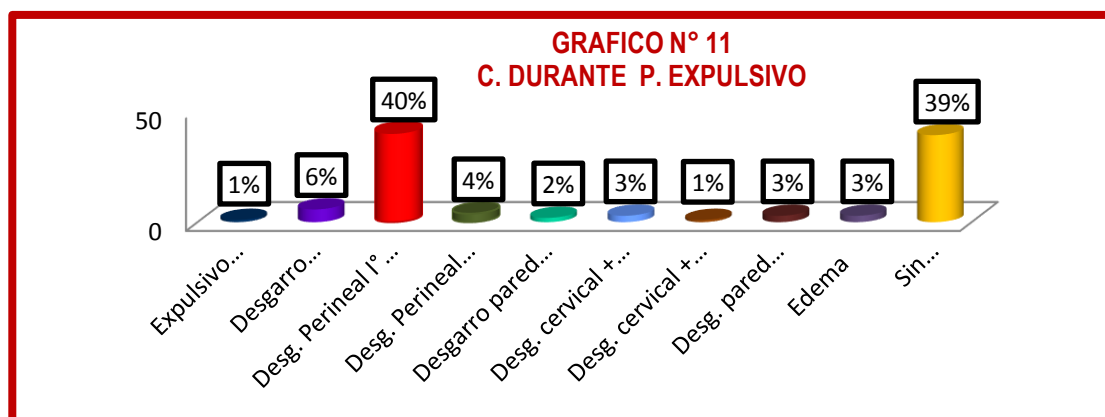
Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico N° 11 se observa que el 56% de las gestantes tuvo una altura uterina de 35 cm, y solo el 2% tuvo una altura uterina más de 40 cm.

TABLA N° 11

COMPLICACIONES OBSTETRICAS DURANTE EL PERIODO EXPULSIVO EN GESTANTES CON ALTURA UTERINA MAYOR/IGUAL A 35 CM ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO. PERIODO JULIO-DICIEMBRE 2016.

COMPLICACIONES OBSTETRICAS	N°	%
Expulsivo prolongado	1	1
Desgarro cervicales	6	6
Desg. Perineal I° Y II	42	40
Desg. Perineal III° Y IV°	4	4
Desgarro pared vaginal	2	2
Desg. cervical + Desg. perineal	3	3
Desg. cervical + Desg. Pared vaginal	1	1
Desg. pared vaginal + Desg. perineal	3	3
Edema vulvar	3	3
Sin Complicaciones	41	39
TOTAL	106	100

Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico



Fuente: Historias Clínicas Maternas- SIP 2000 Hospital Amazónico

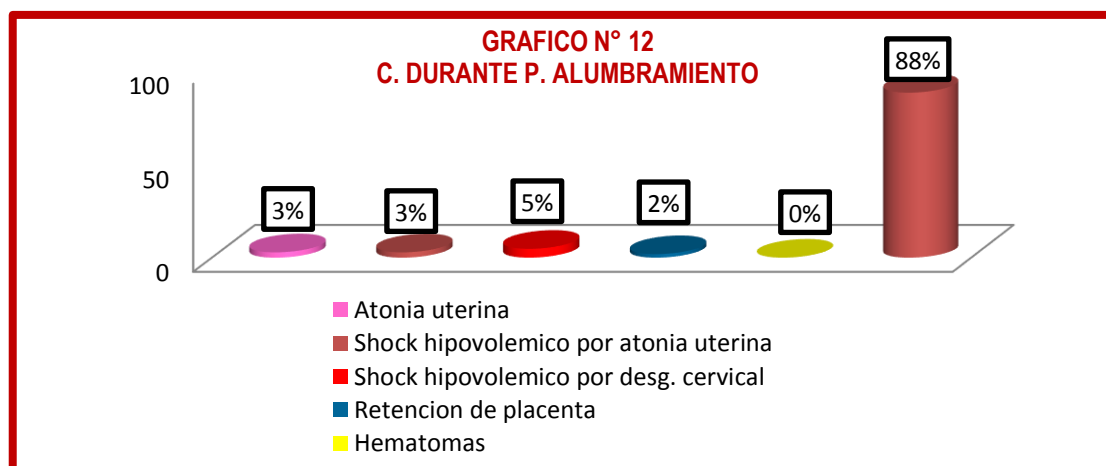
Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico N° 11 se observa que el 65% de las pacientes en estudio con altura uterina \geq de 35 cm. presentaron algún tipo de desgarro a nivel cervical, perineal o vaginal y el 1% experimento el parto con expulsivo prolongado.

TABLA N° 12

**COMPLICACIONES OBSTETRICAS DURANTE EL PERIODO
ALUMBRAMIENTO EN GESTANTES CON ALTURA UTERINA MAYOR/IGUAL
A 35 CM ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO. PERIODO JULIO-
DICIEMBRE 2016.**

COMPLICACIONES OBSTETRICAS	N°	%
Atonía uterina	3	3
Shock hipovolémico por atonía uterina	3	3
Shock hipovolémico por desg. cervical	5	5
Retención de placenta	2	2
Hematomas	0	0
Sin complicaciones	93	88
TOTAL	106	100

Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico



Fuente: Historias Clínicas Maternas- SIP 2000 Hospital Amazónico

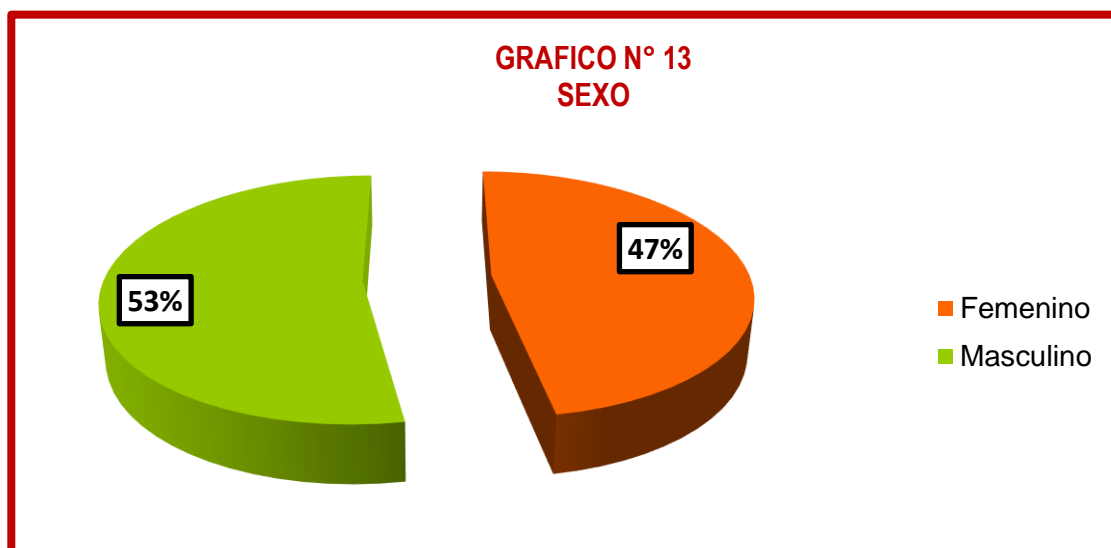
Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico N° 12 se observa que la complicación más frecuente que se presentó en el post parto de nuestra muestra de estudio en gestantes con altura uterina \geq a 35 cm, fue el shock hipovolémico 5% que se debió al desgarro Cervical y atonía uterina, seguido de la atonía uterina y retención de placenta no variando mucho en porcentaje en 3%.

TABLA N° 13
CARACTERISTICAS NEONATALES

SEXO DE LOS RECIEN NACIDOS DE LAS GESTANTES CON ALTURA UTERINA MAYOR/IGUAL A 35 CM QUE TERMINARON EN PARTO VAGINAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO PERIODO JULIO-DICIEMBRE 2016.

SEXO DEL R.N	N°	%
Femenino	50	47
Masculino	56	53
TOTAL	106	100

Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico



Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico

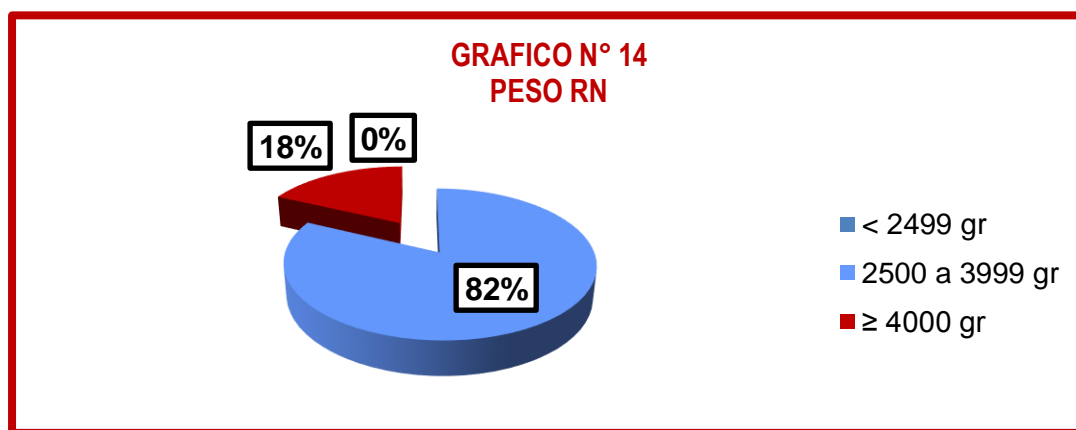
Análisis e interpretación: Se observa en la tabla y gráfico N° 13 el 53% de los recién nacidos de madres con altura uterina ≥ 35 cm fue de sexo masculino seguido del 47% que fue del sexo opuesto.

TABLA N° 14

PESO DEL RECIEN NACIDOS DE LAS GESTANTES CON ALTURA UTERINA MAYOR/IGUAL A 35 CM ATENDIDAS EL PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL AMAZONICO PERIODO JULIO-DICIEMBRE 2016.

PESO DEL RECIEN NACIDO	N°	%
< 2499 gr	0	0
2500 a 3999 gr	87	82
≥ 4000 gr	19	18
TOTAL	106	100
	MIN:	2560
	MAX:	4610
		X: 3592

Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico



Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico

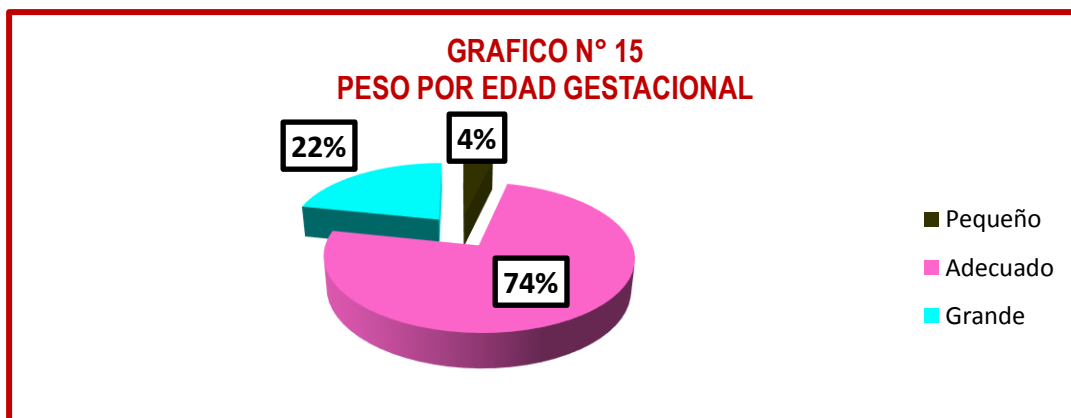
Análisis e interpretación: En la tabla y grafico N° 13 se observa que el 82% de los recién nacido de madres con altura uterina mayor/igual a 35 cm pesaron entre 2500 a 3999 gr. Con un peso mínimo de 2560 y máximo de 4610 gr, siendo el promedio de 3592 gr.

TABLA N° 15

**PESO POR EDAD GESTACIONAL DEL RECIEN NACIDOS DE MADRES CON
ALTURA UTERINA MAYOR/IGUAL A 35 CM ATENDIDAS POR PARTO
VAGINAL EN EL HOSPITAL AMAZONICO PERIODO
JULIO-DICIEMBRE 2016**

PESO X EG	N°	%
Pequeño	4	4
Adecuado	79	74
Grande	23	22
TOTAL	106	100

Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico



Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico

Análisis e interpretación: Se observa en la tabla y gráfico N° 14 que el 74% de los recién nacido de madres con altura uterina \geq a 35 cm nacieron con un peso adecuado para la edad gestacional, 22% grande para la edad gestacional y solo el 4% fue pequeño para la edad gestacional.

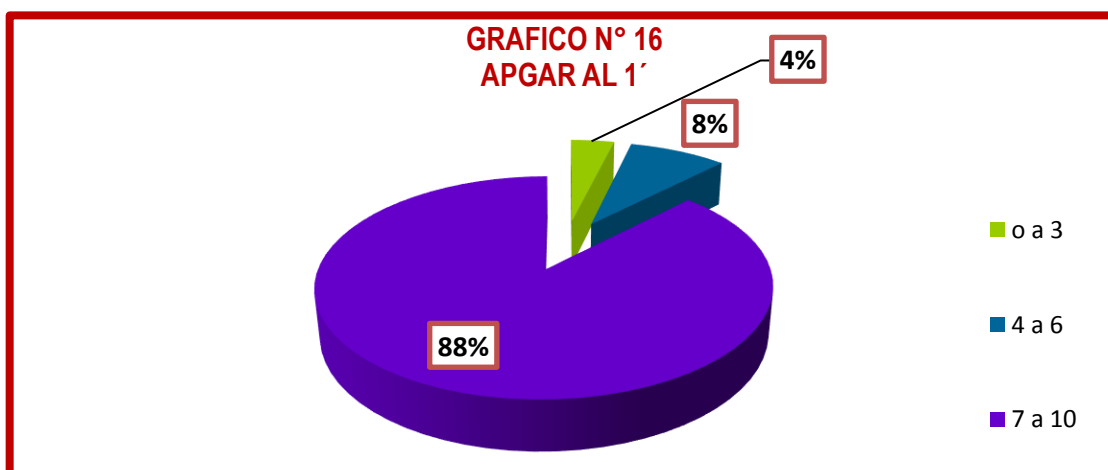
TABLA N° 16
APGAR DEL RECIEN NACIDOS DE MADRES CON ALTURA UTERINA
MAYOR/IGUAL A 35 CM ATENDIDAS POR PARTO VAGINAL EN EL
HOSPITAL AMAZONICO PERIODO JULIO-DICIEMBRE 2016.

APGAR	AL MINUTO	
	N°	%
0 a 3	4	4
4 a 6	9	8
7 a 10	93	88
TOTAL	106	100

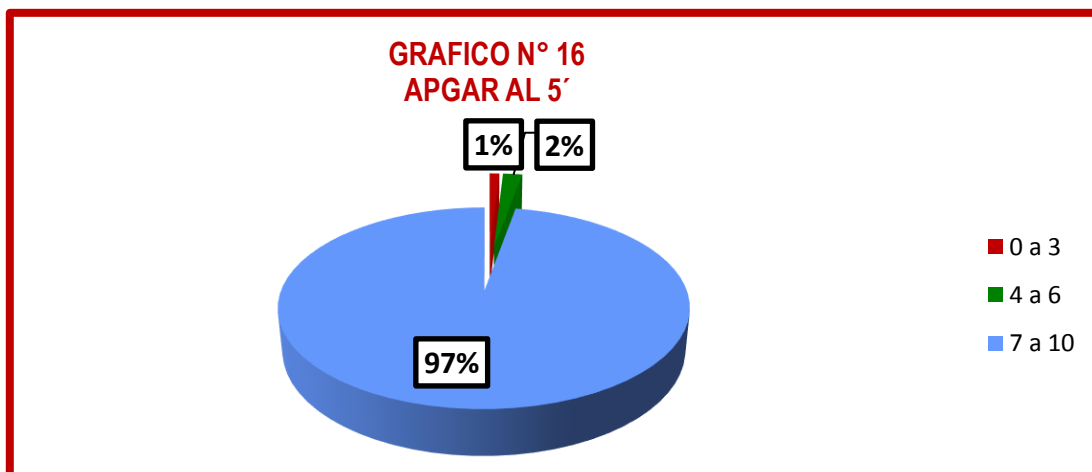
Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico

APGAR	5 MINUTOS	
	N°	%
0 a 3	1	1
4 a 6	2	2
7 a 10	103	97
TOTAL	106	100

Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico



Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico



Análisis e interpretación: Se observa en el tabla y grafico N° 16 que el 88% de los recién nacido de madres con altura uterina \geq a 35 cm, tuvo un puntaje de Apgar al minuto de 7 a 10, el 8% tuvo un puntaje de 4 a 6 y solo el 4% de los recién nacido tuvo un Apgar de 0 a 3 al minuto de la muestra estudio.

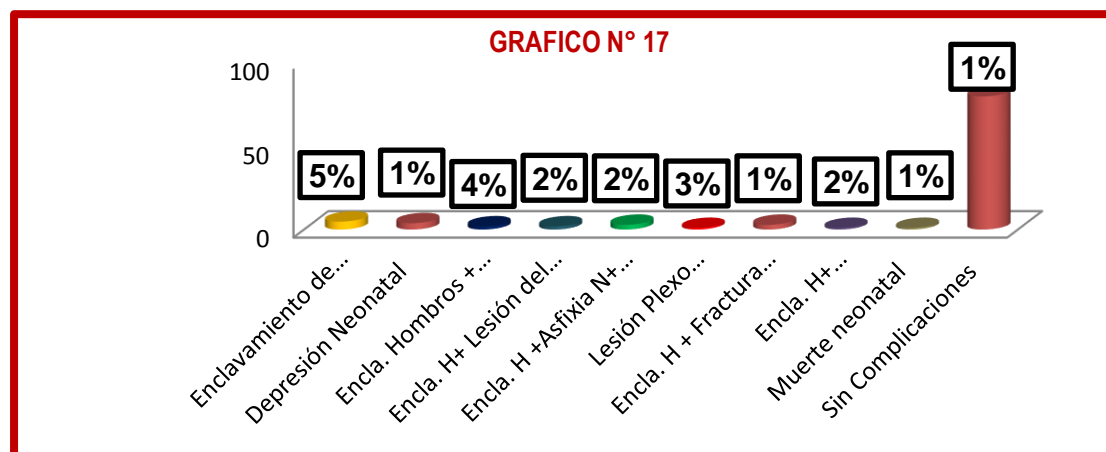
El 97% de los recién nacido reaccionaron a los 5 minutos con un Apgar de 7 a 10, el 2% tuvo un Apgar a los 5 minutos de 4 a 6 y el 1% tuvo un Apgar de 0 a 3.

TABLA N° 17

COMPLICACIONES NEONATALES DE LAS GESTANTES CON ALTURA UTERINA MAYOR/IGUAL A 35 CM ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO. PERIODO JULIO-DICIEMBRE 2016.

COMPLICACIONES NEONATALES	N°	%
Enclavamiento de Hombros	5	5
Depresión Neonatal	4	4
Encla. Hombros + Depresión N.	2	2
Encla. H+ Lesión del plexo braquial + Depresión N.	2	2
Encla. H +Asfixia N+ Sepsis N.	3	3
Lesión Plexo braquial + Cefalohematoma	1	1
Encla. H + Fractura de clavícula	3	3
Encla. H+ Cefalohematoma	1	1
Muerte neonatal	1	1
Sin Complicaciones	84	79
TOTAL	106	100

Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico



Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico

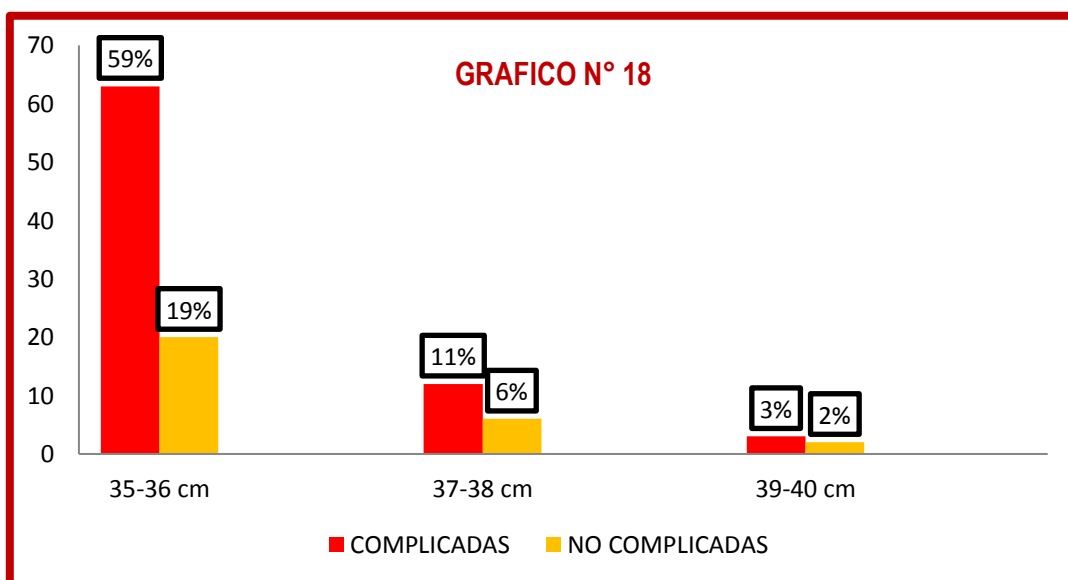
Análisis e interpretación: En la tabla y gráfico N° 17 se observa que el 22% de los recién nacido en estudio de madres con altura uterina \geq a 35 cm presentaron algún tipo de traumatismo durante el parto y el 79% no presentó ninguna complicación.

TABLA N° 18

RELACION ENTRE LA ALTURA UTERINA Y LAS COMPLICACIONES OBSTETRICAS

COMPLICACIONES OBSTETRICAS	ALTURA UTERINA						TOTAL	
	35-36 cm		37-38 cm		39-40 cm		F	P
	F	P	F	P	F	P		
COMPLICADAS	63	59	12	11	3	3	78	74
NO COMPLICADAS	20	19	6	6	2	2	28	26
TOTAL	83	78	18	17	5	5	106	100

Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico



Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico

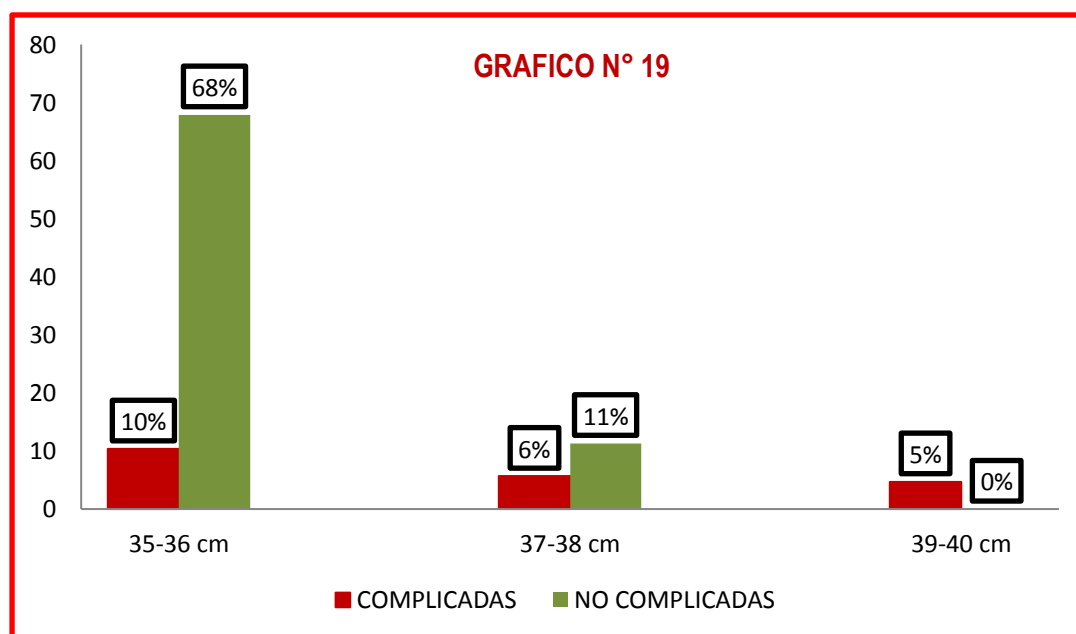
Análisis e interpretación: En la tabla y grafico N° 18 se observa el 74% de las gestantes presentaron complicaciones obstétricas. De estas, el 78% con altura uterina de 35-36 cm; mientras que el 17% con altura uterina de 37-38 cm y el 5% con altura uterina de 39 a 40 cm, en relación de un 26% que no presentaron complicaciones obstétricas.

TABLA N° 19

**RELACION ENTRE LA ALTURA UTERINA Y LAS COMPLICACIONES
NEONATALES**

COMPLICACIONES NEONATALES	ALTURA UTERINA						TOTAL	
	35-36 cm		37-38 cm		39-40 cm		F	P
	F	P	F	P	F	P		
COMPLICADAS	11	10	6	6	5	5	22	21
NO COMPLICADAS	72	68	12	11	0	0	84	79
TOTAL	83	78	18	17	5	5	106	100

Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico



Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico

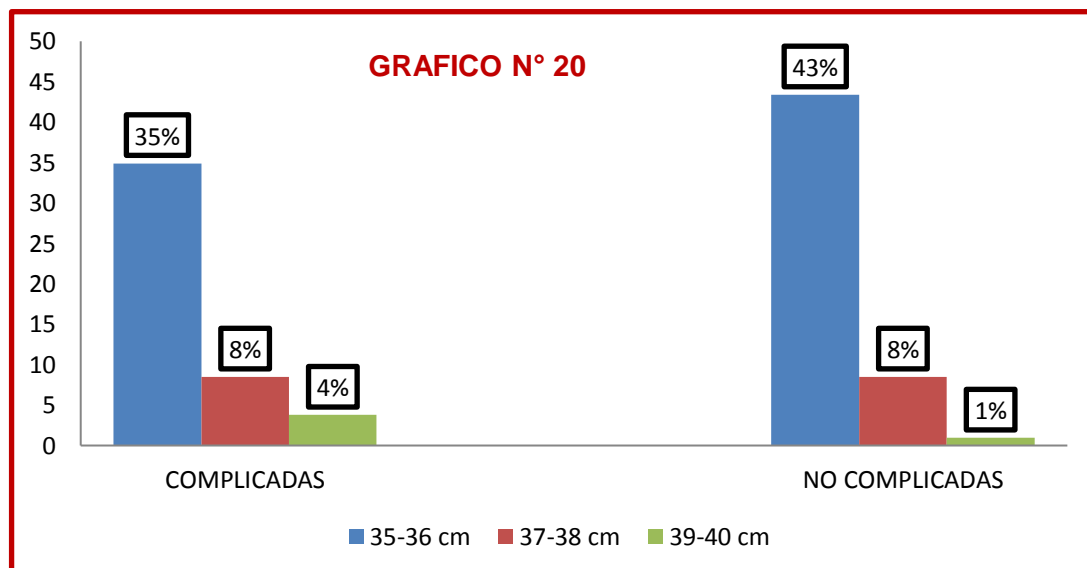
Análisis e interpretación: En la tabla y grafico N° 19 se observa el 79% de los recién nacidos de madres con altura uterina ≥ 35 no presentaron complicaciones neonatales en relación de un 21% que presentaron complicaciones neonatales.

TABLA N° 20

**RELACION ENTRE LA ALTURA UTERINA Y LAS COMPLICACIONES
OBSTETRICAS Y NEONATALES**

ALTURA UTERINA	COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y NEONATALES					
	COMPLICADAS		NO COMPLICADAS		TOTAL	
	F	P	F	P	F	P
35-36 cm	37	35	46	43	83	78
37-38 cm	9	8	9	8	18	17
39-40 cm	4	4	1	1	5	5
TOTAL	50	47	56	53	106	100

Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico



Fuente: Historias Clínicas - SIP 2000 del Hospital Amazónico

$$X^2_c = 2.44 \quad X^2_t = 1.38 \quad g.l = 1 \quad \text{alfa} = 0.5$$

Decisión estadística: siendo que X^2_c es mayor que X^2_t , entonces se afirma que existe relación entre las complicaciones obstétricas y neonatales y la altura uterina mayor o igual a 35 cm.

Análisis e interpretación: En la tabla y grafico N° 20 se observa un promedio general 78% de la muestra de estudio presentaron una altura uterina de 35 a 36 cm, en relación de un 53% no presentaron complicaciones obstétricas y neonatales.

CONTRASTACIÓN Y PRUEBA DE HIPOTESIS

COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y NEONATALES	X2	GL	P
ALTURA UTERINA	1.38	2	2.44

($X^2=1.38$, $GL=2$; $P=2.44$)

Existen complicaciones obstétricas y neonatales en gestantes con altura uterina mayor o igual a 35 cm.

COMPLICACIONES OBSTETRICAS	X2	GL	P
ALTURA UTERINA	1.38	2	1.15

($X^2=1.38$, $GL=2$; $P=1.15$)

No existen complicaciones obstétricas durante el trabajo de parto en gestantes con altura uterina mayor o igual a 35 cm.

COMPLICACIONES NEONATALES	X2	GL	P
ALTURA UTERINA	1.38	2	23.66

($X^2=1.38$, $GL=2$; $P=23.66$)

Existen complicaciones neonatales en gestantes con altura uterina mayor o igual a 35 cm.

DISCUSION

La medición de la altura uterina con cinta métrica es sencilla, económica y muy utilizada durante la atención prenatal, sirve para evaluar el crecimiento del feto durante el embarazo. Este estudio es uno de los pocos intentos conocidos de evaluación de este método.

En un estudio de Rivero predecía el peso fetal en 489 mujeres con fetos único, de término, presentación cefálica y bolsa integra. Mostró que si la altura uterina mayor a 34 cm era diagnosticada como macrosomía a diferencia del presente estudio el 18% de los recién nacidos de madres con altura uterina mayor o igual a 35 cm fueron macrosómico.

De acuerdo a los resultados obtenidos mediante la prueba de hipótesis: ($X^2=1.38$, $GL=2$; $P=2.44$) que afirma: existen complicaciones obstétricas y neonatales en gestantes con altura uterina mayor o igual 35 cm.

Dentro de ellas las principales complicaciones obstétricas que presentaron durante el trabajo de parto fueron: 46% desgarro perineal, 10% desgarro cervical y 7% shock hipovolémico por desgarro cervical y atonía uterina. Por tanto, Isaac Paredes en su investigación señala que las principales complicaciones obstétricas de la macrosomía fetal fueron: los desgarros de las partes blandas y parto prolongado, sin embargo dicho resultado que presenta tiene relación con los datos encontrados en nuestro estudio.

Así mismo, Paola Elizabeth Barbecho en su investigación dice que el compromiso del bienestar fetal, hipoglicemia y presencia de caput succedaneum fueron las complicaciones más significantes del recién nacido grandes para la edad gestacional, siendo diferente a los resultados de la investigación realizada, puesto que las complicaciones neonatales que presentaron los recién nacidos de madres con altura uterina mayor o igual 35cm fueron el enclavamiento de hombros y la depresión neonatal.

CONCLUSIONES

De los resultados de este estudio, podemos concluir que:

1. Las complicaciones obstétricas y neonatales más frecuentes en las gestantes con altura uterina mayor o igual a 35 cm atendidas en el Hospital Amazónico en el año 2016 fueron el 44% de las madres presentaron desgarro perineal, 10% desgarro cervical y el 7% presentaron shock hipovolémico por desgarro cervical y atonía uterina y el 15% enclavamiento de hombros.
2. Se encontró en la muestra estudiada que la edad promedio de las gestantes con altura uterina mayor o igual a 35 cm fue 26 años, siendo la mayoría de 20 a 34 años (67%), convivientes (86%), con secundaria incompleta (32%), el 55% fueron multíparas, de las cuales el 19% tuvo más de 6 atenciones prenatales y el 39% de las gestantes tuvieron sobrepeso previo al embarazo, con respecto a las características de los recién nacidos se encontró que la mayoría era de sexo masculino (53%), tenían un peso de 2500 a 3999 gr (82%) y ≥ 4000 gr un (18%).
3. Las principales complicaciones obstétricas en gestantes con altura uterina mayor o igual a 35 cm. que se presentó durante el trabajo de parto fueron desgarro perineal (44%), desgarro cervical (6%), shock hipovolémico por desgarro cervical (5%), desgarro perineal más desgarro cervical (3%), desgarro pared vaginal más desgarro perineal (3%), edema vulvar (3%), atonía uterina (3%), shock hipovolémico por atonía uterina (3%), desgarro

pared vaginal (2%), retención de placenta (2%), desgarro cervical más desgarro pared vaginal (1%), expulsivo prolongado (1%).

4. Las principales complicación neonatal en los recién nacidos de madres con altura uterina mayor o igual a 35 cm fueron el enclavamiento de hombros (5%), depresión neonatal (4%), enclavamiento de hombros más asfixia neonatal más sepsis neonatal (3%), enclavamiento de hombros más fractura de clavícula (3%), enclavamiento de hombros más depresión neonatal (2%), enclavamiento de hombros más lesión del plexo braquial más depresión neonatal (2%), enclavamiento de hombros más Cefalohematoma (1%), muerte neonatal (1%).

5. Existe relación de dependencia entre las complicaciones obstétricas y neonatales y la altura uterina mayor o igual a 35 cm.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar estudios comparativos entre gestantes con altura uterina mayor y menor a 35 cm con la finalidad de evaluar resultados de complicaciones obstétricas y neonatales para adquirir resultados en cual de estos grupos se complican más.
- Se recomienda que los profesionales de salud encargados de la atención prenatal refuercen su trabajo multidisciplinario, promuevan y aseguren una alimentación beneficiosa así como estilos de vida saludable durante el embarazo, con la finalidad de evitar problemas a nivel del índice de masa corporal, puesto que en nuestro estudio generalmente las complicaciones obstétricas se presentaron en aquellas mujeres que tenían sobrepeso previo al embarazo.
- Se recomienda poner mayor énfasis en la atención prenatal para la identificación de los factores de riesgo y la toma correcta de la altura uterina ya que es uno de los métodos de bajo costo que nos ayuda a diagnosticar fetos macrosómico, polihidramnios, embarazo múltiple, miomatosis uterina, etc. y tomar una decisión correcta para la terminación de su embarazo y así prevenir las complicaciones más frecuentes, puesto que en el presente estudio se han identificado diversas complicaciones tanto maternas como neonatales.

- Se recomienda informales a las gestantes que una altura uterina mayor o igual a 35 cm trae un parto de riesgo ya que se podría complicarse durante el parto, además informales que las complicaciones no solo se presenta en la gestante sino también en el recién nacido, puesto que en nuestro estudio la mayoría presentaron algún tipo de traumatismo, y traer más adelantes alteraciones del desarrollo de las habilidades intelectuales, del lenguaje y dificultad para realizar alguna actividad producto de las lesiones producidos durante el parto.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Fascina, Schwartz, Diaz. Vigilancia del crecimiento fetal. 2ª edición. Uruguay. Publicación científica CLAP/SMR 1586. 2011.
2. Buchman E. Medición de rutina de la altura uterina durante el embarazo. Biblioteca de salud reproductiva de la OMS. Ginebra: organización mundial de la salud; 2013.
3. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Salud Perinatal. Montevideo Uruguay. Boletín Perinatal, 1998; 6 (16).
4. Gabbe, Steven, Niebyl, Jennifer, Simpson, Joel, editores. Obstetricia: Normalidad y complicaciones en el embarazo. España: Edit. Marban S.L. 2001.
5. Ribero, Mabel, Berrone, José R. Altura uterina ¿Es un buen indicador para predecir el peso al nacer? Rev. Med. 2002; 2(2): 6-10.
6. Ismael Rolando Gonzales. Macrosomía fetal: prevalencia, factores de riesgo asociado y complicaciones en el hospital de Ica, Perú. Rev. Méd. 2012; 2(2): 5-57.
7. García J, Peña A. Incidencia de lesiones asociadas al nacimiento en recién nacidos. Rev Med IMSS 2004; 24(2): 2-6.
8. American College of Obstetrics and Gynecologist. Fetal Macrosomia. Practice Bulletin 2000; 22: 1-11

9. Pacora P. Macrosomía fetal: Definición, Predicción, Riesgo y Prevención. En: Alexander JM, Egerman RS, Parker CR, editores. Ginecología y Obstetricia. Vol 39. México: 1994. P. 117-134.
10. SIP 2000 Hospital Amazónico de Yarinacocha.
11. Jaime A. y Cols. Morbilidad fetal asociada al parto en macrosómicos: análisis de 3981 nacimientos. Rev chil obstet ginecol. 2005; 2(2):218-224.
12. Paola Elizabeth Barbecho Ch. Tatiana Del Roció Barrera C. Estudio Incidencia, Factores de riesgo y Complicaciones Materno-Perinatales durante el embarazo y partos de niños a término, grandes para la edad gestacional, nacidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso desde el 1° de Enero hasta el 31 de Diciembre del 2011. [Tesis doctoral]. Cuenca-ecuador: servicio de publicaciones e intercambio científico, universidad de cuenca; 2013.
13. Isaac Paredes Torres. La Macrosomía: Factores Predictores y Complicaciones durante el parto vaginal. Hospital Nacional PNP Luis Sáenz. [tesis doctoral]. Lima-Perú: servicio de publicaciones e intercambio científico, universidad Ricardo palma; 2007.
14. Carlos Alberto Rojas H. Altura uterina frente a Ecografía Obstétrica para determinar Macrosomía fetal. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. [tesis doctoral]. Lima-Perú: servicio de

publicaciones e intercambio científico, universidad mayor de san marcos; 2015.

15. OPS. Centro Latinoamericano de Perinatología, salud de la mujer y reproductiva. 2010. Guías para la continua atención de la mujer y el recién nacido. Cat tecnol [internet]. 2010 [citado 20 Agos 2016]; 1(1): 1-16. URL disponible en:
WWW.clap.ops-oms.org
16. OPS. Centro Latinoamericano de Perinatología, salud de la mujer y reproductiva. 2010. Guías para la continua atención de la mujer y el recién nacido. Cat tecnol [internet]. 2010 [citado 17 Agos 2016]; 1(1): 38-39. URL disponible en:
WWW.clap.ops-oms.org
17. Pastrana, K. Sensibilidad del método clínico de Johnson y Toshach para calcular el peso fetal en las pacientes ingresadas en la sala de labor y parto del bloque Materno infantil del Hospital escuela de Tegucigalpa. [Tesis doctoral] Honduras: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico, Universidad de Honduras; 2000.
18. Meza, M. Pruebas diagnósticas, altura uterina y ultrasonografía bidimensional para el cálculo del peso fetal. [internet]. 2005 [acceso 30 Set 2016]; URL disponible en:
WWW.nacerlatinoamericano.org
19. John Wiley, Sons L. Medición de la altura uterina durante el embarazo. Barcelona: De Vecchi; 2007.

20. Herrera, J. Evaluación de riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. Rev Med. 2002; 33(1): 21-25.
21. Gary T, Cunningham. Crecimiento y desarrollo del feto. En: Leveno, Bloom, Rouse, et al, editores. Obstetricia Williams. 21ª edición. España: Editorial medica panamericana; 2002. Cap. 7. Página 112-113.
22. Schwarcz, R. Obstetricia. España: Ediciones científicas y técnica; 2000.
23. Uranga, I. Semiología obstétrica en el tercer trimestre. En: Barnes PJ, Longo DL, et al, editores. Obstetricia práctica. 4ta edición. México: 2005. Página 137-198.
24. Discordancia entre el tamaño del útero y la edad gestacional [en línea]. Perú; mispasito 2007. [15 de agosto 2016]. URL disponible en:
www.mispasitos.wordpress.com.
25. Carrera, J. Protocolo de obstetricia y medicina perinatal del instituto universitario. México: Ediciones científicas y técnicas; 2002.
26. Cunningham, Gary, editores. Obstetricia de Williams. 21ª edición. España: Editorial medica panamericana; 2002.

27. Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, Spong, editores. Williams Obstetricia. 23^a edición. España: Editorial medica panamericana; 2005.
28. Román, Carrillo. Características maternas y complicaciones neonatales de la macrosomía fetal. Rev Med. 1992; 56(1): 29-30.
29. Criseida SG, Fernando GP, Guillermina GJ. Utilidad del método de Johnson y Toshach para calcular el peso fetal en embarazos de término en un Hospital de segundo nivel. Medigraphic. 2007; 75(3):17-24.
30. Flavio HC, Alfredo LR, Ricardo HH. Sensibilidad y valor predictivo del método de Johnson y Toshach para estimar el peso fetal. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2006; 44(4): 309-312.
31. Lambrou N, Morse A, Wallach E. University Johns Hopkins- Ginecología y Obstetricia. Madrid: Marban; 2001.
32. Royal College of Obstetricians and Gynecologist. 2002. The investigation and management of the small for gestational age fetus. Guideline 31. London: RCOG. Página 2.
33. Faúndez, A. Control prenatal. En: Pérez Sánchez, Longo DL, et al, editores. Obstetricia. 2a edición. Perú: Ediciones mediterráneas; 2012. Página 156-167.

34. Castro, N. Altura uterina en gestantes del distrito de Corcca. Perú. Revista Situa. 2006; 15(2): 1-5.
35. Gajardo E; Peña A. Asfixia perinatal. Guías de diagnóstico y tratamiento en Neonatología. Servicio de Neonatología Hospital San Juan de Dios. Chile: Edición la Serena; 2006.
36. DOCPLAYER: Expulsivo prolongado [internet]. Mexico: DOCPLAYER; 2015 [citado el 16 abril 2017]. Curriculum vitae normalizado [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://docplayer.es/11682363-Expulsivo-prolongado.html>

ANEXO N° 01

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD DE OBSTETRICIA



TITULO: "COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y NEONATALES EN GESTANTES CON ALTURA UTERINA MAYOR O IGUAL A 35 CM QUE TERMINARON EN PARTO VAGINAL. HOSPITAL AMAZONICO-UCAYALI JULIO-DICIEMBRE 2016"

OBJETIVO: Conocer las complicaciones obstétricas y neonatales en gestantes con altura uterina mayor o igual a 35 cm que terminaron en parto vaginal. Hospital Amazónico-Ucayali Julio-Diciembre 2016

HCL N°: ____

I. DATOS SOCIODEMOGRAFICAS

- 1.1. Edad: ____ años
- 1.2. Estado civil: Soltera () Casada () Unión estable ()
- 1.3. Grado de instrucción: Letradas () P. completa ()
P. incompleta () S. incompleta () S. completa ()
S. universitario () S. no universitario ()
- 1.4. Procedencia: _____

II. DATOS OBSTETRICOS

- 2.1. N° gestaciones: _____
- 2.2. Paridad: _____
- 2.3. N° Atenciones prenatales: _____
- 2.4. IMC Preegestacional: _____
- 2.5. Ganancia de peso durante el embarazo: _____
- 2.6. Condición de ingreso : PTP () FLLP () FALP ()
Expulsivo ()

III. DATOS DE LA ALTURA UTERINA

3.1. **Altura uterina:** _____

IV. COMPLICACIONES OBSTETRICAS

4.1. Complicaciones obstétricas en el periodo de dilatación

- | | | |
|---|--------|--------|
| ✓ Dilatación estacionaria | SI () | NO () |
| ✓ Falla en el descenso de la presentación | SI () | NO () |

4.2. Complicaciones obstétricas en el periodo expulsivo

- | | | |
|---------------------------------|--------|--------|
| ✓ Expulsivo prolongado | SI () | NO () |
| ✓ Desgarro cervical | SI () | NO () |
| ✓ Desgarro de pared vaginal | SI () | NO () |
| ✓ Hematoma | SI () | NO () |
| ✓ Desgarro perineal: Tipo _____ | SI () | NO () |

4.3. Complicaciones obstétricas en el periodo de alumbramiento

- | | | |
|-------------------------|--------|--------|
| ✓ Atonía uterina | SI () | NO () |
| ✓ Retención de placenta | SI () | NO () |
| ✓ Shock hipovolémico | SI () | NO () |

V. CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO

5.1. **Sexo:** Femenino () Masculino ()

5.2. **Peso RN:** _____

5.3. **Peso por edad gestacional:** Pequeño () Adecuado () Grande ()

5.4. **Apgar RN Al minuto:** _____ **A los 5 minutos:** _____

VI. COMPLICACIONES NEONATALES

- | | | |
|-----------------------------|--------|--------|
| ✓ Enclavamiento de Hombros | SI () | NO () |
| ✓ Fractura de Clavícula | SI () | NO () |
| ✓ Lesión del plexo braquial | SI () | NO () |
| ✓ Cefalohematoma | SI () | NO () |
| ✓ Depresión neonatal | SI () | NO () |
| ✓ Asfixia neonatal | SI () | NO () |
| ✓ Sepsis neonatal | SI () | NO () |
| ✓ Muerte neonatal | SI () | NO () |

ANEXO N° 02

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CRITERIO DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICION
<p style="text-align: center;">VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Altura uterina mayor o igual a 35 cm</p>	Es el crecimiento excesivo del útero que puede deberse a distintos factores.	- Cinta obstétrica	- 35 - 36 - 37 - 38 - 39 - 40	Centímetros	cuantitativo ordinal
<p style="text-align: center;">VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>• Complicaciones obstétricas y neonatales</p>	Son aquellos fenómenos que agravan el curso de un procedimiento o enfermedad tanto en la madre como en el recién nacido	<p>- Complicaciones obstétricas durante el periodo de dilatación</p> <p>- Complicaciones obstétricas durante el periodo expulsivo</p>	<p>- Dilatación estacionario</p> <p>- Falla en el descenso de presentación</p> <p>- Expulsivo prolongado</p> <p>- Desgarro perineal</p> <p>- Desgarro de pared vaginal</p> <p>- Desgarro</p>	<p>1.SI 2.NO</p> <p>1.SI 2.NO</p> <p>1.SI 2.NO</p> <p>1.SI 2.NO</p> <p>1.SI 2.NO</p>	Cualitativo Nominal

		- Complicaciones obstétricas durante el periodo de alumbramiento	cervical - Atonía uterina - shock hipovolémico - Hematomas	1.SI 2.NO 1.SI 2.NO 1.SI 2.NO	
		Complicaciones neonatales	- Enclavamiento de hombro - Fractura de clavícula - Lesión del plexo braquial - Cefalohematoma - Asfixia neonatal - Depresión neonatal - Sepsis neonatal - Muerte neonatal	1.SI 2.NO 1.SI 2.NO 1.SI 2.NO 1.SI 2.NO 1.SI 2.NO	Cualitativo nominal

ANEXO N° 02

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y NEONATALES EN GESTANTES CON ALTURA UTERINA MAYOR O IGUAL A 35 CM QUE TERMINARON EN PARTO VAGINAL. HOSPITAL AMAZONICO-UCAYALI JULIO-DICIEMBRE 2016”

PROBLEMA	JUSTIFICACION	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	INSTRUMENTOS	FUENTES
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas y neonatales en gestantes con altura uterina mayor o igual a 35 cm que terminaron en parto vaginal Hospital Amazónico Julio-Diciembre 2016?</p>	<p>La investigación cuyo título es “Complicaciones Obstétricas y Neonatales en Gestantes con Altura Uterina Mayor o Igual a 35 cm que Terminaron en Parto Vaginal”, se realizó con el objetivo de determinar las complicaciones obstétricas y neonatales más frecuentes en gestantes con altura uterina mayor o igual a 35 cm que terminaron en parto vaginal, cuya importancia radica en que los resultados que se obtienen contribuirá a disminuir la morbimortalidad materno neonatal como consecuencia de los recién nacidos de madres con altura uterina mayor o igual a 35 cm, ya que se relaciona principalmente con macrosomía fetal. El trabajo de investigación fue conveniente realizar por que en los últimos años la incidencia de macrosomía fetal aumentó de 10 a 13% principalmente en los países industrializados¹¹, no obstante, también en el Hospital Amazónico se</p>	<p><u>OBJ. GENERAL</u></p> <p>- Determinar las complicaciones obstétricas y neonatales en gestantes con altura uterina mayor o igual a 35 cm que terminaron en parto vaginal atendidas en Hospital Amazónico.</p> <p><u>OBJ. ESPECIFICOS</u></p> <p>- Identificar las características sociodemográficas y obstétricas asociadas a gestantes con altura uterina mayor o igual a 35 cm que terminaron en parto vaginal atendidas en el Hospital Amazónico periodo Julio-Diciembre 2016.</p>	<p><u>HIPOTESIS GENERAL</u></p> <p>Ho: Existen complicaciones obstétricas y neonatales en gestantes con altura uterina mayor o igual a 35 cm.</p> <p>Hi: No existen complicaciones obstétricas y neonatales en gestantes con altura uterina mayor o igual a 35 cm.</p>	<p><u>VARIABLE INDEPENDIENTE</u></p> <p>- Altura uterina mayor o igual a 35 cm</p> <p><u>VARIABLE DEPENDIENTE</u></p> <p>Complicaciones obstétricas y neonatales</p>	<p>- 35 - 36 - 37 - 38 - 39 - 40</p> <p>✓ Complicaciones obstétricas en el periodo de dilatación.</p>	<p>Centímetros</p> <p>- Dilatación estacionario</p> <p>-Falla en el descenso de la presentación</p>	<p>-Ficha de recolección de datos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ SIP 2000 ▪ Historias clínicas Maternas ▪ Historias clínicas Neonatales 	

	<p>tuvo una incidencia del 15% de dicha patología¹⁰, ya que un parto vaginal de un feto macrosómico trae mayor riesgo de trauma obstétrico y complicaciones neonatales. Así mismo, el trabajo tiene relevancia social: primero, porque beneficiará a los profesionales de salud a través de los resultados y recomendaciones, para que investiguen más y se capaciten con las últimas técnicas de la medición, y de esta forma diagnosticar oportunamente un embarazo con un feto macrosómico, polihidramnios, embarazo gemelar, feto con restricción del crecimiento intrauterino y así tomar decisiones oportunas frente a la vía de parto, segundo, beneficiara también a las madres gestantes ya que ellas van a tomar conciencia de la gran importancia que es la atención prenatal y la medición de la altura uterina y de esta manera poder prever estos riesgos que se</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar las complicaciones obstétricas durante el trabajo de parto en gestantes con altura uterina mayor o igual a 35 cm atendidas en el Hospital Amazónico periodo Julio-Diciembre 2016. - Identificar las complicaciones neonatales en gestantes con altura uterina mayor o igual a 35 cm atendidas en el Hospital Amazónico periodo Julio-Diciembre 2016. - Determinar las características neonatales de los recién nacidos de madres con altura uterina 	<p style="text-align: center;"><u>HIPOTESIS ESPECIFICO</u> <u>S</u></p> <p>Ho: las complicaciones obstétricas se presentan durante el trabajo de parto. Hi: las complicaciones obstétricas no se presentan durante el trabajo de parto.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Complicaciones obstétricas en el periodo expulsivo ✓ Complicaciones obstétricas en el periodo de alumbramiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expulsivo prolongado - Desgarro de pared vaginal - Desgarro cervical - Desgarro perineal - Atonía uterina - Shock hipovolémico - Hematomas - Edemas 		
--	---	---	---	--	--	--	--	--

	<p>podrían presentar. El trabajo de investigación también tendrá valor teórico por que los resultados obtenidos contribuirán a continuar otras investigaciones frente a este problemática, y así mismo ayudara a reducir la morbimortalidad materno neonatal que se presenta debido a las complicaciones obstétricas y neonatales. Además la investigación tiene valor práctico por que ayudara a los profesionales de salud a que protocolicen la técnica de la medición de la altura uterina, haciendo que sea de carácter obligatorio esta técnica brindada por el Ministerio de Salud. Y por último la investigación tiene aporte metodológico, que consiste en que el instrumento va a ser realizado por mi persona y validado por los expertos y de esta forma el instrumento servirá como guía para otras investigaciones.</p>	<p>mayor igual a 35 cm que terminaron en parto vaginal atendidas en el Hospital Amazónico periodo Julio-Diciembre 2016.</p> <p>- Establecer la relación que existe entre la altura uterina mayor o igual a 35 cm y las complicaciones obstetricas y neonatales atendidas en el Hospital Amazónico periodo Julio-Diciembre 2016.</p>	<p>Ho: Las complicaciones neonatales se presentan en gestantes con altura uterina \geq 35 cm.</p> <p>Hi: Las complicaciones neonatales no se presentan en gestantes con altura uterina \geq 35 cm.</p> <p>.</p>		<p>✓ Complicaciones neonatales</p>	<p>– Enclavamientos de hombros</p> <p>– Fractura de clavícula</p> <p>– Lesión del plexo braquial</p> <p>– Cefalohematoma</p> <p>– Asfixia neonatal</p> <p>– Depresión neonatal</p> <p>– Sepsis neonatal</p> <p>– Muerte neonatal</p>		
--	---	---	---	--	------------------------------------	--	--	--

ANEXO N° 03

"Año Del Buen Servicio Al Ciudadano"

INFORME N° 001- 2017-

SEÑORITA : Bach. Yenny Aurelia Fabian Cámara
DE : Dr. Luis Stalin Romero Jara
Director Ejecutivo.
ASUNTO : Autorizo facilidades para elaboración de Tesis.
REFERENCIA : Solicitud de fecha 23 de Mayo del 2017
FECHA : Pucallpa, 24 de Mayo del 2017.

Me dirijo a usted en atención al documento de referencia para darle a conocer que la dirección a mi cargo a dispuesto que se le brinde la información estadística solicitada para que pueda elaborar su tesis titulada "COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y NEONATALES EN GESTANTES CON ALTURA UTERINA MAYOR O IGUAL A 35 CM QUE TERMINARON EN PARTO VAGINAL. HOSPITAL AMAZONICO-UCAYALI PERIODO JULIO-DICIEMBRE 2016", culminando de esta manera su proyecto de tesis.

Atentamente,



MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO REGIONAL DE UCAYALI
HOSPITAL AMAZONICO
[Handwritten Signature]
M.C. LUIS STALIN ROMERO JARA
C.M.P.N. 32593
DIRECTOR EJECUTIVO

ANEXO N° 04



ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS
PARA VALORAR EL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

TITULO: "COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y NEONATALES EN GESTANTES
CON ALTURA UTERINA MAYOR O IGUAL A 35 CM QUE TERMINARON EN
PARTO VAGINAL. HOSPITAL AMAZONICO-UCAYALI JULIO-DICIEMBRE 2016"

EXPERTO: Mg. Ruth Lida Córdova Ruiz

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento da cuenta del titulo/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	(X)	()
2. El instrumento tiene estructura lógica	(X)	()
3. La secuencia de presentación es óptima	(X)	()
4. El grado de complejidad de los items es aceptable	(X)	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles	(X)	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	(X)	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(X)	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos	(X)	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	(X)	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	(X)	()
TOTAL		

OBSERVACIONES:

.....

.....

Ruth Córdova
FIRMA DEL EXPERTO
DNI. 22520276
TELEF. 962074722

ANEXO N° 05


**ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS
PARA VALORAR EL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

TITULO: "COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y NEONATALES EN GESTANTES
CON ALTURA UTERINA MAYOR O IGUAL A 35 CM QUE TERMINARON EN
PARTO VAGINAL. HOSPITAL AMAZONICO-UCAYALI JULIO-DICIEMBRE 2016"

EXPERTO: Mg. Jessye Mirtha Ramos Garcia

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento da cuenta del titulo/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	(X)	()
2. El instrumento tiene estructura lógica	(X)	()
3. La secuencia de presentación es óptima	(X)	()
4. El grado de complejidad de los items es aceptable	(X)	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles	(X)	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	(X)	()
7. El instrumento establece la totalidad de los items de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(X)	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos	(X)	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	(X)	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	(X)	()
TOTAL	20	

OBSERVACIONES:.....
.....
.....


.....
FIRMA DEL EXPERTO
DNI: 22406649
TELEF. 9508 52121

ANEXO N° 06


**ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS
PARA VALORAR EL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

TÍTULO: "COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES EN GESTANTES
CON ALTURA UTERINA MAYOR O IGUAL A 35 CM QUE TERMINARON EN
PARTO VAGINAL. HOSPITAL AMAZONICO-UCAVALI JULIO-DICIEMBRE 2016"

EXPERTO: *Andy Mague Ponce*

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	(✓)	()
2. El instrumento tiene estructura lógica	(✓)	()
3. La secuencia de presentación es óptima	(✓)	()
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable	(✓)	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles	(✓)	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	(✓)	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(✓)	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos	(✓)	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	(✓)	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	(✓)	()
TOTAL		

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

.....

FIRMA DEL EXPERTO

DNI: *72474193*

TELEF:

ANEXO N° 07


**ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS
PARA VALORAR EL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

TITULO: "COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y NEONATALES EN GESTANTES
CON ALTURA UTERINA MAYOR O IGUAL A 35 CM QUE TERMINARON EN
PARTO VAGINAL. HOSPITAL AMAZONICO-UCAYALI JULIO-DICIEMBRE 2016"

EXPERTO: Mg. Mitsi Marleni Quiñonez Flores

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento da cuenta del titulo/tema y lo expresa con claridad y pertinencia.	(2)	()
2. El instrumento tiene estructura lógica	(2)	()
3. La secuencia de presentación es óptima	(2)	()
4. El grado de complejidad de los items es aceptable	(2)	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles	(2)	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	(2)	()
7. El instrumento establece la totalidad de los items de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(2)	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos	(2)	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	(2)	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	(2)	()
TOTAL	20	


OBSERVACIONES:.....
.....
.....

FIRMA DEL EXPERTO

DNI: 22475878

TELEF: 963628019


ANEXO N° 08



**ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS
PARA VALORAR EL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO**

**TÍTULO: "COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES EN GESTANTES
CON ALTURA UTERINA MAYOR O IGUAL A 35 CM QUE TERMINARON EN
PARTO VAGINAL. HOSPITAL AMAZONICO-UCAYALI JULIO-DICIEMBRE 2016"**

EXPERTO: Mg. Clara Fernández picón

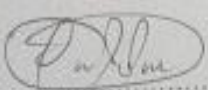


CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento da cuenta del título/tema y lo expresa con claridad y pertinencia	(2)	()
2. El instrumento tiene estructura lógica	(2)	()
3. La secuencia de presentación es óptima	(2)	()
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable	(2)	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles	(2)	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	(2)	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(2)	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos	(2)	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	(2)	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	(2)	()
TOTAL	20	

OBSERVACIONES:

.....

.....



.....

FIRMA DEL EXPERTO

DNI: 00 11 88 17

TELEF: 962 88 056 7



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN" - HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



RESOLUCIÓN N° 084-2017-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 06 de abril de 2017.

VISTO:

La Solicitud N° 0348715, de fecha 28.MAR.2017, presentada por la alumna FABIÁN CAMARA, Yenny, mediante el cual solicita rectificación de fecha del título de Proyecto de Investigación;

CONSIDERANDO:

Que, con Resolución N° 025-2016-UNHEVAL/FOBST-DI, de fecha 22.MAR.2016, se resolvió, Aprobar como exclusividad el título de Proyecto de Investigación: "PROGRAMA EDUCATIVO PARA PREVENIR LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN GESTANTES DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha, YARINACocha – PUCALLPA 2016", de la alumna FABIÁN CAMARA, Yenny, de la Facultad de Obstetricia y se nombró a la Dra. Zoila Elvira Miraval Tarazona, como asesora de la alumna mencionada;

Que, con Resolución N° 053-2017-UNHEVAL/FOBST-D, de fecha 23.MAR.2017, se resolvió, Modificar el título del Proyecto de Investigación debiendo ser: "COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES EN GESTANTES CON ALTURA UTERINA MAYOR O IGUAL A 35 CM QUE TERMINARON EN PARTO VAGINAL. HOSPITAL AMAZONICO-UCAYALI. ENERO-JULIO 2017", de la alumna FABIÁN CAMARA, Yenny; asimismo, se ratifica el nombramiento a la Dra. Zoila Elvira Miraval Tarazona, como asesora de la alumna mencionada;

Que, con Solicitud N° 0348715, de fecha 28.MAR.2017, la alumna FABIÁN CAMARA, Yenny, solicita rectificación de fecha del título de Proyecto de Investigación, debido a un error durante la digitación, debiendo ser: "COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES EN GESTANTES CON ALTURA UTERINA MAYOR O IGUAL A 35 CM QUE TERMINARON EN PARTO VAGINAL. HOSPITAL AMAZONICO-UCAYALI. JULIO-DICIEMBRE 2016", y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

- 1º **MODIFICAR** en parte, correspondiente a la fecha del título del Proyecto de Investigación, debiendo ser: "**COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES EN GESTANTES CON ALTURA UTERINA MAYOR O IGUAL A 35 CM QUE TERMINARON EN PARTO VAGINAL. HOSPITAL AMAZONICO-UCAYALI. JULIO-DICIEMBRE 2016**", de la alumna **FABIÁN CAMARA, Yenny**, de la Facultad de Obstetricia y queda registrado en el cuaderno de Actas del Instituto de Investigación de la Facultad de Obstetricia.
- 2º **RATIFICAR EL NOMBRAMIENTO** de la **Dra. Zoila Elvira Miraval Tarazona**, Asesora de la alumna **FABIÁN CAMARA, Yenny**; para la elaboración de su Proyecto de Investigación, así como la orientación de su desarrollo.
- 3º **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
FACULTAD DE OBSTETRICIA

Dra. Mary L. Mague Pomco
DECANA

DISTRIBUCIÓN:

DUIFO, INTERESADA, ASESORA y ARCHIVO.

Av. Universitaria N° 601-607 –Cayhuayna-Telef 591077



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN" - HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



RESOLUCIÓN N° 219-2017-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 20 de julio de 2017.

VISTO:

La Solicitud N° 0364136, de fecha 10.JUL.2017, presentada por la egresada FABIAN CAMARA, Yenny Aurelia, de la Facultad de Obstetricia;

CONSIDERANDO:

Que, en el Art. 17° del Reglamento General de Grados y Títulos de la UNHEVAL señala: "Una vez que el tesista ha elaborado el Borrador de Tesis, con el visto bueno de su Asesor, y obtenido el grado de bachiller, solicitará al Decano, en el Formato Único de Trámite, se designe al Jurado de Tesis, adjuntando a su solicitud, la copia de la resolución que aprueba el Proyecto de Tesis y cuatro (04) ejemplares del Borrador de Tesis, un ejemplar para cada miembro del Jurado". Art. 18° señala: "El Jurado de Tesis es designado por el Decano, integrado por cuatro (04) profesores ordinarios: tres (03) serán titulares y un (01) accesitario. El Jurado se compone de: Presidente, Secretario y Vocal. De los cuales dos son especialistas del tema de la Tesis y un especialista en metodología de la investigación. El de mayor categoría y precedencia preside dicho Jurado";

Que, con Solicitud N° 0364136, de fecha 10.JUL.2017, la egresada de la Facultad de Obstetricia FABIAN CAMARA, Yenny Aurelia; comunica que ha culminado con la elaboración del Borrador de la Tesis titulada: "COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES EN GESTANTES CON ALTURA UTERINA MAYOR O IGUAL A 35 CM QUE TERMINARON EN PARTO VAGINAL. HOSPITAL AMAZONICO-UCAYALI. JULIO-DICIEMBRE 2016", bajo el asesoramiento de la Dra. Zoila Elvira Miraval Tarazona, quien mediante Informe N° 005-2017-UNHEVAL-DZEMT-FOBST.D, de fecha 10.JUL.2017, comunica la culminación de elaboración del Borrador de Tesis; y que cumple con los estándares exigidos del Reglamento de Grados y Títulos, y se encuentra en condiciones de ser revisado por el Jurado de Tesis, y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

- 1° **DESIGNAR**, dictaminadores de Jurado de la Tesis titulada: "COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES EN GESTANTES CON ALTURA UTERINA MAYOR O IGUAL A 35 CM QUE TERMINARON EN PARTO VAGINAL. HOSPITAL AMAZONICO-UCAYALI. JULIO-DICIEMBRE 2016", presentada por la egresada FABIAN CAMARA, Yenny Aurelia, de la Facultad de Obstetricia, debiendo el jurado estar integrado de la siguiente manera:

PRESIDENTE	:	Mg. Julio Constantino Tueros Espinoza
SECRETARIA	:	Obsta. Ana María Soto Rueda
VOCAL	:	Mg. Rosario Del Pilar De La Mata Huapaya
ACCESITARIA	:	Mg. Nancy Elizabeth Castañeda Eugenio

2. **DISPONER**, que los docentes designados informen al Decano acerca de la suficiencia del Borrador de Tesis en un plazo que no exceda los quince días hábiles.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
 FACULTAD DE OBSTETRICIA

 Dra. Zoila Elvira Miraval Tarazona
 ASESORA

Distribución: Jurados, Asesora, Interesada y Archivo.



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN" - HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



RESOLUCIÓN N° 249-2017-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 21 de agosto del 2017.

VISTO:

La Solicitud N° 0366689, de fecha 07.AGO.2017, presentada por la Bachiller en Obstetricia FABIAN CAMARA, Yenny Aurelia;

CONSIDERANDO:

Que, la Bachiller FABIAN CAMARA, Yenny Aurelia, solicita ~~una fecha~~ **para la** Sustentación de su tesis: **"COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES EN GESTANTES CON ALTURA UTERINA MAYOR O IGUAL A 35 CM QUE TERMINARON EN PARTO VAGINAL. HOSPITAL AMAZONICO-UCAYALI. JULIO-DICIEMBRE 2016"**;

Que, los miembros de Jurado de Tesis después de haber realizado la revisión de dicha tesis informan que se encuentra APTA para ser sustentado, dado que se ajusta a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL;

Que, el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, en el Capítulo IV, de la Modalidad de Tesis, en su art. 25° dice: "Una vez que los miembros del Jurado hubieran informado al Decano acerca de la suficiencia del trabajo de tesis, el Decano emitirá la resolución fijando día, hora y lugar para la sustentación...", y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

1° FIJAR fecha, hora y lugar de sustentación de la tesis Titulado: "COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES EN GESTANTES CON ALTURA UTERINA MAYOR O IGUAL A 35 CM QUE TERMINARON EN PARTO VAGINAL. HOSPITAL AMAZONICO-UCAYALI. JULIO-DICIEMBRE 2016", presentada por la Bachiller en Obstetricia **FABIAN CAMARA, Yenny Aurelia**; por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.

DÍA : LUNES 21 DE AGOSTO DE 2017

HORA : 03:00 p.m.

LUGAR : Aula N° 306 del Pabellón III

2° COMUNICAR a los Miembros del Jurado Calificador integrado por los siguientes docentes y a la Asesora Dra. Zoila Elvira Miraval Tarazona:

- Mg. Julio Constantino Tueros Espinoza	Presidente
- Obsta. Ana María Soto Rueda	Secretaría
- Mg. Rosario Del Pilar De La Mata Huapaya	Vocal
- Mg. Nancy Elizabeth Castañeda Eugenio	Accesitaria

3° DISPONER que los docentes designados deberán ceñirse a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
FACULTAD DE OBSTETRICIA

Dra. Mary L. Maque Ponce
W.L.A.N.A.

DISTRIBUCIÓN:

Jurados, DAcad., Asesora, Interesada, Publicación y archivo.

