

Universidad Autónoma Metropolitana

Unidad Xochimilco

División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Licenciatura en Enfermería

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DE USUARIAS EN EDAD DE RIESGO
QUE ACUDEN AL HOSPITAL GENERAL TLÁHUAC EN EL PERIODO
ENERO/JUNIO 2022.

Investigadores participantes:

- PSSLE Enríquez Peña Flor Ivón
- PSSLE Ramírez Escutia Estefania

Investigar titular:

Maestro Luis Fernando Rivero Rodríguez

Índice:	
Introducción	3
Planteamiento del problema	4
Justificación	5
Objetivos	6
General	6
Específicos	6
Hipótesis	7
Marco teórico	8
Complicaciones obstétricas	8
Edades en riesgo	9
Embarazo	9
Complicaciones durante el embarazo	10
Parto	15
Complicaciones durante el trabajo de parto	15
Puerperio	18
Complicaciones durante el puerperio:	18
Puerperio inmediato	18
Puerperio mediano	19
Puerperio tardío	21
Antecedentes	22
Metodología	27
Tipo de estudio	27
Universo de estudio	27
Muestra	27
Criterios de inclusión	27
Criterios de exclusión	27
Descripción del instrumento	28
Categorización de variables	29
Recursos	31
Recursos Humanos	31
Recursos Materiales	31
Recursos Financieros	31
Resultados	32
Discusión	48
Conclusión	50

Referencias bibliográficas.....	52
Anexos.....	57
Anexo 1. Instrumento de evaluación.....	57
Anexo 2. Tríptico acerca de “Complicaciones Obstétricas”	58
Anexo 3. Infografía acerca de “Prevención de Complicaciones Obstétricas”	59

Introducción

De acuerdo con la OMS en 2016 la mortalidad materna es considerada inaceptablemente alta ya que se estima que, en todo el mundo, aproximadamente 830 mujeres mueren cada día por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015, aproximadamente 303 000 mujeres murieron durante o después del embarazo y el parto. Casi todas estas muertes ocurren en países de bajos ingresos y la mayoría de ellas se pueden prevenir. Es imprescindible reconocer que los factores de riesgo para que la mujeres presenten complicaciones obstétricas no sólo tiene que ver con la edad, aunque está demostrado que las mujeres menores de 19 y mayores de 35 años aumentan hasta 4 veces más el riesgo de presentarlas, sino también con las características sociodemográficas como lo es el nivel educativo, el estado civil y la ocupación, ya que estas características juegan un papel fundamental en la frecuencia de las complicaciones obstétricas, afectando a la población más vulnerable poniendo en riesgo la vida del binomio madre e hijo con afecciones que podrían ser prevenibles con un buen control prenatal, con una buena asesoría pero sobre todo enfocando el cuidado enfermero a través de actividades que engloben a la mujer en sus cuatro esferas; psicológica, biológica, social y espiritual. Es por ello que la presente investigación tuvo como objetivo identificar la prevalencia de las complicaciones obstétricas en mujeres que se encuentran en edades de riesgo, menores de 19 y mayores de 35 años de edad atendidas en el Hospital General de Tláhuac en el periodo Enero-Junio 2022, tomando en cuenta las características sociodemográficas.

Planteamiento del problema

De acuerdo con Rafael Heredia (2020) la OMS ha establecido que aproximadamente 580 000 mujeres mueren cada año por complicaciones derivadas del embarazo y el parto, siendo estas las principales causas de muerte entre mujeres en edad reproductiva a nivel global, aunado a esto, las enfermedades y secuelas relacionadas con el embarazo varían de 16 a 50 millones de casos anuales e incluyen condiciones como infección, complicaciones neurológicas, hipertensión, anemia y fístula obstétrica. Además, alrededor de un 15 % del total de embarazos manifiestan complicaciones potencialmente mortales para el binomio, los cuales requieren atención médica especializada para garantizar la supervivencia de ambos. En México, las muertes maternas son menos comunes, que en las regiones un poco más desarrolladas De acuerdo con el reporte publicado en enero de 2019 por la Dirección General de Epidemiología (DGE) de la Secretaría de Salud, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) calculada es de 30.2 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados. Sin embargo, en las poblaciones más pobres y con una alta proporción de población indígena, sigue siendo un fenómeno frecuente.

En el Hospital General Tláhuac se atendieron un total de 763 pacientes embarazadas y puérperas, en el periodo enero-junio del año 2022, de las cuales 28.9% (221) corresponden a mujeres atendidas en edades de riesgo, es decir, menores de 19 y mayores de 35 años, dentro de estos rangos de edad, el 41.6% (92) de las pacientes presentaron alguna complicación obstétrica, ya sea en el embarazo, al momento del parto o en el puerperio, por lo que es importante conocer cuáles son las complicaciones obstétricas más frecuentes que presentan los grupos de edades en riesgo usuarias del Hospital General de Tláhuac, con la finalidad de establecer recomendaciones, estrategias e implementar intervenciones de enfermería especializadas en la prevención de morbilidad y mortalidad materna.

Justificación

Según la Secretaría de Salud en 2020, en su informe semanal de vigilancia epidemiológica de muerte materna la razón de mortalidad materna calculada es de 25.8 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, lo cual representa un incremento del 10% respecto de lo registrado a la misma fecha del año pasado. Las principales causas de defunción fueron: hemorragia obstétrica (18.2%), enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, el parto y el puerperio (18.2%), y enfermedad del sistema circulatorio (18.2%). Cabe resaltar que en este mismo informe se menciona que las entidades con más defunciones maternas fueron el Estado de México y Chiapas, donde en conjunto suman el 36.4% de las defunciones registradas. Cabe destacar que el grupo de edad con mayor razón de mortalidad materna es el de 45 a 49 años.

Al ser una problemática persistente en el sistema nacional de salud resulta imprescindible conocer las complicaciones de mayor prevalencia en la unidad hospitalaria de Tláhuac, a través de la revisión de datos epidemiológicos de dicha unidad, con la finalidad de dar a conocer posibles líneas de acción que mejoren la atención hospitalaria y en consecuencia reducir los índices de muerte materna.

Objetivos

General

Identificar complicaciones obstétricas de usuarias en edad de riesgo que acuden al Hospital General Tláhuac en el periodo Enero/Junio 2022, por medio de datos epidemiológicos con la finalidad de establecer posibles líneas estratégicas de prevención.

Específicos

- Conocer las complicaciones durante el parto en usuarias de edad en riesgo que acuden al Hospital General Tláhuac en el periodo Enero/Junio 2022, por medio de datos epidemiológicos.
- Describir las complicaciones durante el puerperio en usuarias de edad en riesgo que acuden al Hospital General Tláhuac en el periodo Enero/Junio 2022, por medio de datos epidemiológicos.
- Conocer si el nivel académico influye en la prevalencia de las complicaciones obstétricas en usuarias de edad en riesgo que acuden al Hospital General Tláhuac en el periodo Enero/Junio 2022, por medio de datos epidemiológicos.
- Saber si la ocupación influye en la prevalencia de las complicaciones obstétricas en usuarias de edad en riesgo que acuden al Hospital General Tláhuac en el periodo Enero/Junio 2022, por medio de datos epidemiológicos.
- Dar a conocer si el estado civil incide en la prevalencia de las complicaciones obstétricas en usuarias de edad en riesgo que acuden al Hospital General Tláhuac en el periodo Enero/Junio 2022, por medio de datos epidemiológicos.
- Generar estrategias y recomendaciones a partir de los resultados obtenidos que ayuden a disminuir la prevalencia de complicaciones obstétricas prevenibles, dirigidas al personal de salud y a la población en general.

Hipótesis

Las usuarias embarazadas, en trabajo de parto o que se encontraban cursando el puerperio que acudieron al Hospital General de Tláhuac durante el periodo Enero-Junio del año 2022 que se encontraban dentro de los rangos de edad en riesgo, es decir menores de 19 y mayores de 35 años, presentaron alguna complicación obstétrica.

- Hi1: Las usuarias embarazadas, en trabajo de parto o que se encontraban cursando el puerperio que acudieron al Hospital General de Tláhuac durante el periodo Enero-Junio del año 2022 que se encontraban dentro de los rangos de edad en riesgo, es decir menores de 19 y mayores de 35 años, presentaron alguna complicación obstétrica.
- Hi0: Las usuarias embarazadas, en trabajo de parto o que se encontraban cursando el puerperio que acudieron al Hospital General de Tláhuac durante el periodo Enero-Junio del año 2022 que se encontraban dentro de los rangos de edad en riesgo, es decir menores de 19 y mayores de 35 años, no presentaron alguna complicación obstétrica.

Marco teórico

Complicaciones obstétricas

Como señala Heredia (2020) las complicaciones obstétricas (COS) son los trastornos del embarazo, trabajo de parto, parto y el período neonatal temprano, así como la aparición de alguna variable predictora como ejemplos incluyen hinchazón de las manos, los pies y la cara, calambres, fatiga excesiva, flujo vaginal o, sangrado abundante. Las complicaciones del parto en entornos de bajos ingresos tienen graves consecuencias sociales y médicas. Se han utilizado como predictores de muerte materna y otros resultados del embarazo. Es bien sabido que los trastornos y complicaciones relacionados con el embarazo pueden tener un gran impacto en el feto y, por lo tanto, provocar resultados adversos en el embarazo. Las complicaciones obstétricas son problemas de salud que pueden llegar a presentarse en cualquier etapa de la gestación, durante cualquier etapa del parto y en la etapa puerperal, que afectan directamente al binomio madre-hijo. Pueden ser causadas debido a enfermedades previas de las embarazadas que hayan empeorado debido a su estado o que se presentaron a causa de este. (Amparo Santamaría, 2022)

Algunos de los síntomas más comunes que pueden ser signos de alarma, que nos ayudan a detectar complicaciones, son:

- Hemorragias vaginales
- Contracciones uterinas
- Molestias al orinar
- Vómitos, mareos o vértigo continuos
- Dolores de estómago
- Dolores de cabeza persistentes
- Fiebre
- Molestias en la zona de los riñones y el bajo vientre
- Problemas en la vista
- Hinchazón de las articulaciones
- Cansancio excesivo
- Ausencia de movimiento por parte del feto
- Pérdida de líquido por la vaginal

Edades en riesgo

Según Balestena S. y colaboradores (2015) señalan que determinar la edad para concebir un hijo es un dilema difícil de resolver por el obstetra, debido a que la mayoría de las morbilidades, se dan en una edad extrema de la vida reproductiva tanto para la madre como para el feto; esto aplica para jóvenes, menores a los 18 años, como para mujeres mayores de 35 años, una de las circunstancias por las cuales se incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, además de que se trata de un fenómeno imparables por el número de embarazos en mujeres mayores de 35 años, que va en aumento cada año. A medida que una mujer envejece, la posibilidad de quedar embarazada disminuye porque la calidad de sus óvulos se deteriora, al paso de los años, sobre todo aquellas que esperan obtener descendencia, mucho más allá de la edad óptima para tal propósito.

El embarazo que se presenta en mujeres de una edad avanzada se define por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) desde el año 1958 como una gestación que sucede en una edad igual o superior a los 35 años.

Embarazo

La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando el blastocisto se adhiere a la pared uterina, unos 5 o 6 días después de la fecundación, luego atraviesa el endometrio y entra en el estroma. El proceso de implantación termina cuando se cierra el defecto en la superficie epitelial uterina y se inicia el proceso de implantación se completa, y así comienza el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación, por lo cual la fecha de la última menstruación es el único dato del que se dispone para datar la gestación.

De acuerdo con Natalia García (2021) el embarazo se divide por trimestres: en el primer trimestre existe más riesgo de abortos espontáneos, debido a que en este periodo se forman todos los órganos fetales los cuales estarán completos al finalizar este trimestre. Esta etapa del embarazo es la más incómoda para la gestante, pues es durante estas primeras etapas en las que se manifiestan las náuseas y vómitos del embarazo.

En el segundo trimestre el feto crece y gana peso, la formación de todos sus órganos se ha completado, la madre se encuentra mejor de la sintomatología inicial y todavía no comienza con las molestias del final de embarazo.

Durante el tercer trimestre el feto ya ha adquirido un considerable peso y volumen responsable de las molestias que refieren las gestantes respecto al peso, el feto madura sus órganos para que se puedan adaptar a la vida exterior, a pesar de esto pueden llegar a presentarse diferentes complicaciones.

Complicaciones durante el embarazo.

Aborto	<p>La pérdida o extracción de los productos de la concepción durante las primeras 22 semanas de embarazo o cuando el peso es inferior a 500 gramos se denomina aborto espontáneo. Varias formas clínicas se reconocen por su morfología o etapa de desarrollo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Amenaza de aborto: sangrado intrauterino leve y/o dolor pélvico determinado por contractilidad uterina, pero sin cambios cervicales durante las primeras 22 semanas de embarazo. Esta es la única fase que es reversible. ● Aborto en evolución o inminente: caracterizado por contracciones uterinas dolorosas periódicas y progresivas que provocan cambios en el cuello uterino incompatibles con la continuación del embarazo. ● Aborto inevitable: caracterizado por todos los hallazgos previos y fuga de líquido amniótico. ● Aborto incompleto: expulsión parcial del tejido folicular o embrión. ● Aborto completo: se libera todo el tejido del óvulo o los embriones. ● Aborto diferido: detención del crecimiento, pérdida de la vitalidad fetal o ausencia del embrión. ● Aborto habitual o recurrente: aborto espontáneo de dos o más embarazos consecutivos, o de tres o más embarazos alternados dentro de las 22 semanas de gestación. ● Aborto séptico: esto puede ocurrir en cualquier forma de aborto clínico, pero es más común en el aborto inducido. ● Existe escurrimiento de secreción hemato-purulenta a través del cérvix con olor fétido. Fiebre y ningún otro sitio clínicamente aparente de
---------------	--

	<p>infección. Hipersensibilidad suprapúbica, dolor abdomino-pélvico a la movilización del cérvix y útero, y a veces alteración del estado general.</p>
<p>Embarazo Ectópico</p>	<p>Este es un embarazo implantado fuera de la cavidad uterina. La trompa de Falopio es el sitio más común de implantación ectópica, aunque se puede encontrar en los ovarios, la cavidad abdominal, el cuello uterino con menos frecuencia y el estroma o la córnea. Su diagnóstico y tratamiento oportuno son importantes porque es la principal causa de mortalidad materna en el primer trimestre.</p> <p><u>Clasificación</u></p> <p>- Uterino:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cervical ● En cuerno rudimentario <p>- Extrauterino:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Abdominal ● Ovárico ● Tubárico
<p>Enfermedad gestacional del trofoblasto</p>	<p>La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) consiste en tumores derivados del trofoblasto, motivo por el cual van a tener las mismas propiedades que el trofoblasto fisiológico, es decir: producción de hormonas típicas de la placenta, como B-HCG entre otras. La invasión tisular y vascular del sistema y la migración de distancia por vía hemática.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mola completa: esta tiene la mayor incidencia entre los tres y el grado de malignidad es relativamente alto. Proliferación trofoblástica difusa, que suele afectar a citotrofoblastos y sincitiotrofoblastos. Carece de evidencia de tejido embrionario, saco gestacional, amnios o vasculatura fetal. ● Mola incompleta o parcial: esta presenta una placenta degenerada solo parcialmente, vellosidades normales y anormales, fértiles, contiene material genético paterno y materno tiene menores tasas de HCG y de malignización. ● Mola invasiva: siempre invade la cavidad uterina y estructuras vecinas, pero continúa conservando la estructura de las vellosidades.

	<ul style="list-style-type: none"> ● Tumor trofoblástico del sitio placentario: ocupa el lugar en donde estuvo inserto el lecho placentario. Se deriva de células trofoblásticas mononucleares intermedias e infiltra el miometrio, el endometrio y los espacios vasculares. Secretan más lactógeno placentario que HCG. Esto conduce a metástasis avanzadas que son más resistentes al tratamiento de quimioterapia. ● Coriocarcinoma: tumor maligno derivado tanto del cito como del sincitiotroblasto, puede presentarse después de cualquier tipo de gestación. No hay vellosidades coriales o raramente vestigios en casos iniciales.
<p>Placenta previa</p>	<p>La implantación anormal de la placenta en relación con el orificio interno del cuello uterino, cubriéndolo parcial o totalmente, continúa incluso después de la semana 24 de embarazo. Debido a su alta asociación con alta paridad, cesárea previa e histerectomía, se sugirió como etiología el daño endometrial.</p> <p>Clasificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Placenta previa total: el cuello uterino interno está completamente recubierto por la placenta. ● Placenta previa parcial: aquí, el orificio cervical interno está parcialmente recubierto por la placenta. ● Placenta previa marginal: el borde de la placenta se encuentra en el borde del orificio interno del cuello uterino. ● Placenta previa lateral o baja: cuando se fija en el segmento uterino inferior, esto quiere decir a menos de 10 cm del orificio interno del cuello uterino.
<p>Desprendimiento de placenta normo inserta</p>	<p>La separación de la placenta generalmente ocurre antes y después de las 20 semanas de la tercera etapa del trabajo de parto. Se desconoce la causa exacta, pero está relacionada con cualquier lesión o patología que afecte a los vasos sanguíneos de la decidua, provocando vasoespasmo o constricción, dando lugar a zonas hipóxicas y, por tanto, al aumento de la permeabilidad capilar, el sangrado de los capilares y arterias; además de una formación de trombos y desprendimiento de la placenta.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Grado I: desprendimiento menor del 30 %, con escasa sintomatología con un mínimo de hemorragia y coágulos, dolor abdominal leve con poca hipertonia, estado fetal de la madre y el feto

	<p>conservado, no hay cambios en el fibrinógeno.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Grado II: desprendimiento de 30 – 50%, dolor agudo en el abdomen, hipertoniá uterina, polisistolia, sangrado transvaginal de escaso a moderado, no se logran palpar las partes fetales, y además presenta sufrimiento fetal en 90%, muerte fetal en 20 a 30 %, el estado materno puede estar muy comprometido, y el fibrinógeno puede estar normal o algo disminuido. ● Grado III: feto muerto en un 100% de los casos, de inicio brusco, compromiso materno con signos de shock hipovolémico, anemia severa con o sin CID, útero hipertónico o leñoso, polisistolia y sangrado transvaginal.
Labor de parto pretérmino	<p>La labor de parto pretérmino, muestra contracciones uterinas regulares que duran 60 minutos con una frecuencia de 1 minuto cada 10 minutos o más durante 30 segundos, lo que puede causar que el cuello uterino cambie en más del 50%, dilatado 3 o más veces después de las 22 semanas de embarazo Centímetros a 36 semanas del embarazo. Si ocurre antes de las 34 semanas, las complicaciones son más importantes. El 40-50% ocurre con membranas intactas. El 25-40% con ruptura de membranas. Del 20-30% de las causas, están atribuidas a complicaciones maternas que requieren interrupciones tempranamente.</p>
Ruptura prematura de las membranas ovulares	<p>Complica alrededor del 8% de los embarazos, de los cuales el 3% son prematuros, y es la causa de un tercio de los partos prematuros. El parto se definió como la ruptura prematura de membranas. La Ruptura Prematura de Membranas ocurre a través de una variedad de mecanismos, que incluyen apoptosis, lisis de la matriz coriónica amniótica potenciada por la contractilidad, colonización del tracto reproductivo e infección capaz de iniciar cascadas de citoquinas, entre otros.</p>
Embarazo prolongado	<p>Gestación que sobrepasa las 42 semanas completas. El embarazo prolongado ocurre en aproximadamente en el 10% de los embarazos, y tiene un rango de 4 a 14%.</p> <p>Algunas características para que se desarrolle el embarazo prolongado y que además pueden agregar morbilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Oligoamnios ● Líquido Meconial (25%) con aspiración fetal del mismo

	<ul style="list-style-type: none"> ● Macrosomía Fetal.
<p>Trastornos Hipertensivos</p>	<p>Son una de las principales complicaciones obstétricas más frecuente durante la etapa del embarazo. Aproximadamente un 7 a 10 % de los embarazos se complican con hipertensión. Los trastornos hipertensivos se asocian con un aumento de los índices de mortalidad materna y perinatal y se presentan como un amplio espectro de manifestaciones que abarcan desde una elevación de la presión arterial, como signo, hasta una hipertensión severa puede llevar a una disfunción de diversos órganos y sistemas.</p> <p>Clasificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Hipertensión Arterial Crónica: hipertensión crónica conocida o diagnosticada antes del embarazo o diagnosticada por primera vez antes de las primeras 20 semanas de embarazo o que persiste luego del puerperio en paciente no conocida hipertensa. ● Preeclampsia: embarazo mayor de 20 semanas de embarazo o puerperio, hipertensión, definida como una presión arterial sistólica como ≥ 140 mm Hg y/o una presión arterial diastólica ≥ 90 mm Hg. Tomada al menos dos veces en un lapso de 4 horas hasta 7 días. ● Eclampsia: presencia de convulsiones asociadas a un trastorno hipertensivo del embarazo (preeclampsia, hipertensión gestacional, preeclampsia sobreagregada) y se descarta otro trastorno neurológico como ejemplo epilepsia, malformaciones arterio-venosas, neuro infección, hipoxia cerebral etc. Se considera eclampsia hasta por 8 días después del parto, aunque no es primordial el descartar alguna otra causa de convulsión. ● Hipertensión Crónica: paciente que cumple con los criterios de hipertensión crónica a la cual se le agrega lo siguiente: o elevación de la presión arterial por encima de los valores que se han presentado o con proteinuria antes de las 20 semanas. Se habla de preeclampsia agregada grave/severa si además de los dos enunciados previos la paciente presenta signos y síntomas como los descritos en la preeclampsia grave. ● Preeclampsia agregada.

Parto

El trabajo de parto implica una serie de contracciones uterinas rítmicas, ya sea forzadas o inducidas por fármacos, que hacen que el cuello uterino se dilate, se adelgace y se acorte. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) define el parto como el comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. Durante el primer embarazo, el trabajo de parto por lo general dura de 12 a 18 horas promedio y después los trabajos de parto posteriores se acortan, y se promedian de 6 a 8 horas.

Complicaciones durante el trabajo de parto

Desproporción pelvi-cefálica	Si el canal pélvico es demasiado estrecho o el feto demasiado grande, se pueden observar alteraciones en las constantes vitales del feto, por ejemplo su ritmo cardiaco, se vean afectadas negativamente por el esfuerzo que acarrea el proceso. En estos casos se recurren a cesáreas de emergencia, o al uso de instrumentos como el fórceps).
Hemorragia	<p>De los sangrados, el más grave es el sangrado que se produce durante el parto y el próximo período de parto. La hemorragia cuando no puede controlarse o tratarse adecuadamente puede llevar rápidamente al shock y a la muerte.</p> <p>Los factores que desencadenan la hemorragia durante el parto son:</p> <ul style="list-style-type: none">● Atonía uterina● Retención de restos placentarios● Rotura uterina● Inversión uterina● Desgarro del canal blando del parto● Placentas adherentes● Coagulopatías <p>La evaluación de la pérdida de sangre implica una gran cantidad de subjetividad, ya que no existe un método cuantitativo para evaluar la pérdida de sangre. La pérdida de sangre estimada durante un parto normal es de 300 a 500 ml y durante una cesárea es de 800 a 1000 ml. (Terrientes, 2015).</p>
Shock hemorrágico	Se caracteriza por la incapacidad del sistema circulatorio para mantener suficiente suministro de sangre a los

	<p>órganos vitales. Esta es una condición grave que requiere cuidados intensivos inmediatos.</p>
<p>Parto prolongado</p>	<p>Es la dilatación del cuello uterino o el descenso anormalmente lento del feto durante el parto. El trabajo de parto prolongado puede ser causado por una desproporción pélvica fetal (la incapacidad del feto para atravesar la pelvis de la madre), que puede ser causada por una pelvis materna anormalmente pequeña o un feto anormalmente grande o fuera de lugar. Otra causa de trabajo de parto prolongado son las contracciones uterinas que son demasiado débiles o poco frecuentes (disfunción uterina hipotónica) o, a veces, demasiado fuertes o frecuentes (disfunción uterina hiperosmolar). (Moldenhauer, 2021).</p>
<p>Mala posición fetal</p>	<p>Esta complicación puede llevar a una hipoxia perinatal, que es una de las complicaciones más frecuentes durante el parto. Durante la complicación fetal se dan unas modificaciones hemodinámicas que generan un aumento de la tensión arterial, adrenérgico inducida con vasoconstricción periférica y redistribución del gasto cardiaco, esto con el objetivo de llevar sangre oxigenada a los órganos más vitales, excluyendo la circulación del resto de los órganos. Por ende la asfixia perinatal se considera como una agresión al feto o recién nacido debido a la falta de oxigenación generalizada, en diversos órganos. Sus causas: deterioro de la oxigenación materna, insuficiente irrigación placentaria y alteración del intercambio de gases en la placenta. (Martinez, 2020).</p>
<p>Inestabilidad hemodinámica</p>	<p>Los cambios hemodinámicos del embarazo incluyen un incremento en el volumen sanguíneo efectivo circulante de 30 a 50 % a partir de las 8 semanas de gestación. Tienen mayor efecto alrededor de las 34 semanas. El gasto cardíaco aumenta, junto a la frecuencia cardíaca, la contractilidad y el consumo de oxígeno miocárdico, para asegurar el flujo placentario, la llegada de sangre y nutrientes al bebé. La mujer tiene un compromiso para cuidar el bienestar del binomio. (Hall, 2011).</p>
<p>Lesiones por herpes activas en la vagina o en el cuello uterino de la madre</p>	<p>En las mujeres, las áreas genitales más comúnmente afectadas son la vulva y la entrada vaginal. A veces también se desarrollan lesiones en el cuello uterino. Para muchas mujeres, los episodios recurrentes de la enfermedad tienden a ser más frecuentes durante el embarazo, posiblemente porque el sistema inmunitario de la madre se suprime durante el embarazo para que su cuerpo no rechace al feto. Alrededor del 14-15% de las mujeres con herpes genital tienen lesiones al nacer.</p>

	<p>Estas lesiones son más comunes en mujeres que han tenido herpes durante el embarazo y menos comunes en mujeres que han tenido herpes por más de 6 años. (Infogen, 2021).</p>
<p>Desprendimiento anormal de la placenta</p>	<p>Los síntomas del desprendimiento placentario dependen del grado de desprendimiento y de la cantidad de sangre perdida en la mujer. Algunos de los síntomas pueden incluir dolor abdominal repentino, constante o tipo cólico, sensibilidad abdominal y presión arterial peligrosamente baja. El sangrado ocurre cuando la placenta se adhiere y la sangre puede pasar a través del cuello uterino y salir por la vagina (sangrado externo) o quedar atrapada detrás de la placenta (sangrado oculto). Por lo tanto, una mujer puede o no tener sangrado vaginal. Si ocurre sangrado, la sangre puede ser de color rojo brillante o rojo oscuro, y el sangrado puede ser constante o intermitente. El desprendimiento prematuro de la placenta provoca en ocasiones una pérdida abundante de sangre con una coagulación diseminada en el interior de los vasos sanguíneos (coagulación intravascular diseminada), insuficiencia renal, y hemorragia en las paredes del útero. (Antonette, 2019).</p>
<p>Lesiones en vejiga</p>	<p>Algunos de los factores que influyen, las lesiones de la vejiga son: embarazo, el tipo de parto, y el número de hijos que una mujer haya tenido, puede aumentar el riesgo de incontinencia urinaria. Las mujeres que han dado a luz tienen probabilidades más altas de tener incontinencia por estrés que aquellas que nunca han tenido un bebé.</p> <p>La ruptura de la vejiga durante el parto es una urgencia urológica, estas lesiones vesicales son, en la mayoría, extraperitoneales y puede ser única o asociada a lesiones genitales o uretrales. Los principales factores de riesgo son: antecedente de cesárea, trabajo de parto prolongado acompañado de ruptura uterina, edad avanzada e índice de masa corporal alto. El mecanismo de daño se explica por la compresión crónica de la vejiga, que resulta en isquemia y fragilidad del tejido, así como el riesgo de separación en el área compacta entre la vejiga y el útero. Si la lesión vesical es aislada, el mecanismo probable es un fenómeno de desaceleración/compresión que produce presiones altas superiores a 300 cm H₂O; la vejiga se estira y su cúpula puede romperse. (Harou, 2013).</p>

Puerperio

El puerperio es una fase en la vida de la mujer después al parto. Comienza con la expulsión de la placenta y abarca hasta la reparación anatómica y fisiológica de la mujer. Esta etapa de transición tiene una duración variada, de entre unas 6 semanas a 8 semanas, en el que se comienza y desarrolla varios procesos complejos de la lactancia materna y de adecuación entre la madre, su hijo/a y el entorno.

El puerperio se divide en tres períodos:

- Puerperio inmediato: las primeras 24 horas postparto.
- Puerperio mediato: incluye la primera semana postparto.
- Puerperio tardío: comprende el periodo de tiempo que se necesita para la involución de los órganos genitales de la mujer que ha dado a luz, además del regreso de la mujer a su estado pregestacional. (Peralta, 1996).

Complicaciones durante el puerperio:

Puerperio inmediato	
Hemorragia postparto	Se define como la pérdida hemática superior a 500 ml después de haber pasado un parto vaginal o a 1.000 ml después de una cesárea. La hemorragia postparto, es la que ocurre, a lo largo de las primeras 24 horas tras el parto y regularmente es la más grave de las hemorragias. Entre sus causas incluyen: atonía uterina, traumas o laceraciones, además de retención de productos de la concepción y se pueden presentar alteraciones de la coagulación, siendo la más frecuente la atonía. En algún punto obstétrico una hemorragia se puede complicar y de esta manera afectar la salud de la mujer, en caso de que no llegara a resolverse en menos de 2 horas, existen uterotónicos eficientes, además de algunos métodos quirúrgicos y que reducen significativamente el riesgo de muerte por hemorragia obstétrica. (Calle et al., 2008).
atonía uterina	Se presenta como la incompetencia del útero para contraerse después del alumbramiento, lo que nos lleva a tener una falta de hemostasia, específicamente en el lecho placentario, además se presenta una hemorragia excesiva en el postparto (más de 500 ml de sangre tras parto vaginal o más de 1000 ml tras cesárea en las primeras 24 horas), este sangrado está asociado a hipovolemia, inestabilidad

	hemodinámica y shock. La atonía uterina es la causa principal de las muertes maternas en todo el mundo. (Calle et al., 2008).
Infección puerperal	En esta afección las mujeres muestran síntomas después de haber sido dadas de alta, por lo que es en el servicio de urgencias, donde se presentan casos, las guías para la prevención, deben de ser importantes, ya que se ha demostrado notablemente que ha disminuido la repetición de esta afección. En la infección puerperal se puede mostrar una temperatura igual o superior a 38° o al menos en el transcurso dos días y entre el día 2 y 10 después del parto. Esta afección se puede deber a procesos genitales o extragenitales. Las causas en cuanto a genitales son: endometritis, infección por la episiotomía o de la realización de una laparotomía de la cesárea, también fascitis necrotizante o mastitis, además de tromboflebitis pélvica séptica. Por otro lado, en las extragenitales se presentan algunas complicaciones como; pielonefritis, complicaciones respiratorias, absceso pélvico, tromboflebitis, fiebre por automedicación. (Bezares et al., 2009).
Diabetes Mellitus gestacional	Posteriormente al parto, los impactos hiperglucémicos de las hormonas en la placenta se eliminan prontamente. La mayoría de las mujeres, después del parto vuelven a su estado glucémico de inmediato. Algunas mujeres con Diabetes Mellitus Gestacional pueden presentar diabetes mellitus tipo dos y esta no puede ser no reconocida con anticipación, según las recomendaciones de la Sociedad Endocrina se delimitarán las glucemias durante 24 a 72 horas después de haberse concluido el parto para excluir la hiperglucemia en desarrollo. (Mayas, 2018).
Puerperio mediano	
Infección de sitio quirúrgico de operación cesárea	Las afecciones del sitio quirúrgico se van a catalogar según sus criterios clínicos, estos pueden ser estudios de laboratorio y también abarcan los estudios patológicos. Para tener una buena vigilancia de las infecciones de los sitios quirúrgicos después de una operación, en este caso específicamente de cesárea se deberán tomar en cuenta las infecciones que se manifiestan hasta un mes después de haberse realizado la operación. Algunos criterios que se toman en cuenta para definir una infección superficial en el sitio quirúrgico

- La infección se va a producir dentro de los 30 días siguientes al procedimiento quirúrgico y solamente abarcara la capa de la piel y el tejido subcutáneo en donde se realizó la incisión y debe contar al menos con alguno de los siguientes cuestiones: deber haber la presencia de un drenaje purulento en el sitio de la incisión, esta es superficial, por otro lado se presentan microorganismos aislados en un cultivo de líquido o del tejido de una incisión superficial, este debe ser obtenido con una buena técnica aséptica y en él se pueden presentar alguno de los siguientes signos o síntomas: habrá presencia de dolor o sensibilidad una hinchazón en la zona localizada, además de enrojecimiento y/o calor y en la incisión que es superficial, deberá ser abierta por el cirujano, el cual tomará el cultivo, si sale un resultado positivo o no se encuentran resultados negativos, se deberá realizar un diagnóstico de infección superficial de sitio quirúrgico realizada por el médico tratante.

Algunos puntos para determinar una infección profunda de sitio quirúrgico

- Para que una infección sea catalogada como profunda debe cumplir con ciertos requisitos, a continuación se presentarán los siguientes criterios: una infección se puede producir dentro de los 30 días siguientes a una intervención quirúrgica, esta afecta principalmente a los tejidos blandos y profundos de cualquier incisión y por lo menos uno de los siguientes puntos presenta supuración en la incisión profunda, esta se puede presentar como una dehiscencia que se puede percibir en los planos profundos de la piel o puede mostrarse una apertura deliberada en el sitio de la incisión; se debe obtener un cultivo positivo para corroborar los datos de infección, en caso de que haya un resultado de cultivo negativo no cumple cumplan los criterios. se debe presentar alguno de estos criterios: fiebre igual o mayo a 38 °C, que haya presencia de un dolor localizado o se muestre sensibilidad, puede haber abscesos, estos se detectan en un examen directo de inspección del sitio y durante la intervención o por las pruebas de un examen histopatológico, se puede dar un diagnóstico de infección profunda de una incisión esta es dada por parte del médico. (Vigilancia Epidemiológica De Las IAAS En Neonatología, 2014).

<p>Infección de episiotomía</p>	<p>Una infección de episiotomía se debe diagnosticar según varios puntos clínicos, entre los cuales, se considerarán infecciones de episiotomía aquellas que son diagnosticadas en mujeres que presentaron un parto vaginal con episiotomía en la institución donde se realiza la vigilancia después de haber dado a luz. La vigilancia de una infección de episiotomía es muy difícil, por la dificultad de tener los datos verídicos que constituyen los puntos claves, ya que estos consisten, exclusivamente, en los partos vaginales con episiotomía. Por lo tanto, se recomienda realizar una vigilancia continua de esta infección, no solamente en hospitales donde hay indicios de que las tasas altas de casos. (Vigilancia Epidemiológica De Las IAAS En Neonatología, 2014).</p>
<p>Mastitis puerperal</p>	<p>Esta se define como la inflamación de los lóbulos glandulares, sigue siendo una infección con la etiología más frecuente en el puerperio y en las primeras semanas, es el periodo con mayor prevalencia. La gran mayoría de las mujeres tienden a experimentar algún grado de la congestión mamaria, esto porque al preparar a las glándulas para la eyección láctea durante la lactancia y el amamantamiento, pero cuando hay una técnica inadecuada se pueden crear fisuras en el pezón de la mujer, por lo que se genera un riesgo de colonizaciones bacterianas en los conductos mamarios lo que podría crear una sobreinfección o incluso una creación de abscesos, que específicamente van a requerir manejo hospitalario, además de antibioticoterapia o alguna intervención quirúrgica. Una causa importante en la suspensión de la lactancia materna es la repercusión en el desarrollo y la alimentación del recién nacido. Además de que, no hay equivalencia en algunos de los criterios y también sobre el diagnóstico, este debe ser fundamentalmente clínico. Los microorganismos más implicados es el estafilococo, ya que su confirmación microbiológica se puede realizar a partir de un cultivo por medio del drenaje de abscesos o de cultivos de la leche materna, estos siendo, pocas veces realizados, el cuadro no debe complicarse y no debe tener una repercusión sistémica. Para esto, el tratamiento más fundamental es la importancia del drenaje del seno materno, por lo que es de gran importancia el que se mantenga la lactancia. (Bonilla Sepúlveda, 2019).</p>
<p>Puerperio tardío</p>	
<p>Patología psiquiátrica del</p>	<p>Aún no se conoce con certeza en que la etapa perinatal aumenta los trastornos psiquiátricos, en la etapa del</p>

<p>puerperio</p>	<p>puerperio, aunque es conocido que en el primer mes, después del parto se considera que se presenta un mayor riesgo, de los trastornos mentales frecuentes en la etapa del puerperio es la tristeza. Este se representa del 40 al 80% en las puérperas, con sintomatología de tipo depresiva y que además desaparecen en 7 o se puede alargar hasta 10 días. Aún no es considerada una patología como tal y no requiere de un tratamiento farmacológico, sólo se debe tranquilizar y apoyar a la mujer que esté cursando por esta etapa y si es necesario se realizará un seguimiento para evitar una progresión. La depresión puerperal no cambia de síntomas o no se presenta un cuadro diferente al de una depresión mayor. Este tipo de depresión aparece del 10 al 15% de las mujeres y se manifiesta después de la 2da semana después del parto. Algunas de las manifestaciones son: cansancio físico y psíquico excesivo, además de alteraciones del sueño, pérdida de interés y del autoestima, falta de apetito, llanto excesivo y una sensación de culpa. El tratamiento puede ser iniciado precozmente, además debe ser indicado por el psiquiatra. Para una primera elección se debe ocupar la nortriptilina, fluoxetina y paroxetina. La psicosis puerperal puede comenzar a las 2 o 3 semanas después del parto. Este es el inicio súbito, con una desorientación témporo-espacial, además de una inseguridad, insomnio, confusión, alucinaciones y delirios. El pronóstico es favorable y debe tratarse precozmente. (Bezares et al., 2009).</p>
-------------------------	---

Antecedentes

En el estudio “Epidemiología de la muerte materna en México y el cumplimiento del Objetivo 5 del Desarrollo del Milenio, hacia los objetivos de desarrollo sostenible” publicado en el año 2018, se menciona que la muerte materna es inaceptablemente alta, cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o puerperio. A finales de 2015, aproximadamente 303 000 mujeres habían muerto por causas obstétricas. Casi todas estas muertes ocurren en países de bajos ingresos y la mayoría de ellas se pueden prevenir. La calidad de la salud materna fue uno de los 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio, adoptados por la comunidad internacional en el año 2000, entre ellos México, quienes se comprometieron a reducir la muerte materna en un 75% entre 1990 y

2015. Desde 1990, la mortalidad materna se ha reducido a la mitad en varios países subsaharianos. En algunas regiones, como Asia y África del Norte, el progreso es incluso mayor que en otras partes del mundo.

Los resultados obtenidos arrojaron que entre 1990 y 2015, la razón de muerte materna (RMM) mundial, es decir, el número de muertes maternas por 100 mil nacidos vivos registrados, solo se redujo en un 2.3% al año. Sin embargo, a partir de 2000 se demostró que hubo una aceleración de esa reducción. En ciertos países, las reducciones por año fueron la Razón de Muertes Maternas entre 2000 y 2010 superaron poco más del 5.5%, esto necesario para alcanzar los ODM. Actualmente en México, para lograr esta meta se debió haber disminuido por año la Razón de Muerte Materna en 2.7 puntos, pero solo logró una reducción promedio en este periodo de 2.1 puntos. Según los hallazgos, de continuar con la tendencia registrada en los reportes oficiales de 2015, los preliminares de 2016, así como el avance en octubre de 2017, hasta el año 2021 no se lograrían cumplir con los ODM de una Razón de Muertes Maternas de 22.3.

Los resultados obtenidos arrojaron que entre 1990 y 2015, la razón de muerte materna a nivel mundial, es decir, el número de muertes maternas por 100 mil nacidos vivos registrados, solo se redujo en un 2.3% al año. Sin embargo, el declive se ha acelerado desde 2000. En algunos países, las reducciones anuales de MFR entre 2000 y 2010 excedieron el 5,5 por ciento requerido para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En México, la Razón de Muerte Materna necesitaba reducirse en 2.7 puntos porcentuales por año para cumplir con estos compromisos, pero solo se logró una reducción promedio de 2.1 puntos porcentuales durante este período. Los resultados de esta encuesta continúan las tendencias documentadas en el Informe Oficial 2015, el Informe Preliminar 2016 y el Pronóstico Octubre 2017, hasta el año 2021 no se lograrían cumplir con los ODM de una Razón de Muerte Materna de 22.3.

Franco Sansaloni., et al, en su artículo “Morbilidad y mortalidad de pacientes obstétricas en una unidad de cuidados intensivos”, publicado en el año 2017, menciona que las referencias a pacientes obstétricas ingresadas en la unidad de cuidados intensivos son escasas en nuestro medio, ya que suelen ser mujeres jóvenes y sanas. Sin embargo, el embarazo, el parto y el período de maternidad están

asociados con cambios en el estado fisiológico y se asocian con consecuencias incluso catastróficas. La atención médica de estos pacientes es compleja y requiere la participación de equipos multidisciplinarios. Además, los buenos resultados para las madres y los bebés dependerán de la rápida identificación, detección y tratamiento oportuno de las pacientes obstétricas en estado crítico, cuya morbilidad y mortalidad son significativas, de las pacientes obstétricas admitidas en una unidad de cuidados intensivos.

En un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional efectuado en pacientes obstétricas que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos del Hospital General y Universitario de Castellón, España, entre enero de 2010 y junio de 2015 se menciona que los trastornos hipertensivos del embarazo y la hemorragia obstétrica fueron los principales motivos de ingreso. En la estancia en la unidad de cuidados intensivos 16 pacientes tuvieron algunas complicaciones y solo se registraron 2 muertes maternas. Se llegó a la conclusión que la mayor parte de los ingresos ocurrió durante el posparto; las pacientes sin control prenatal y las multíparas tuvieron mayor tasa de ingreso a la unidad de cuidados intensivos y más complicaciones.

Por otra parte, Albarrán O., et al, publicaron un estudio en el año 2017, titulado “Nivel de riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden a un centro de primer nivel de atención “; el cual fue descriptivo, transversal. En donde el objetivo principal, fue identificar el nivel de riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden a consulta prenatal a un centro de primer nivel de atención en la ciudad de Hermosillo, Sonora, se encontró que los elevados índices de mortalidad materna que se presentan en los países en desarrollo permiten definir la maternidad en riesgo como daño potencial, lesión o incluso la muerte de una mujer o producto durante el embarazo, el parto y la maternidad. La población estuvo conformada por gestantes que asistieron a consejería prenatal de enero a marzo de 2016. El muestreo fue por conveniencia y la muestra fue de 145 gestantes. Se utilizó como instrumento de medición la “Clasificación del Riesgo Obstétrico (CRO)”. Además, se encontró que el 22.1% tiene 18 años y menos de edad. Las mujeres jóvenes de 19 a 25 años tenían el mayor riesgo de dar a luz (12 %), en comparación con las mujeres jóvenes de 18 años o menos (4 %).

Además, Alexander Brenes, et al, en su estudio, “Aproximación a la calidad de la atención durante el embarazo, parto y posparto en mujeres con factores de riesgo obstétrico en México”, publicado en 2020, demuestra la importancia de evaluar la calidad de la atención a las mujeres con factores de riesgo obstétrico durante el embarazo, el trabajo de parto y el puerperio. Basado en el 2018-2019 Basado en datos de la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición, el método estratifica a las mujeres según los factores de riesgo obstétrico presentes en embarazos anteriores y evalúa la calidad de la atención utilizando indicadores estructurales y de proceso. Atención al parto y posparto. Siendo importante el cumplimiento de indicadores de proceso en APN y APP para mujeres con Factores de Riesgo Obstétrico fue de 56.9%. La APN disminuyó ante complicaciones durante el embarazo o el parto, mientras que la APN y la APP disminuyeron ante variables socioeconómicas adversas. Además, se consideró necesario mejorar sistemáticamente la calidad de la atención a las mujeres con y sin riesgo de parto, principalmente grupos vulnerables, durante el embarazo, parto y puerperio.

Así mismo en el artículo, “Factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio”; publicado en el año 2019, Eveling Milagros, menciona los factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio, teniendo como objetivo el determinar los factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano, teniendo que los resultados arrojaron la siguiente información; en edades de la población en estudio, el grupo que mayor prevaleció fueron las de las edades de entre 25 a 39 años con el 36%, estado civil conviviente con el 54%, escolaridad se obtuvo que el 47%, tenía el nivel de escolaridad secundario, ocupación de la población estudiada tenemos: que las amas de casa alcanzaron un 71%, procedencia de la zona urbana con el 51%, atención prenatal recibida el 90% si recibieron atención prenatal, paridad, el 51% fueron multíparas y hubo un tipo de parto del cual el 46% terminó en una cesárea. Referente a los factores de riesgo encontrados durante el embarazo, se pueden evidenciar los siguientes: En primer lugar, la ITU con el 21%, seguida de las hemorragias de la primera mitad del embarazo con el 19%, luego la anemia con el 13%.

De acuerdo con, Lucia Quispe, en su investigación realizada en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, en el año 2017 que lleva como título “Complicaciones del embarazo, parto y puerperio en gestantes obesas”, Según Douglas Altman, el propósito de este estudio transversal, retrospectivo y observacional fue comprender el embarazo, el parto y las complicaciones obstétricas en gestantes obesas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el año 2017. Según los resultados, 111 gestantes obesas (2,1%) fueron atendidas de 5073 partos; el 7,2% eran jóvenes y el 28,8% eran gestantes mayores; la edad media de las gestantes obesas fue de $29,6 \pm 6,9$ años. El 81.08% tuvo obesidad tipo I, 17.12% obesidad tipo II y 1.80% obesidad tipo III. Las complicaciones durante el embarazo ocurrieron en el 29,7% de los casos, siendo las más frecuentes la diabetes gestacional (13,5%) y la preeclampsia en el 18% (leve 11,7%, grave 6,3%). La vía de terminación del embarazo fue la cesárea en 96.40% de casos, y vaginal en 3.60%. El 3.6% presentó algunas complicaciones durante el parto, debido a una hemorragia. Se presentaron complicaciones en el puerperio en 14.4% de gestantes obesas, principalmente infección urinaria (43.7%), endometritis (31.2%) e infección de herida operatoria (18.7%). La estancia hospitalaria en promedio fue de 7 días a 4 días. Encontrando que la obesidad en las gestantes se acompaña de complicaciones en el embarazo, en el parto y en el puerperio.

Zoila Herlinda, en su estudio realizado en el año 2018, que lleva por título “Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio de las adolescentes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba en el año 2018”, obtuvo que las complicaciones más frecuentes en el embarazo dentro de las cuales se encuentra la infección de vías urinarias (39.4% %), anemia (36.4%) y ruptura prematura de membranas (9.1% %); durante el parto se observó la desproporción cefalopélvica (24.3%) y parto pretérmino (3%); durante el puerperio se presentaron anemia (51.5%), mastitis (27.3%), infección de herida operatoria (12.1%) e infección puerperal (9.1%). Tendiendo como conclusión que la mayoría de las adolescentes sufrieron complicaciones durante el embarazo, dentro de las cuales fueron, la infección de vías urinarias, en más de las tres cuartas partes, y anemia en más de la mitad de ellas, además de que tuvieron un parto con desproporción cefálica-pélvica, las tres cuartas partes parieron con anemia posparto y más de la cuarta parte parieron con mastitis.

Metodología

Tipo de estudio

Esta investigación fue un estudio de tipo analítico, correlacional y de corte transversal, que se realizó en el Hospital General de Tláhuac.

Universo de estudio

Mujeres embarazadas, en trabajo de parto o cursando el puerperio, menores de 19 y mayores de 35 años que acudieron al Hospital General de Tláhuac en el periodo Enero-Junio del año 2022.

Muestra

La muestra fue probabilística aleatoria simple, a partir de datos epidemiológicos proporcionados por el Hospital General de Tláhuac. El total de usuarias registradas para la presente investigación fue de 92.

Criterios de inclusión

- Mujeres embarazadas, en trabajo de parto o cursando el puerperio y que presentaron alguna complicación obstétrica, menores de 19 y mayores de 35 años que acudieron al Hospital General de Tláhuac en el periodo Enero-Junio del año 2022.

Criterios de exclusión

- Mujeres embarazadas, en trabajo de parto o cursando el puerperio que presentaron alguna complicación obstétrica, mayores de 19 y menores de 35 años, que acudieron al Hospital General de Tláhuac en el periodo Enero-Junio del año 2022.
- Mujeres embarazadas, en trabajo de parto o cursando el puerperio que no presentaron ninguna complicación obstétrica, mayores de 19 y menores de 35 años, que acudieron al Hospital General de Tláhuac en el periodo Enero-Junio del año 2022.

Descripción del instrumento.

La presente investigación llevó a cabo la recolección de datos a partir de los datos epidemiológicos que proporcionó el Hospital General Tláhuac sobre la incidencia de complicaciones obstétricas que presentaron las pacientes menores de 19 y mayores de 35 años en el periodo Enero-Junio del presente año, además del acceso a los expedientes de las pacientes que cumplan con las características de la población muestra.

Dichos datos fueron recolectados en el siguiente formato, obtenido de una previa investigación realizada en el Hospital de Ventanilla, Perú en el año 2017, de los cuales posteriormente se concentraron en el programa estadístico IBM SPSS.

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DE USUARIAS EN EDAD DE RIESGO QUE ACUDEN AL HOSPITAL GENERAL TLÁHUAC EN EL PERIODO ENERO/JUNIO 2022.

Edad <input type="checkbox"/> <19 años <input type="checkbox"/> >35 años	Complicaciones Obstétricas
Nivel educativo <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Medio superior <input type="checkbox"/> Superior	Embarazo <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Embarazo ectópico <input type="checkbox"/> Enfermedad gestacional del trofoblasto <input type="checkbox"/> Placenta previa <input type="checkbox"/> Desprendimiento de la placenta <input type="checkbox"/> Rotura prematura de membranas <input type="checkbox"/> Embarazo prolongado <input type="checkbox"/> Trastornos hipertensivos - Preeclamsia - Eclampsia <input type="checkbox"/> Otra: _____
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada	Parto <input type="checkbox"/> Desproporción pelvi-cefálica <input type="checkbox"/> Parto prolongado <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Mala posición fetal <input type="checkbox"/> Inestabilidad hemodinámica <input type="checkbox"/> Desprendimiento anormal de la placenta <input type="checkbox"/> Lesiones por herpes activas <input type="checkbox"/> Lesión vesical <input type="checkbox"/> Otra: _____
Ocupación <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajadora <input type="checkbox"/> Estudiante	Puerperio <input type="checkbox"/> Hemorragia posparto <input type="checkbox"/> Atonía uterina <input type="checkbox"/> Infección puerperal <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Infección del sitio de incisión por cesárea <input type="checkbox"/> Infección de episiotomía <input type="checkbox"/> Mastitis puerperal <input type="checkbox"/> Trastornos hipertensivos <input type="checkbox"/> Trastornos psicológicos <input type="checkbox"/> Otra: _____

Categorización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo	Escala de medición	Indicador categórico	Prueba estadística
Edad	Tiempo que ha vivido una persona en años cumplidos.	Años cumplidos de la mujer al momento de presentar la complicación obstétrica	Cuantitativa	Nominal	A partir de los años cumplidos	t student
Nivel educativo	Subdivisiones del aprendizaje formal, que normalmente abarcan la educación infantil, la primaria, la secundaria y la educación terciaria.	Nivel educativo concluido	Cualitativa	Ordinal	1= Primaria 2= Secundaria 3= Medio superior 4= Nivel Superior 5= Sin estudios	chi2
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco	Modo de vivir de acuerdo a la ley en mujeres.	Cualitativa	Nominal	1= Soltera 2= Casada 3= Divorciada 4= Viuda	chi2
Ocupación	Aquella actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura.	Actividad laboral que pudiera influir en la prevalencia de las complicaciones obstétricas	Cualitativa	Nominal	1= Hogar 2= Estudiante 3= Empleada 4= Comerciante 5= Otro	chi2
Complicación obstétrica durante el embarazo	Aquellos problemas de salud que suceden durante la etapa de gestación, causadas debido a una enfermedad previa o que se presenta durante esta.	Incidencia de la complicación	Cualitativa	Nominal	1= Aborto 2=Embarazo ectópico 3=Enfermedad gestacional del trofoblasto 4=Placenta previa 5=Desprendimiento de placenta 6=Labor de parto pretérmino 7=Ruptura prematura de membranas 8=Embarazo prolongado 9=Preclamsia 10=Eclampsia 11=Síndrome de HELLP	chi2
Complicación obstétrica durante el	Complicaciones que pueden presentarse al	Incidencia de la complicación	Cualitativa	Nominal	1=Desproporción pelvi-cefálica 2=Hemorragia	chi2

parto	momento de dar a luz de manera súbita o paulatina.				3=Shock hemorrágico 4=Parto prolongado 5=Inestabilidad hemodinámica 6=Desprendimiento anormal de la placenta 7=Lesión de la vejiga	
Complicación obstétrica durante el puerperio	Padecimientos que se suscitan en el periodo pos parto	Incidencia de la complicación	Cualitativa	Nominal	1=Hemorragia posparto 2=Atonía uterina 3=Infección puerperal 4=Diabetes Mellitus 5=Infección de sitio quirúrgico de operación cesárea 6=Infección de episiotomía 7=Mastitis puerperal 8=Patología psiquiátrica del puerperio	chi2

Recursos

Para la recolección de los datos y poder llevar a cabo esta investigación fueron necesarios los siguientes recursos:

Recursos Humanos

El grupo investigador estuvo conformado por un total de 2 pasantes del servicio social de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma Unidad Xochimilco, ubicados en el Hospital General de Tláhuac de la promoción 2022-2023.

Recursos Materiales

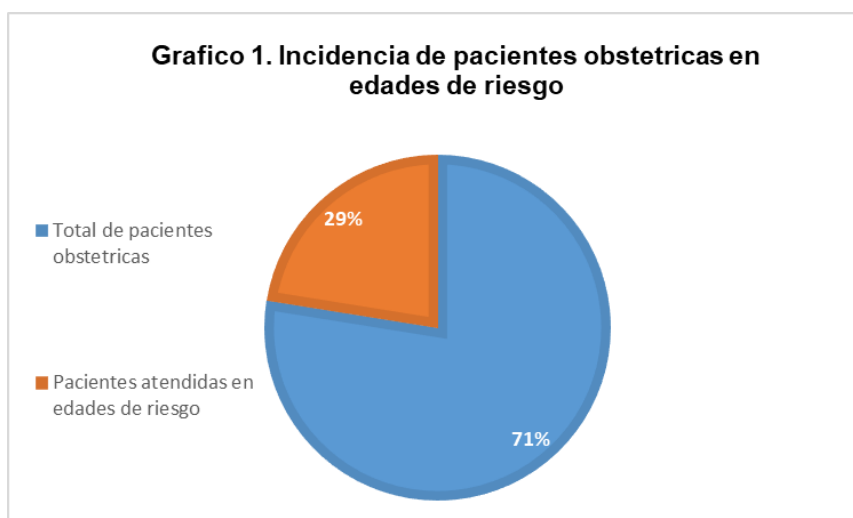
Se ocuparon 2 computadoras con acceso a internet, paquetería de Microsoft Office, además de contar con la base de datos IBM software estadístico llamado SPSS en su versión 25, para el análisis de resultados.

Recursos Financieros

Para la renta de red inalámbrica a internet, el monto financiero se estimó en un total de 780 pesos con un promedio de 390 pesos al mes, por participante. Esta cantidad se obtuvo mediante la suma de gastos de la renta de la red inalámbrica de internet de cada participante en la investigación, posteriormente se obtuvo el promedio general de costo de este recurso. Además de las fotocopias de los instrumentos que sirvieron de evaluación con un total de 40 pesos.

Resultados

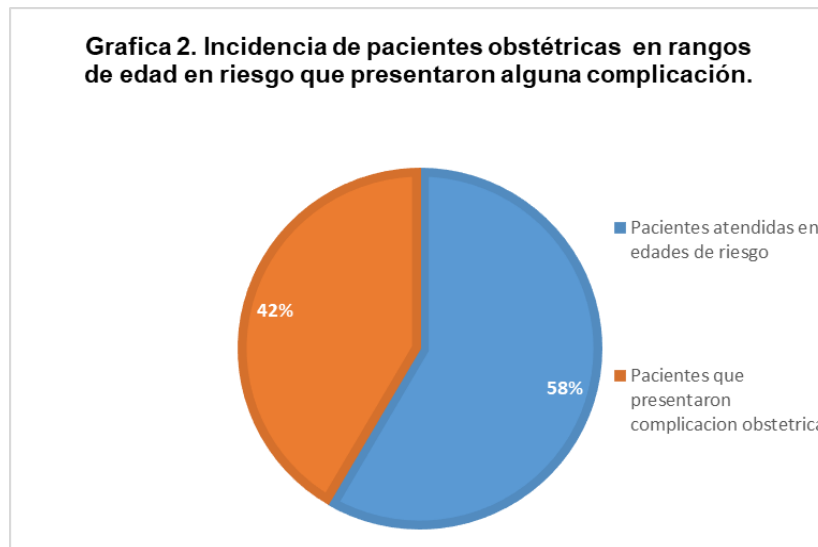
Del 100% (763) de pacientes obstétricas atendidas en el Hospital General de Tláhuac el 29% (221) corresponde a pacientes que se encuentran en edades de riesgo, es decir, menores de 19 años y mayores de 35. Resulta importante identificar el porcentaje de mujeres en edades de riesgo que acuden al Hospital por alguna razón obstétrica con la finalidad de establecer líneas estratégicas que ayuden a disminuir posibles complicaciones, ya que como menciona Donoso en 2014, el embarazo en menores de 20 años, además del mayor riesgo biológico que implica, genera una situación de riesgo social para el recién nacido y la madre, siendo un importante problema de salud pública, de igual manera el embarazo en mujeres de 35 o más años se asocia a un aumento en el riesgo para presentar patologías que son propias de la etapa de gestación, sin embargo, también aumenta el riesgo de desarrollar patologías maternas crónicas, aumentando finalmente la tasa de muerte materna.



Fuente: Escala de complicaciones obstétricas enero/junio 2022.

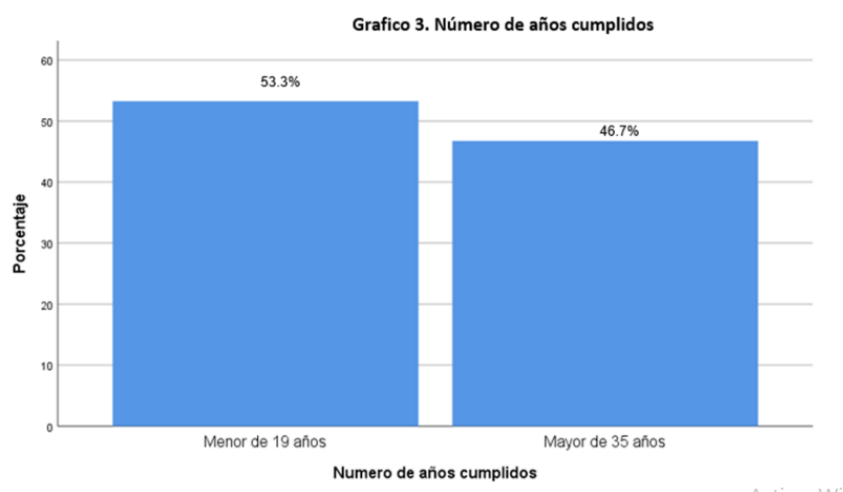
En el gráfico 2 se observa que del total de las pacientes atendidas que se encuentran en los rangos de edad en riesgo (221) atendidas en el Hospital General de Tláhuac casi la mitad, es decir, el 42% (92) presentó alguna complicación obstétrica. En el proceso natural del embarazo, parto y puerperio, se puede presentar alguna complicación, es importante saber que, de acuerdo al grupo de edad en el que se presenten, se puede desarrollar o no alguna complicación, este hallazgo coincide con

otros estudios efectuados, donde nos menciona que la edad, es una de las variables importantes para un buen proceso obstétrico sin complicaciones.



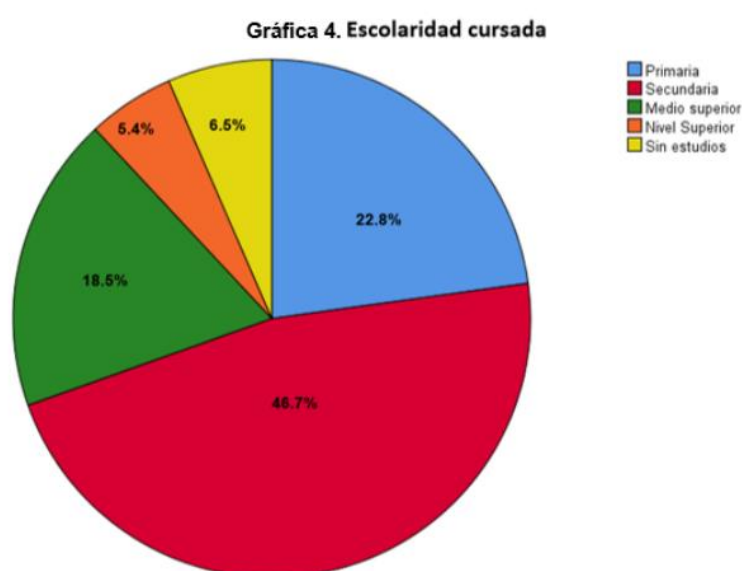
Fuente: Escala de complicaciones obstétricas enero/junio 2022.

En la gráfica 3 se observa la frecuencia del rango de edad de las pacientes que presentaron alguna complicación obstétrica, demostrando que las pacientes menores de 19 años son las que presentan un mayor riesgo de presentar complicaciones obstétricas con un 53.3%, en comparación con las mujeres mayores de 35 años, tal como lo menciona Izaguirre-Gonzalez en 2016 quien describe que el embarazo adolescente contribuye a un mayor nivel de morbi-mortalidad materna y está muy relacionado a complicaciones durante el embarazo y el parto, así como que la probabilidad de mortalidad en adolescentes supera entre cinco y siete veces el riesgo en comparación a la de las mujeres de entre 20 y 24 años.



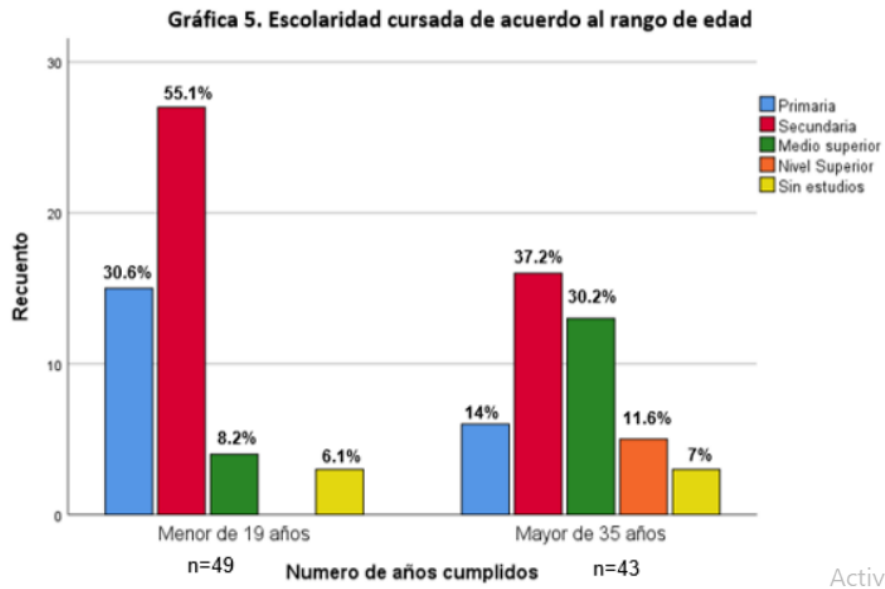
Fuente: Escala de complicaciones obstétricas enero/junio 2022.

En la gráfica 4 se demuestra la escolaridad de las pacientes que presentaron complicaciones obstétricas, siendo la de mayor prevalencia el nivel secundaria con un 46.7%, seguido del nivel primaria 22.8%, nivel medio superior 18.5%, sin estudios 6.5% y finalmente el nivel superior con un 5.4%, resulta relevante conocer el nivel de escolaridad de las usuarias que presentaron alguna complicación, ya que como menciona Morales en 2016 existen complicaciones maternas y perinatales asociadas a los factores sociodemográficos y características obstétricas.



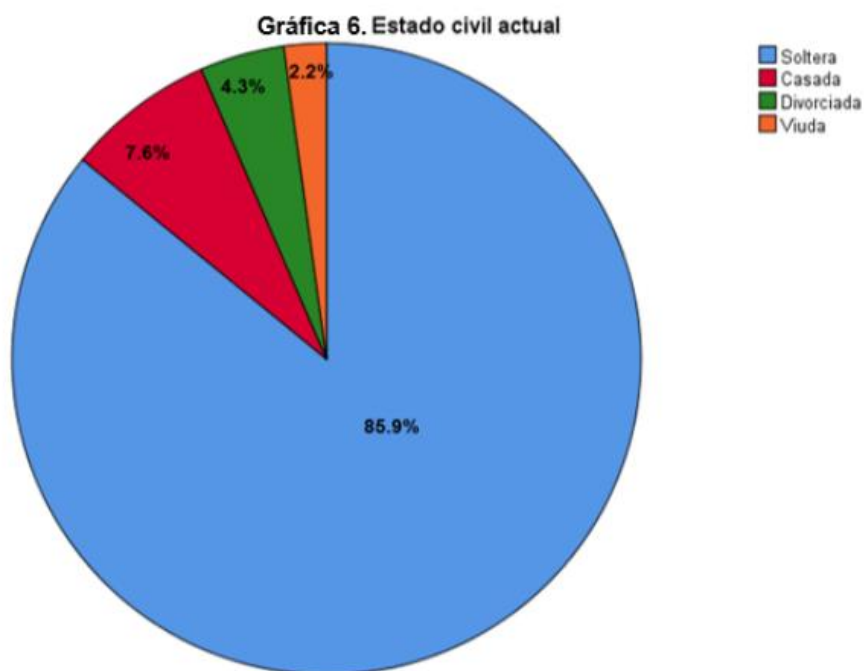
Fuente: Escala de complicaciones obstétricas enero/junio 2022.

En la gráfica 5 se visualiza el nivel educativo de las usuarias que presentaron alguna complicación obstétrica de acuerdo al grupo etario, donde se demuestra que en ambos grupos el nivel educativo que mayor predomina es el nivel secundaria con el 55% en las mujeres menores de 19 años y 37.2% en mujeres mayores de 35 años, en la grafica tambien se puede observar que las mujeres mayores de 35 años tienen un mayor índice de escolaridad, lo que podría disminuir el riesgo a presentar complicaciones obstétricas, dada su alfabetización y el medio en el que se desenvuelven.



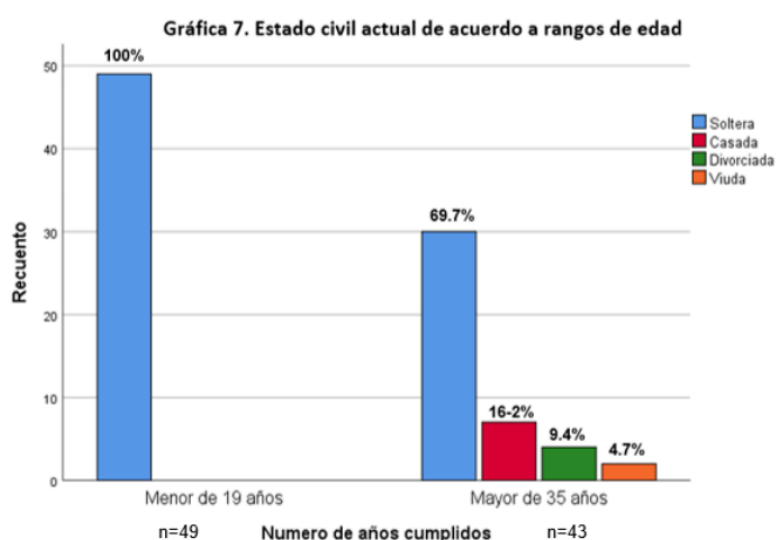
Fuente: Escala de complicaciones obstétricas enero/junio 2022.

Posteriormente la gráfica 6 muestra el estado civil de las pacientes que presentaron alguna complicación obstétrica, en primer lugar, se encuentra la variable soltera con un 89.5%, seguido de casada 7.6%, divorciada 4.3% y finalmente viuda con un 2.2%, las características sociodemográficas están relacionadas con la incidencia de complicaciones obstétricas, por lo que el estado civil soltera podría influenciar el aumento en el riesgo de padecerlas.



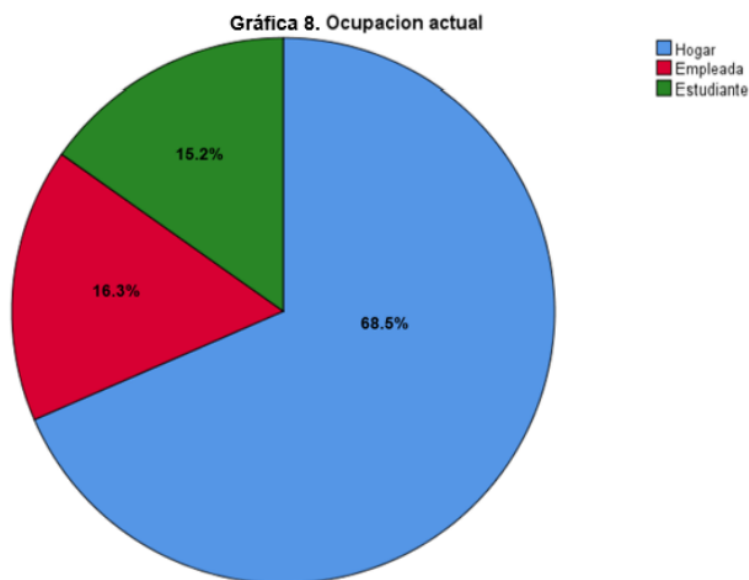
Fuente: Escala de complicaciones obstétricas enero/junio 2022.

En la gráfica 7 se expone el estado civil de la población estudiada de acuerdo al grupo etario, donde se expone que el 100% de las mujeres menores de 19 años se encontraban solteras al momento de presentar la complicación obstétrica lo que podría relacionarse con la mayor incidencia de complicaciones obstétricas en comparación con las mujeres mayores de 35 años, dado que como menciona Gonzalo 2006 ser casada o vivir en concubinato estable son consideradas situaciones con bajo riesgo potencial debido a la presencia del apoyo de la pareja.



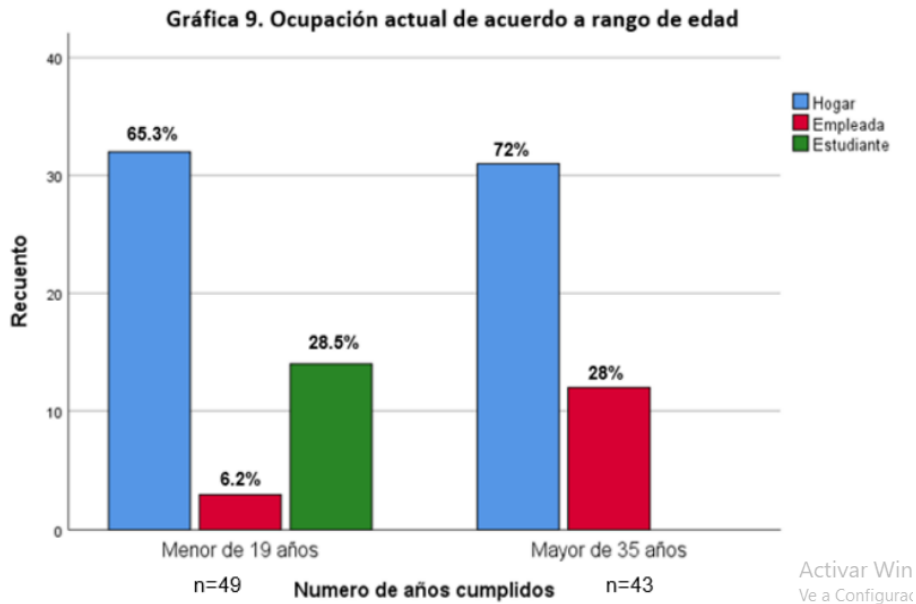
Fuente: Escala de complicaciones obstétricas enero/junio 2022.

La gráfica 8 presenta la frecuencia de la ocupación que llevan a cabo las usuarias que presentaron complicación obstétrica, es necesario evaluar esta variable dado que también está relacionada con los factores de riesgo, se observa que la más frecuente son aquellas actividades dedicadas al hogar con un 68.5%, seguido de la ocupación de empleada con un 16.3% y finalmente la ocupación de estudiante con un 15.2%.



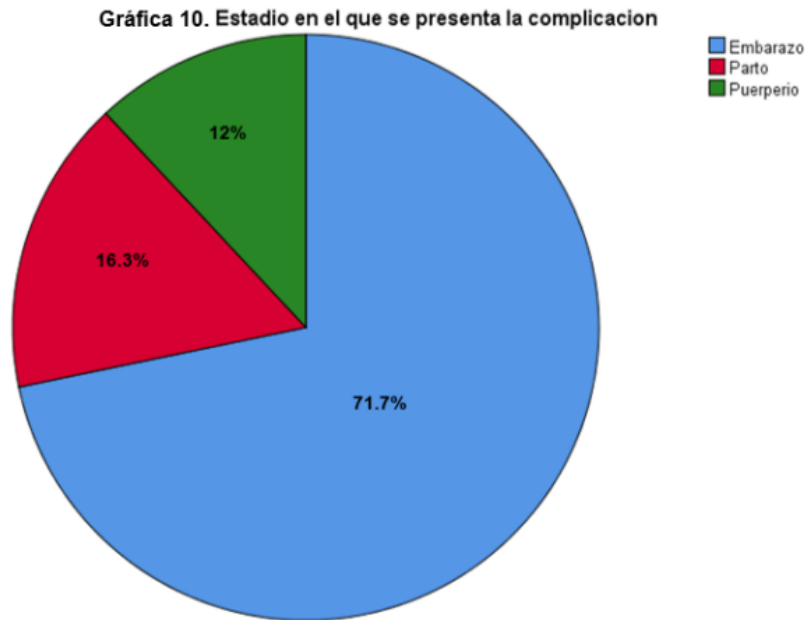
Fuente: Escala de complicaciones obstétricas enero/junio 2022.

En la gráfica 9 está representada la ocupación que realizan las usuarias evaluadas respecto al rango de edad, se observa que la ocupación que más desempeñan las mujeres menores de 19 años son aquellas actividades dedicadas al hogar con un 65.3%, seguido de las actividades escolares con un 28.5% y finalmente con un 6.2% a actividades laborales, esta última cifra podría deberse a que en el ámbito laboral no está regulado la contratación a menores de edad. Un mayor porcentaje de mujeres mayores de 35 años se dedican a actividades relacionadas con el hogar en comparación con el primer grupo etario, con un 72%, seguido del 28% a actividades laborales, dentro de este grupo ninguna mujer se dedicaba a actividades del ámbito escolar, una situación que podría deberse a la demanda que exige tener más responsabilidades sociales y económicas en la familia.



Fuente: Escala de complicaciones obstétricas enero/junio 2022.

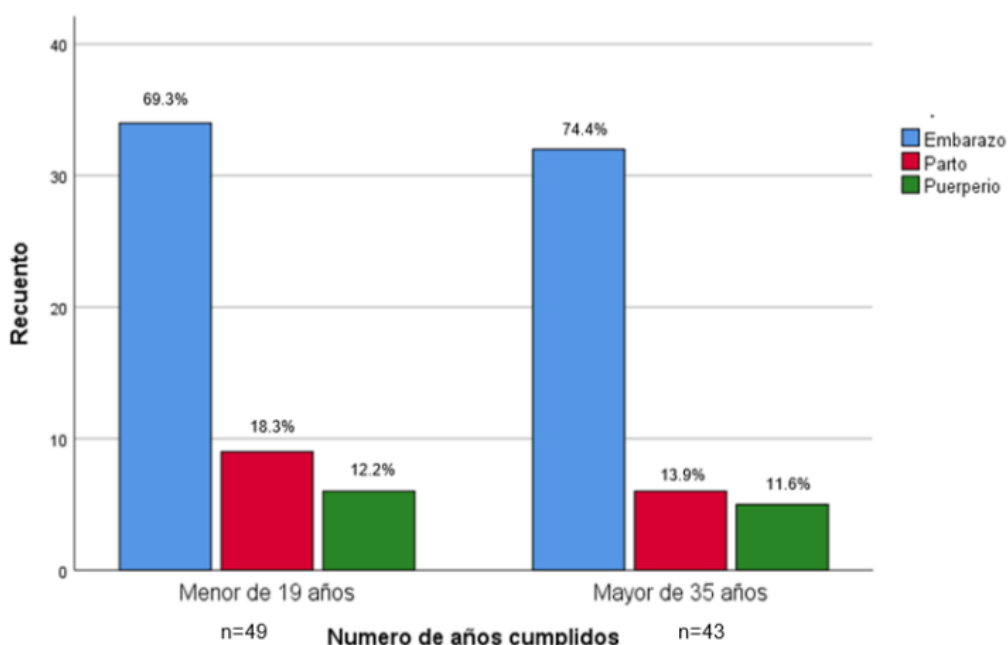
En la gráfico 10 se expresa la incidencia de las complicaciones obstétricas durante los diferentes estadios, demostrando que la mayor parte de las complicaciones se suscitaron en el embarazo con un 71.7%, seguido del parto con un 16.3% y finalmente donde menos prevalecen las complicaciones obstétricas es en el puerperio con una incidencia del 12%, resultados parecidos son los que refiere Fawed y colaboradores en 2016; donde el 47.6% presentó complicaciones durante el embarazo, 30.7% durante el parto y 21.6% en el puerperio, siendo el embarazo la etapa donde se registran la mayor incidencia de complicaciones.



Fuente: Escala de complicaciones obstétricas enero/junio 2022.

En la gráfica 11 se muestran los estadios en los que se presentó alguna complicación obstétrica de acuerdo al grupo etario, se pueden observar datos similares a la gráfica anterior, ya que en ambos grupos la mayor incidencia de complicaciones se suscitó durante la etapa perinatal, en las mujeres menores de 19 la incidencia fue en un 69.3%, 18.3% al momento del parto y 12.2% en el puerperio. Sin embargo, las mujeres mayores de 35 años son las que presentan un mayor porcentaje de complicación perinatal en comparación con el primer grupo, con un 74.4% en la etapa perinatal, 13.9% de complicaciones al momento del parto y 11.6 en el puerperio.

Gráfica 11. Estadio en el que se presenta la complicación de acuerdo al rango de edad

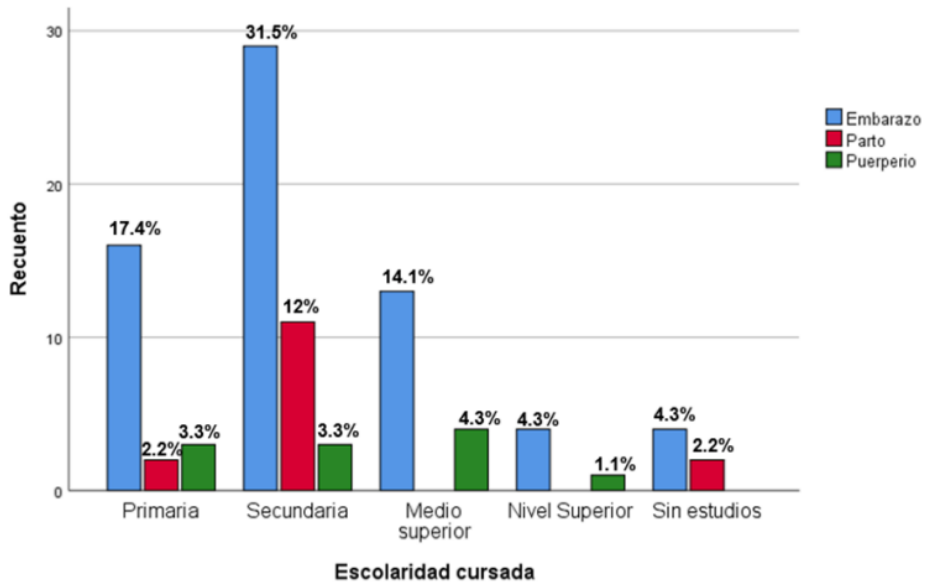


Act

Fuente: Escala de complicaciones obstétricas enero/junio 2022.

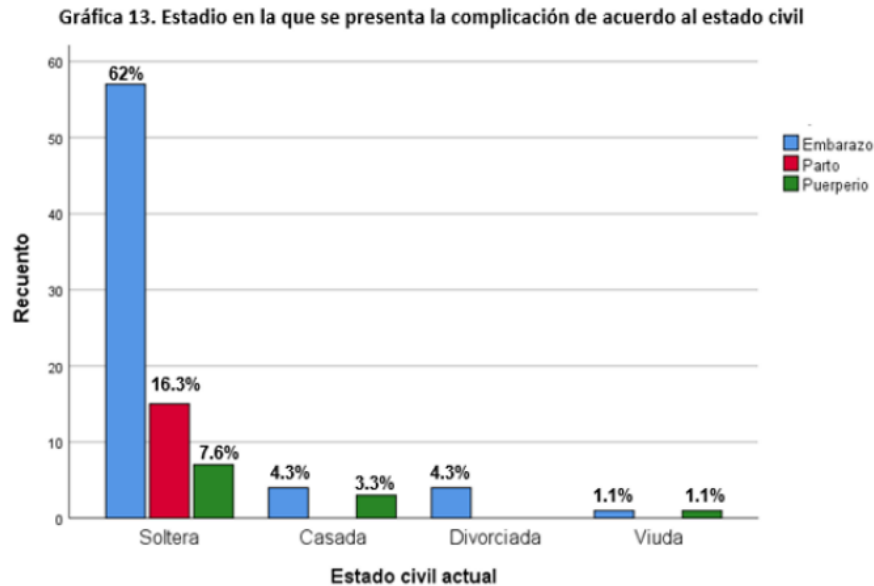
En la gráfica 12 se muestra el estadio donde se presenta la complicación obstétrica de acuerdo al nivel educativo, en la etapa perinatal las complicaciones son más frecuentes en las usuarias que estudiaron hasta el nivel secundaria con un 31.5%, seguido de las usuarias que estudiaron hasta el nivel primaria con un 17.4%. En cuanto a las complicaciones que se presentan al momento del parto se encuentran las usuarias que cuentan con un nivel educativo de secundaria, igual que en la etapa anterior. Posteriormente las complicaciones que se presentan en la etapa del puerperio se presentan con mayor incidencia en pacientes que tienen un nivel educativo de bachillerato con un 4.3%, seguido de las usuarias que se encuentran solo con estudios básicos de primaria y secundaria con el 3.3% en ambos casos.

Gráfica 12. Estadío en la que se presenta la complicación de acuerdo al nivel educativo



Fuente: Escala de complicaciones obstétricas enero/junio 2022.

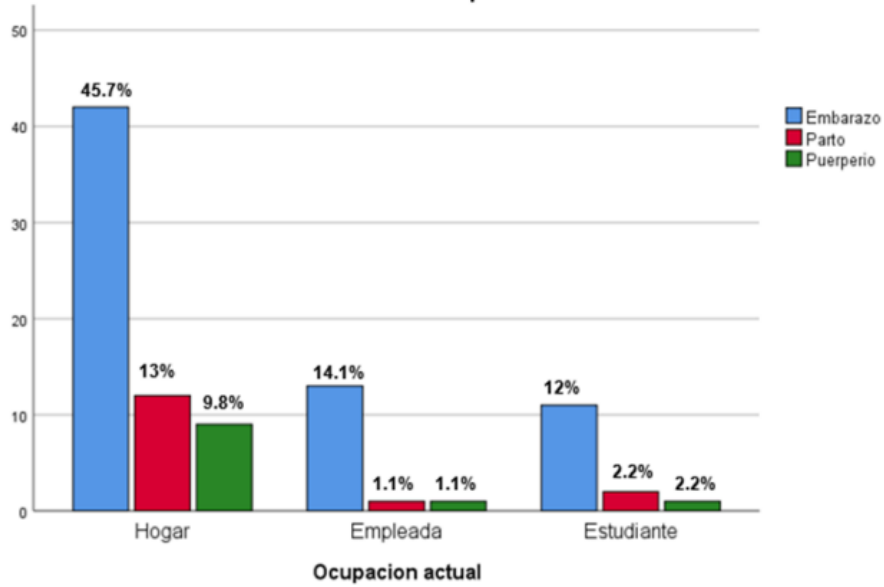
En la gráfica 13 se visualiza el estadío donde se presentó la complicación obstétrica de acuerdo al estado civil, al igual que en los anteriores resultados, donde se grafica el estado civil se muestra que éste, sí influye de manera importante en la incidencia de complicaciones, ya que más de la mitad de la población total de usuarias que se encontraban solteras en ese momento presentaron un 62% de complicaciones perinatales, seguido de las complicaciones manifestadas en el parto con un 16.3% y finalmente un 7.6% en complicaciones durante el puerperio, queda demostrado que las personas solteras son las que presentan un mayor índice de complicaciones en comparación con los demás estados civiles, en donde las complicaciones se presentaron con un porcentaje menor al 5%.



Fuente: Escala de complicaciones obstétricas enero/junio 2022.

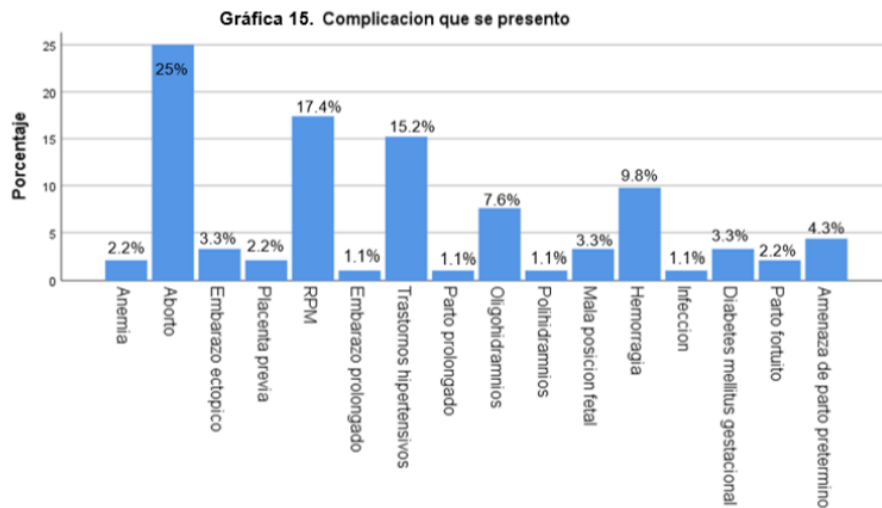
En la gráfica 14 se exponen los estadios donde se presentaron las complicaciones obstétricas de acuerdo a la ocupación, donde se refleja que las mujeres que realizan actividades dedicadas al hogar son las que mayor riesgo tienen de presentar complicaciones obstétricas en cualquier estadio en comparación con el rol de empleada y de estudiante, en la etapa perinatal las mujeres dedicadas al hogar presentan una incidencia del 45.7%, seguido de 13% en complicaciones durante el parto y 9.8% en la etapa puerperal. Un estudio realizado por la Universidad de Pensilvania en 2014 describe que los niveles de cortisol, una hormona clave en el estrés, fueron significativamente más bajos durante las horas que estas personas estaban en el trabajo, en comparación a cuando estaban en sus hogares; independiente del trabajo y del estatus socioeconómico de los participantes del estudio, según la investigadora Damaske, esto podría explicar por qué las personas que trabajan tienen mejor salud mental que aquellos que no trabajan, con lo anterior se infiere que las mujeres que se dedican al hogar están sometidas a más estrés ya que son las encargada de la mayor parte de las tareas domésticas, lo que contribuiría a su sensación de estrés en su hogar. El estrés juega un papel fundamental en la incidencia de complicaciones obstétricas, ya que según Vasquez (2016) existe asociación significativa entre el estrés prenatal y las complicaciones obstétricas en gestantes.

Gráfica 14. Estadio en el que se presenta la complicación de acuerdo a la ocupación



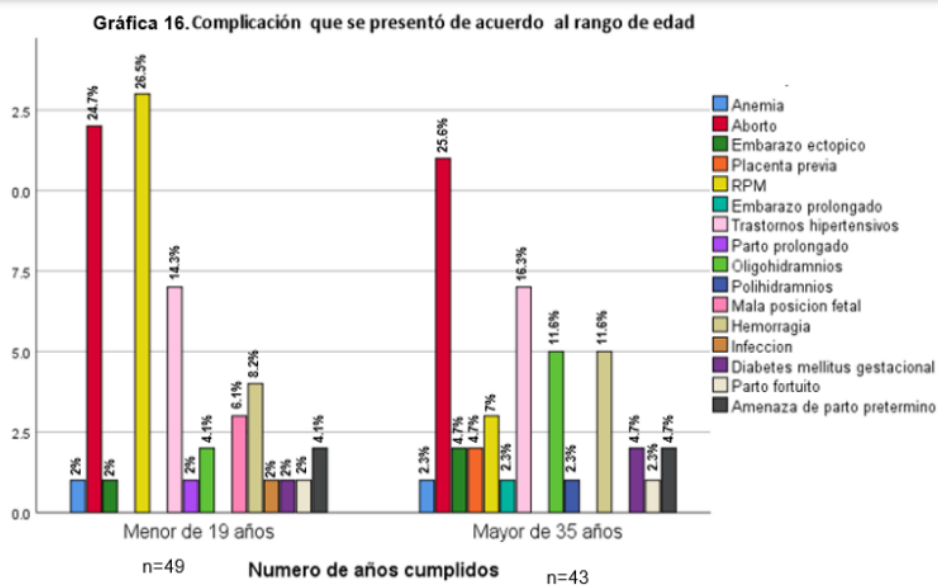
Fuente: Escala de complicaciones obstétricas enero/junio 2022.

En la gráfica 15 se visualizan la frecuencia de las complicaciones obstétricas de manera general, se observa que la complicación más representativa es el aborto con un 25%, seguido de la ruptura prematura de membranas con 17.4% y en tercer lugar los trastornos hipertensivos con 15.2%.



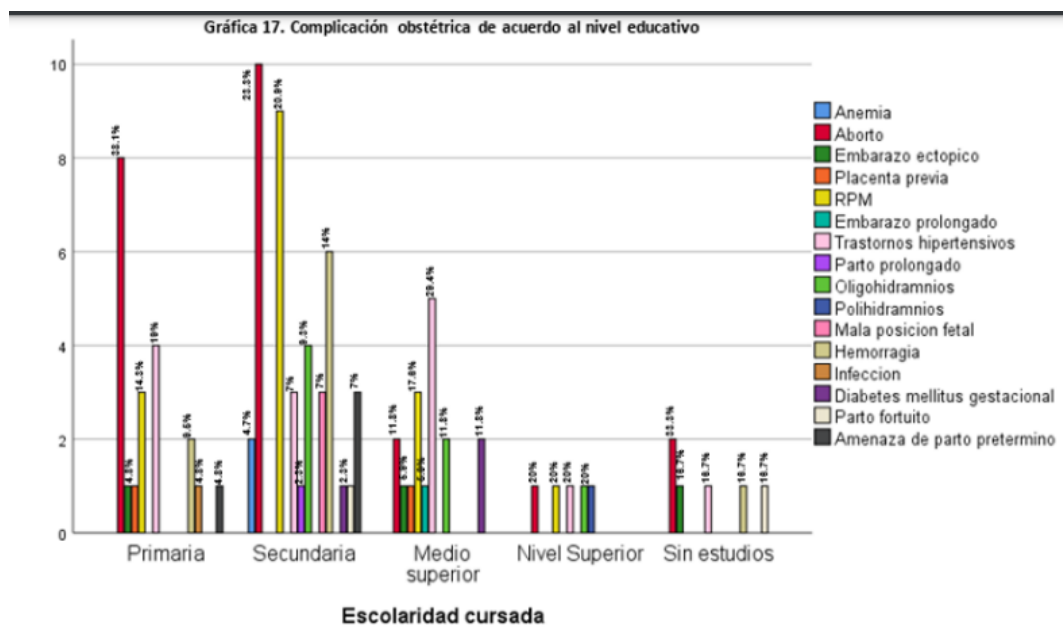
Fuente: escala de complicaciones obstétricas enero/junio 2022.

En el gráfico 16 se contrastan la incidencia de las complicaciones obstétricas de acuerdo al grupo de edad en riesgo, el rango de edad menores de 19 años tienen una mayor incidencia en ruptura prematura de membranas con el 26%, seguido del aborto con 24.6% y en tercer lugar los trastornos hipertensivos con un 14.6%. En comparación con las mayores de 35 años que presentaron el mayor porcentaje de prevalencia en la complicación por aborto con un 25.6% lo que concuerda con Medrano (2017) quien describe que el aborto está dentro de las complicaciones más frecuentes en madres añosas, seguido de trastornos hipertensivos con un 16.3% y en tercer lugar la complicación por oligohidramnios y hemorragia obstetricia ambos casos con el 11.6%. De igual manera Obregón-Yáñez (2007) menciona que la gestación a ≥ 35 años aumenta 3.3 veces el riesgo de complicaciones materno-fetales, tales como las anomalías congénitas, abortos, óbitos, diabetes, macrosomía, enfermedad hipertensiva del embarazo.



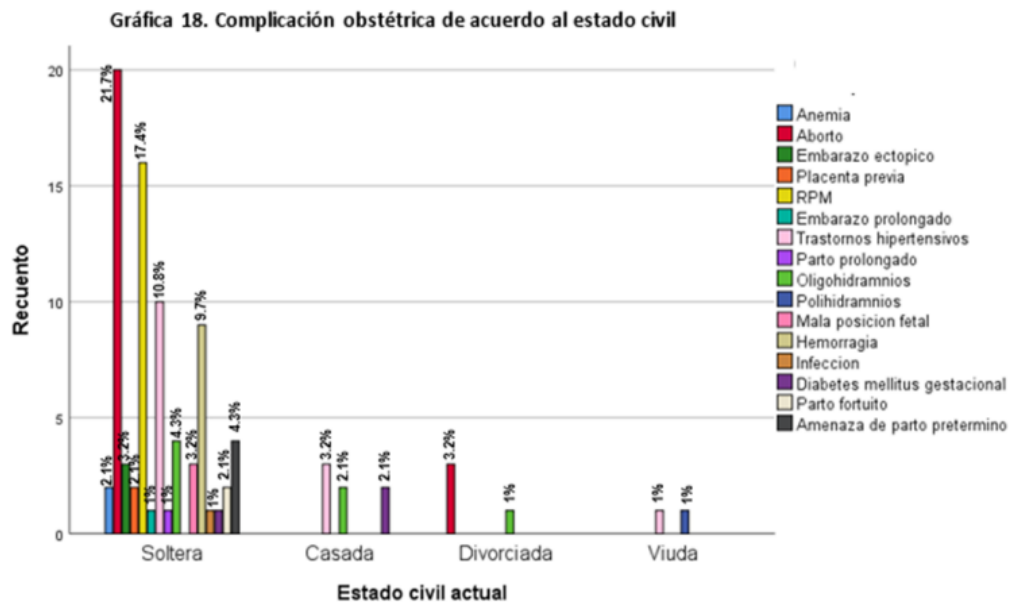
Fuente: Escala de complicaciones obstétricas enero/junio 2022.

En la gráfica 17 se demuestra que las mujeres que cursaron hasta el nivel secundaria son las que mayor prevalencia tienen en cuanto a complicaciones obstétricas, en primer lugar con aborto con una frecuencia del 22.3%, seguido de la ruptura prematura de membranas con un 20.8% y en un tercer lugar con hemorragia 14%, lo que podría contrastarse con un estudio realizado en 2016 en Perú por Morales, donde se evaluaron las características sociodemográficas en relación con los factores de riesgo perinatales en adolescentes, donde el 76.4% de las participantes tendrían cursado hasta el nivel secundario, algo que podría deberse a que en la secundaria es cuando las mujeres alcanzan la edad para poder desarrollar un embarazo, además una vez que se enfrentan a este cambio en su vida se les imposibilita retomar sus estudios y terminar una carrera universitaria.



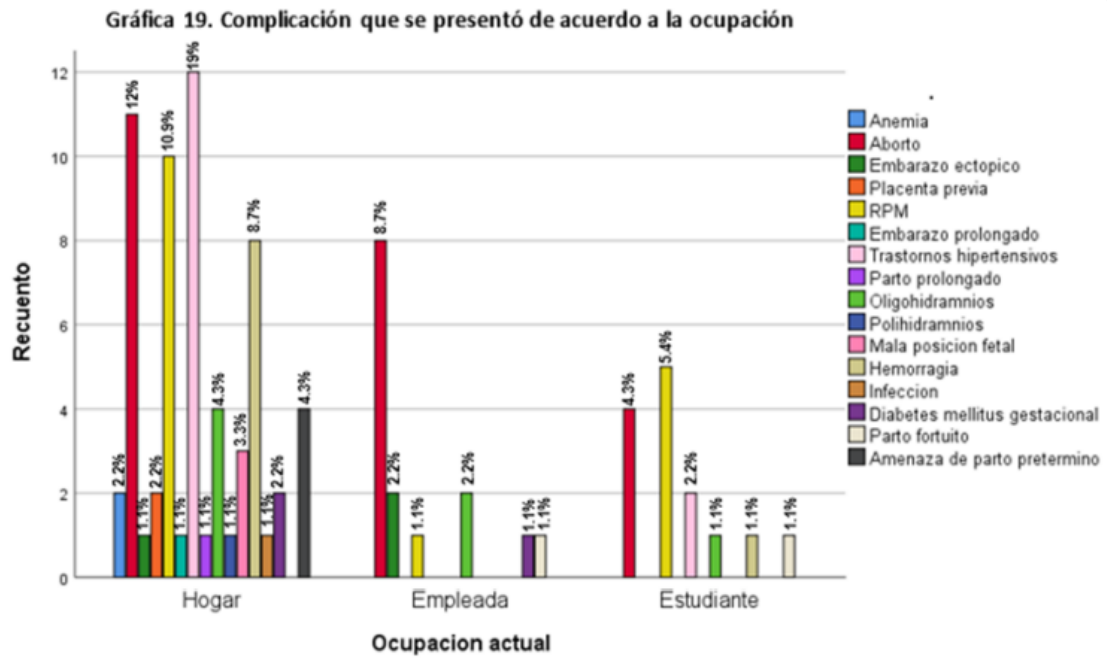
Fuente: Escala de complicaciones obstétricas enero/junio 2022.

En la gráfica 18 se observa la frecuencia de las complicaciones obstétricas de acuerdo con el estado civil, donde el mayor porcentaje de estas corresponde a las mujeres que se encuentran solteras, lo que anteriormente se había mencionado es que podría deberse a la falta de una red de apoyo por parte de la pareja, encontrándose en un estado de mayor vulnerabilidad para padecer de alguna complicación obstétrica.



Fuente: Escala de complicaciones obstétricas enero/junio 2022.

En la gráfica 19 se expone las diversas complicaciones obstétricas de acuerdo a la ocupación que desempeñan, la mayor frecuencia y diversidad de complicaciones obstétricas se desarrollan en aquellas mujeres que desempeñan actividades en el hogar, donde tienden a sufrir de un mayor grado de estrés y ansiedad por las demandas sociales que esto significa, en comparación con el género masculino, el estrés está directamente relacionado con las complicaciones obstétricas.



Fuente: Escala de complicaciones obstétricas enero/junio 2022.

Discusión

Del total de población Obstétrica ubicada en rangos de edad en riesgo, atendida en el Hospital General de Tláhuac el 42% presentó alguna complicación, resultados similares fueron obtenidos por Martel en el año 2018, en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano, Perú, en donde se realizó una investigación sobre; Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio de las adolescentes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba; reportando que las complicaciones en menores de 19 años y mayores de 35 años, se presentaron en un 35% de las usuarias.

Según un estudio realizado publicado en la revista de ginecología y obstetricia de México (Ginecología y Obstetricia 2022), se evaluaron a 287 pacientes adolescentes de las cuales el 49.8% tuvo complicaciones perinatales durante el embarazo, 24.4% en el trabajo de parto y el 0.3% en el puerperio, resultados similares encontramos en nuestra investigación, en donde pudimos encontrar que dentro de nuestro 100% de las mujeres estudiadas que presentaron una complicación obstétrica, el mayor porcentaje sufrió dicha complicación dentro del embarazo (71.1%) y el menor porcentaje presentó la complicación durante el puerperio (12%).

Diferentes datos fueron encontrados por Tapia, et al, en el 2015, en México, en una investigación realizada sobre el perfil obstétrico de las adolescentes embarazadas en un hospital público: riesgo al inicio del trabajo de parto, parto, postparto y puerperio, ellos registraron que el riesgo en el parto fue bajo en 55%, medio en 18% y alto en 27%.

Así mismo, Martel en el año 2018, en el Hospital Hermilio Valdizan Medrano, Perú, respecto al estado civil de la muestra estudiada, se obtuvieron los resultados siguientes: Estado civil conviviente con el 54%, estado civil casado con el 32%, y otra condición civil el 14%. Los resultados de esta investigación demostraron, que el estado civil de las pacientes que presentaron alguna complicación obstétrica, en primer lugar, se encuentra la variable “soltera” con un 89.5%, seguido de “casada” 7.6%, “divorciada” 4.3% y finalmente “viuda” con un 2.2%. los resultados de los estudios analizados, en la presente variable coinciden ya que, la primera y segunda variable representan a un factor de riesgo para presentar alguna complicación obstétrica en el embarazo parto o puerperio.

Dentro de las pacientes que se tomaron en cuenta para este estudio se puede observar que las mujeres solteras presentan más complicaciones obstétricas llevándose el mayor porcentaje el aborto con un 21.7%, en contraste con las pacientes que son viudas solo presentan un 1% de complicaciones. Cada año se producen 3 millones de abortos en condiciones de riesgo entre adolescentes de 15 a 19 años, 2 contribuyendo a la mortalidad materna y a los problemas de salud. Según indica la UNICEF , en la estadística del 2012 a nivel mundial, si una madre tiene menos de 18 años, la probabilidad de que su bebé muera durante el primer año de vida es 60%.

En este mismo estudio, se encontró que; referente a la escolaridad se obtuvo que el 47%, tenía el nivel de escolaridad secundaria, mientras que un 29% nivel primario, seguidas de las que tenían nivel diversificado con el 29% y finalmente las analfabetas alcanzaron el 5%; resultados similares se encontraron en nuestro estudio, donde; la escolaridad de las pacientes que presentaron complicaciones obstétricas, siendo la de mayor prevalencia el nivel secundaria con un 46.7%, seguido del nivel primaria 22.8%, nivel medio superior 18.5%, sin estudios 6.5% y finalmente el nivel superior con un 5.4%, lo anterior está acorde con lo reportado en esta investigación con respecto a Centros Hospitalarios similares al nuestro.

De igual manera y abarcando otra variable más de este presente estudio, la ocupación de las usuarias del Hospital General de Tláhuac, se encontró que a frecuencia de la ocupación que desarrollan las mujeres que tuvieron complicaciones obstétricas, siendo la frecuente las actividades dedicadas al hogar con un 68.5%, seguido de la ocupación de empleada con un 16.3% y finalmente la ocupación de estudiante con un 15.2%; tomando en cuenta que en el estudio anteriormente mencionado, Perú (2018), se encontró una interpretación muy similar, respecto al nuestro, demostrando que, en sus resultados se; evidencio, que en relación a la ocupación de la población estudiada tenemos: que las amas de casa alcanzaron un 71%, las trabajadoras formales un 16% y las trabajadoras informales un 13%, concluyendo que la ocupación es una variable determinante durante el embarazo, para que se desarrolle alguna complicación obstétrica.

Los resultados de este trabajo y de diferentes investigadores coinciden en señalar que las gestantes adolescentes representan un grupo de mayor riesgo por las complicaciones que se presentan durante la etapa del embarazo.

Conclusión

La mortalidad materna está estimada como la primera causa de muerte entre las mujeres en edad reproductiva, por lo que se establece como un grave problema de salud pública que afecta a la mayoría de los países más pobres en el mundo y además este tiene un gran impacto social, familiar, y económico. Un punto de vista relevante es que la mayoría de las muertes maternas son evitables e incluso los riesgos y problemas de muerte materna pueden disminuirse por medio de intervenciones a través de la atención de salud, estas deben ser verdaderas y confiables, el control de embarazos saludables, el cuidado del parto y el puerperio por personas capacitadas, además del acceso a un servicio de salud materna de calidad en varios niveles de atención, entre otros, lo que permitirá reducir la grave repercusión social, familiar y económica de las muertes maternas. (OMS, 2016) (Briones J, 2013). Dicho lo anterior en la presente investigación se demuestra que si bien, no todas las mujeres que se encontraban entre los rangos de edad en riesgo presentaron complicaciones obstétricas si se presenta en casi la mitad de ellas (42%), entonces, se deduce que la edad si es un factor que incide en la presencia de dichas patologías, ya que aumenta la probabilidad entre 3 y 4 veces más en comparación con aquellas mujeres en edades de entre 20 y 34 años.

De igual manera es importante destacar que se demostró que las mujeres que tienen una mayor incidencia en la presencia de complicaciones obstétricas son aquellas que tienen una educación básica hasta el nivel secundaria, lo que podría afectar en su desarrollo psicosocial y disminuir sus posibilidades de crecimiento laboral y profesional, rezagándolas a quedar en un estrato socioeconómico bajo. Posteriormente, respecto al estado civil, se comparten resultados con investigaciones pasadas, ya que las mujeres solteras son las que presentaron mayor porcentaje de complicaciones obstétricas, lo que podría deberse a la falta de una red de apoyo para el manejo de un embarazo sano. Finalmente resulta valioso mencionar que aquellas mujeres dedicadas al hogar son las que padecieron en un mayor porcentaje de complicaciones obstétricas, la razón, el estrés que genera las obligaciones que demanda la familia y los estereotipos que han impuesto la sociedad en la que se desarrollan, que han permanecido por varias generaciones.

Es por lo anterior que a partir de esta investigación se sugiere que la difusión sobre el autocuidado en el embarazo, que es precisamente donde se encontró mayor índice

de complicaciones, sea enfocado prioritariamente a aquellos grupos vulnerables, es decir, mujeres menores de 19 y mayores de 35 años, mujeres solteras, dedicadas al hogar y aquellas mujeres que tienen un nivel educativo bajo, con la finalidad de que disminuyan las complicaciones obstétricas que pueden ser prevenibles y así asegurar la salud de las mujeres vulnerables. (Ver, anexo 2 y 3)

Referencias bibliográficas

- (1) Antonette, T. (2019). Penfigoide o herpes gestacional. Abril 18, 2022, de Main Line Health System Sitio web: [https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/salud-femenina/complicaciones-d el-embarazo/penfigoide-o-herpes-gestacional](https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/salud-femenina/complicaciones-d-el-embarazo/penfigoide-o-herpes-gestacional).
- (2) Artal, R. (2015). Trabajo de parto. Junio 03, 2022, de Saint Louis University School of Medicine Sitio web: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/salud-femenina/parto-normal/trab ajo-de-parto>.
- (3) Bezares, B., Sanz, O., & Jiménez, I. (2009). Patología puerperal. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, vol.32 (Supl.1), 169-175 pp. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200015&lng=es&tlng=es.
- (4) Bonilla, O. (2019, Marzo 27). Mastitis puerperal. Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia, vol.38, pp.140-146. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1023409/medicina-38-2-art-5.pdf>.
- (5) Brenes, A., Yáñez, I., Meneses, J., Poblano O., Vértiz J., & Saturno, P. (2020). Aproximación a la calidad de la atención durante el embarazo, parto y posparto en mujeres con factores de riesgo obstétrico en México. Salud Pública de México, vol.6, p.62. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=97194>
- (6) Calle, A., Barrera, M., & Guerrero, A. (2008). Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Posparto. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol.54, pp.233-243. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n4/pdf/a03v54n4.p df.
- (7) Camilo, C., & Restrepo, M. (2008). Complicaciones durante el Parto. Mayo 25, 2022, de Scrib-Fisioend Sitio web: <https://es.scribd.com/doc/2368299/complicaciones-durante-el-parto>.
- (8) Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. (2018). Guía de implantación. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y

puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro. Mayo 25, 2022, de Salud Secretaria de Salud Sitio web: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29343/GuiaImplantacionModeloParto.pdf>.

(9) Dirección General de Epidemiología. (2020, enero). Informe semanal de vigilancia epidemiológica de muerte materna. Secretaria de Salud. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/522956/MM_2020_SE01.pdf

(10) Educación para la Salud. (2018). Concepción, embarazo y parto. Mayo 25, 2022, de Proyecto INFOCAB Sitio web: <https://edusalud.org.mx/descargas/unidad03/tema03/prenatal/concepcion%20embarazo%20y%20parto.pdf>.

(11) Hall, M., George, E., & Granger, H. (2011, Julio 09). El corazón durante el embarazo. Revista Española de Cardiología, vol.64, pp.1045-1050. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-el-corazon-durante-el-embarazo-articulo-S0>

(12) Harou, K., Majdi, F., Bassir, A., Boukhani, L., Aboufalah, A., Asmouki, H., & Soummani, A. (2012, diciembre 7). La ruptura vesical durante el parto. Reporte de caso. Elsevier. Clínica en investigación en Ginecología y Obstetricia, vol.40, pp.235-237. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-la-ruptura-vesical-durante-el-S0210573X12001402>.

(13) Heredia, R., & Osoreo, I.. (2021). Factores asociados a complicaciones obstétricas en madres primigestas en un hospital amazónico de Perú. Julio 29, 2022, de Universidad Médica Pinareña Sitio web: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/531/808>

(14) Infogen. (2021). Síndrome de Herpes Genital Fetal. Abril 25, 2022, de Infogen Disponible en: <https://www.infogen.org.mx/sindrome-de-herpes-genital-fetal/>.

(15) Jacobson, R. (2020). Cesárea. Abril 25, 2022, de Biblioteca Nacional de Medicina Sitio web: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002911.htm>.

(16) Martínez, J. (2020). Presentaciones de parto. Junio, 08, 2022 de Biblioteca Nacional de Medicina Sitio web: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002060.htm#:~:text=Las%20actitudes%20fetales%20anormales%20incluyen,al%20pasar%20por%20la%20pel%20vis.>

(17) Mayas, A. (2018) Cuidamos de la mujer. Julio 06, 2022, de Quirónsalud Sitio web: <https://www.cuidamosdelamujer.es/es/profesionales/actividades-eventos/ii-curso-actualizacion-ginecologia-obstetricia.ficheros/877719-diabetes%20gestacional.pdf>.

(18) Morales, E., Ayala, M., Morales, H., Astorga, M., & Castro, G.. (2018). Epidemiología de la muerte materna en México y el cumplimiento del Objetivo 5 del Desarrollo del Milenio, hacia los objetivos de desarrollo sostenible . Revista de Especialidades Médica-Quirúrgicas., vol.23, pp.68-86. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=83252>.

(19) Organización Panamericana de la Salud (2014) Vigilancia Epidemiológica de las IAAS en Neonatología. Julio 6, 2022, de PAOH Y OMS Sitio web: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/2014-cha-vigilancia-epi-infecciones-modulo-V.pdf>.

(20) Paris, E. (2010). Las fases del parto. Abril 02, 2022, de Bebes y más Sitio web: <https://www.bebesymas.com/parto/las-fases-del-parto-expulsion>.

(21) Peralta, O. (1996). Aspectos clínicos del puerperio. Abril 02, 2022, de Instituto Chileno de Medicina Reproductiva Sitio web: https://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio_octavio.pdf.

(22) Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Programa Materno Infantil. (2015). Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo. Abril 27, 2022, de Salud MINSA Sitio web: https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/guias-complicaciones-embarazo_diciembre_2015.pdf.

(23) Santamaría, A., & Sánchez M.. (2022). Complicaciones en el embarazo. Agosto 09, 2022, de Top doctors Sitio web: <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/complicaciones-en-el-embarazo>

(24) Stanford Children's Health. (2022). Análisis del embarazo múltiple. Abril 04, 2022, de Stanford Children's Sitio web: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=overview-of-multiple-pregnancy-85-P08043>.

(25) Stanford Children's Health. (2020). Parto por cesárea. Mayo 25, 2022, de Stanford Medicine Sitio web: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=partoporcesrea-92-P092>

(26) Camargo-Reta, Adriana Lorena, Estrada-Esparza, Sybil Yanin, Reveles-Manríquez, Ivette Janeth, Manzo-Castillo, José Alejandro, Luna-López, María Concepción de, & Flores-Padilla, Luis. (2022). Factores de riesgo de complicaciones perinatales en el embarazo de adolescentes. Ginecología y obstetricia de México, 90(6), 495-503. Epub 12 de septiembre de 2022. <https://doi.org/10.24245/gom.v90i6.6818>

(27) Donoso E., Carvajal C., Poblete J. 2014. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Revista Médica Chilena. Unidad de Medicina MaternoFetal, División de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. [art04.pdf \(conicyt.cl\)](#)

(28) Morales C. 2016. Características sociodemográficas – obstétricas en relación a las complicaciones maternas y perinatales en adolescentes atendidas en el hospital de san francisco la mar – ayacucho enero –diciembre 2016. Lima Perú. https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4065/morales_cym.pdf?sequence=1&isAllowed=y

(29) Sotero Salgueiro, Gonzalo A, Sosa Fuertes, Claudio G, Domínguez Rama, Álvaro, Alonso Telechea, Justo, & Medina Milanese, Raúl. (2006). El estado civil materno y su asociación con los resultados perinatales en una población hospitalaria. Revista Médica del Uruguay, 22(1), 59-65. Recuperado en 03 de enero de 2023, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902006000100009&lng=es&tlng=es.

(30) Fawed R. 2016. Complicaciones Obstétricas en Adolescentes y Mujeres Adultas con o sin Factores de Riesgo Asociados, Honduras 2016. Archivos de Medicina. Honduras. [Complicaciones Obstétricas en Adolescentes y Mujeres Adultas con o sin Factores de Riesgo Asociados, Honduras 2016. \(archivosdemedicina.com\)](#)

(31) Tapia Martínez, Hugo; Jiménez Mendoza, Araceli; Pérez Cabrera, Iñiga. 2012. Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas atendidas en un Hospital Público de la Ciudad de México Enfermería Universitaria, vol. 9, núm. 3. Universidad Nacional Autónoma de México Distrito Federal, México. [Redalyc.Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas atendidas en un Hospital Público de la Ciudad de México](#)

(32) Vasquez C. 2016. Asociación entre el estrés prenatal y las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, enero 2016. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Universidad del Perú. Decana de América. [\(Microsoft Word - ASOCIACION ENTRE EL ESTRÉS PRENATAL Y LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES ADOLESCENTES AT\) \(unmsm.edu.pe\)](#)

Anexos

Anexo 1. Instrumento de evaluación

Edad <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> <19 años<input type="radio"/> >35 años	Complicaciones Obstétricas
Nivel educativo <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Primaria<input type="radio"/> Secundaria<input type="radio"/> Medio superior<input type="radio"/> Superior	Embarazo <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Anemia<input type="radio"/> Aborto<input type="radio"/> Embarazo ectópico<input type="radio"/> Enfermedad gestacional del trofoblasto<input type="radio"/> Placenta previa<input type="radio"/> Desprendimiento de la placenta<input type="radio"/> Rotura prematura de membranas<input type="radio"/> Embarazo prolongado<input type="radio"/> Trastornos hipertensivos<ul style="list-style-type: none">- Preeclampsia- Eclampsia<input type="radio"/> Otra: _____
Estado civil <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Soltera<input type="radio"/> Unión libre<input type="radio"/> Casada<input type="radio"/> Divorciada	Parto <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Desproporción pelvi-cefálica<input type="radio"/> Parto prolongado<input type="radio"/> Hemorragia<input type="radio"/> Mala posición fetal<input type="radio"/> Inestabilidad hemodinámica<input type="radio"/> Desprendimiento anormal de la placenta<input type="radio"/> Lesiones por herpes activas<input type="radio"/> Lesión vesical<input type="radio"/> Otra: _____
Ocupación <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Hogar<input type="radio"/> Trabajadora<input type="radio"/> Estudiante	Puerperio <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Hemorragia posparto<input type="radio"/> Atonía uterina<input type="radio"/> Infección puerperal<input type="radio"/> Diabetes mellitus<input type="radio"/> Infección del sitio de incisión por cesárea<input type="radio"/> Infección de episiotomía<input type="radio"/> Mastitis puerperal<input type="radio"/> Trastornos hipertensivos<input type="radio"/> Trastornos psicológicos<input type="radio"/> Otra: _____

Anexo 2. Tríptico acerca de “Complicaciones Obstétricas”

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Las complicaciones obstétricas son problemas de salud que se pueden presentar en cualquier etapa del embarazo, durante cualquier etapa del parto y después del parto, pueden llegar a ocasionar la muerte de la madre y el bebé.

Las complicaciones ocurren con mayor frecuencia en mujeres mayores de 35 años y las adolescentes.



LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES SON:

- Aborto
- Ruptura prematura de membranas
- Trastornos hipertensivos
- Hemorragia
- Oligohidramnios (poco líquido amniótico)
- Amenaza de parto prematuro
- Diabetes mellitus gestacional
- Embarazo ectópico
- Anemia
- Parto fortuito
- Embarazo prolongado
- Infecciones



¿CÓMO PREVENIR LAS COMPLICACIONES?

- **Visitas regulares al médico:**
En cada consulta se te pueden realizar exámenes de laboratorio, ultrasonidos y recetar medicamentos en caso de ser necesario, se recomiendan mínimo 5 consultas iniciando preferentemente en las 12 semanas de gestación o antes, así como después del parto.



- **Buena nutrición:**
Comer carne magra, frutas, verduras, pan integral, productos lácteos de bajo contenido en grasas. Tomar diariamente de 1.5 a 2 L de agua al día. Consumir alimentos ricos en hierro, ácido fólico y vitaminas. Evitar consumir refrescos, sal en exceso, alimentos crudos o mal cocidos y tener mucha higiene al preparar los alimentos. Evitar consumir drogas, tabaco y alcohol.
-En la lactancia cambian los requerimientos energéticos por lo cual es necesario llevar una dieta prescrita por un nutriólogo.




- **Ejercicio:**
Se recomiendan ejercicios ligeros como el yoga, la natación y la caminata siempre y cuando no estén contraindicados.




- **Salud bucal:**
Las caries y la enfermedad periodontal pueden ocasionar nacimientos prematuros.




- **Vestimenta y calzado:**
Se recomienda que sean cómodos y no ajustados, zapatos con tacón o preferentemente sin tacón.





- **Higiene y cuidado de la piel:**
Baño diario, limpieza de genitales de enfrente hacia atrás, no exponerse al sol y utilizar bloqueadores. Utilizar cremas anti estrías y mantener controlado el peso. Después del parto realizarse las curaciones como las indique su médico.



Anexo 3. Infografía acerca de “Prevención de Complicaciones Obstétricas”



**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
HOSPITAL GENERAL DE TLÁHUAC**



¿Cómo prevenir complicaciones obstétricas?

CONSULTAS PRENATALES

- 1ª CONSULTA: 6-8 SEMANAS
- 2ª CONSULTA: 10-13 SEMANAS
- 3ª CONSULTA: 16-18 SEMANAS
- 4ª CONSULTA: 22 SEMANAS
- 5ª CONSULTA: 28 SEMANAS
- 6ª CONSULTA: 32 SEMANAS
- 7ª CONSULTA: 36 SEMANAS
- 8ª CONSULTA: 38-41 SEMANAS



DESCANSO Y EJERCICIO

Recostarse sobre el costado izquierdo optimiza el flujo sanguíneo hacia la placenta y, por tanto, la cantidad de oxígeno que le llega al bebé.




ALIMENTACIÓN

1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
GRASAS Leche, yogur, queso, crema	PROTEÍNAS Carne, pollo, pescado, huevo, frijoles	EMBARAZADOS Carne, pollo, pescado, huevo, frijoles
FRUTAS Manzana, naranja, kiwi, uva	VERDURAS Y HORTALIZAS Espinaca, brócoli, zanahoria, tomate	SALUD Carne, pollo, pescado, huevo, frijoles
PROTEÍNAS Carne, pollo, pescado, huevo, frijoles	GRASAS Leche, yogur, queso, crema	FRUTAS Manzana, naranja, kiwi, uva



VESTIMENTA Y RELACIONES SEXUALES

- Ropa cómoda y no ajustada.
- Zapatos de tacón bajo o sin tacón.
- Las relaciones sexuales no están contraindicadas a menos que el embarazo sea de riesgo.




CUIDADO DE LA PIEL Y VACUNAS

- Utilizar cremas antiestrías y no exponerse demasiado al sol.
- Vacuna antitetánica
- Vacuna antidiftérica
- Vacuna antiinfluenza




COSAS QUE SE DEBEN EVITAR

- Evitar el contacto con gatos durante mucho tiempo, ya que pueden provocar toxoplasmosis.
- No comer alimentos crudos o poco cocidos y evitar tomar café de los tipos de café al día.




COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

La clave para proteger la salud de su bebé está en hacerse exámenes médicos regularmente y asistir por lo menos a 5 consultas prenatales ya que eso ayudara a que su embarazo tenga menos complicaciones o estas puedan detectarse a tiempo.



REFERENCIAS

- NOM-007-SSA2-2016
- GPC CONTROL PRENATAL con atención centrada en la paciente