

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO



**FACTORES DE RIESGO PARA COMPLICACIONES
DURANTE EL PARTO. ANÁLISIS DE LA BASE DE DATOS
NACIONAL ENDES 2019**

PRESENTADO POR EL BACHILLER

RONALDO RAFAEL PARRAGA

MODALIDAD DE OBTENCIÓN: SUSTENTACIÓN DE TESIS VIRTUAL
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

DIRECTOR DE TESIS

DR. JHONY A. DE LA CRUZ VARGAS, PH.D., MSc, MD

ASESOR

DR. DANTE MANUEL QUIÑONES LAVERIANO

LIMA, PERÚ 2021

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, quien me brindo salud y tranquilidad durante toda la carrera profesional, el internado, durante la pandemia y también durante el desarrollo de esta investigación. Este último año fue inesperado para todos en diferentes ámbitos, pero con buena salud se ha podido continuar y culminar no solo un internado médico en medio de esta difícil pandemia sino también de este proyecto de investigación.

A mis padres, Edgar y Maritza, de los cuales estoy muy orgulloso y agradezco sus palabras en momentos de duda, miedo, incertidumbre a lo largo de estos años de estudio que me ayudaron a continuar y culminar muchos proyectos personales y una carrera tan compleja como es la de medicina humana. A mi hermano Marco que junto a mis padres me dieron esa tranquilidad emocional que una persona necesita para enfocarse en sus estudios.

A los diferentes docentes y médicos que conocí durante todo el pregrado, a mi asesor Dante, y los profesores del INICIB; de quienes aprendí durante estos 7 años la esencia de ser un médico.
Gracias por compartir sus conocimientos.

DEDICATORIA

A Dios, porque me brindo salud en todos estos años de carrera.

A mis padres, Edgar y Maritza, y hermano Marco por su paciencia, motivación y su compañía en diversos momentos de mi carrera universitaria; por sus consejos en momentos difíciles y su comprensión; son ejemplo de persona que espero en algún momento llegar a ser.

A mis padrinos Joel y Maria por sus palabras de motivación y ejemplo de perseverancia.

A los médicos que fallecieron en medio de esta pandemia realizando su trabajo y a mis familiares que fallecieron a causa del COVID-19 en especial a mi abuelito Moises Parraga y tío Walter Rupay.

RESUMEN

Introducción: Las complicaciones relacionadas al embarazo son la primera causa de muerte en mujeres de edad reproductiva a nivel mundial, parte de la mortalidad materna es a causa de complicaciones durante el parto. Debido a la diversidad y extensión territorial del Perú la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES da a conocer información anual de la realidad con respecto a las complicaciones durante el parto.

Objetivo: Determinar los factores obstétricos y sociodemográficos asociados a complicaciones durante el parto, según la base de datos peruana ENDES-2019.

Metodología: Estudio analítico, transversal, de datos secundarios. Las variables dependientes fueron parto prolongado, sangrado excesivo, fiebre con sangrado vaginal y convulsiones; las independientes, factores obstétricos y sociodemográficos. Se hallaron RP crudas y ajustadas con ajuste para muestras complejas.

Resultados: Parto prolongado se asoció con edad ≥ 35 (RPa:0.86(0.76-0.97)), ≥ 2 hijos en los últimos 5 años (RPa:0.76(0.67-0.86)), área rural (RPa:0.83(0.71-0.97)), atención institucional del parto (RPa:0.45(0.32-0.64)) y altitud de 1500-2499, 2500-3499, 3500-5800msnm (RPa:1.33(1.10-1.62), 1.25(1.09-1.44), 1.57(1.33-1.85) respectivamente); sangrado excesivo, con altitud de 1500-2499, 2500-3499, 3500-5800msnm (RPa:1.36(1.08-1.72), 1.50(1.29-1.73), 1.63(1.36-1.95) respectivamente); fiebre con sangrado vaginal se asoció con 8-10 controles prenatales (CPN) (RPa:0.65(0.44-0.96)) y altitud de 2500-3499, 3500-5800msnm (RPa:1.64(1.25-2.16), 2.03(1.51-2.74), respectivamente); convulsiones se asoció con edad ≥ 35 (RPa:1.64(1.12-2.42)), 6-7 y 11-20 CPN (RPa:2.39(1.06-5.39), 2.53(1.22-5.22) respectivamente), y altitud de 2500-3499, 3500-5800msnm (RPa:2.43(1.56-3.78), 1.90(1.08-3.33) respectivamente).

Conclusiones: En las gestantes peruanas, se encontró asociación positiva de parto prolongado, fiebre con sangrado vaginal y sangrado excesivo con mayor altitud; así como convulsiones con mayor edad, altitud y tener de 6-7 y 11-20 CPN. En adición, se encontró asociación inversa de parto prolongado con edad, número de hijos, área rural y parto institucional; así como de fiebre y sangrado vaginal con tener de 8-10 CPN.

Palabras clave: Parto obstétrico; Altitud; Complicaciones del Trabajo de parto; Factores de Riesgo, Hemorragia Posparto (Fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy-related complications are the leading cause of death in women of reproductive age worldwide, part of maternal mortality is due to complications during childbirth. Due to the diversity and territorial extension of Peru, the Demographic and Family Health Survey-ENDES provides annual information on the reality regarding complications during childbirth.

Objective: To determine the obstetric and sociodemographic factors associated with complications during delivery, according to the Peruvian database ENDES-2019.

Methodology: Analytical, cross-sectional study of secondary data. The dependent variables were prolonged labor, excessive bleeding, fever with vaginal bleeding, and seizures; the independent ones, obstetric and sociodemographic factors. Crude and adjusted PR were found with adjustment for complex samples.

Results: Prolonged labor was associated with age ≥ 35 (PRa:0.86(0.76-0.97)), ≥ 2 children in the last 5 years (PRa:0.76(0.67-0.86)), rural area (PRa:0.83(0.71-0.97)), institutional delivery care (PRa:0.45(0.32-0.64)) and altitude of 1500-2499, 2500-3499, 3500-5800MASL (PRa:1.33(1.10-1.62), 1.25(1.09-1.44), 1.57(1.33-1.85) respectively); excessive bleeding, with altitude of 1500-2499, 2500-3499, 3500-5800MASL (PRa:1.36(1.08-1.72), 1.50(1.29-1.73), 1.63(1.36-1.95) respectively); fever with vaginal bleeding was associated with 8-10 prenatal care (PNC) (PRa:0.65(0.44-0.96)) and altitude of 2500-3499, 3500-5800MASL (PRa:1.64(1.25-2.16), 2.03(1.51-2.74), respectively); seizures were associated with age ≥ 35 (PRa:1.64(1.12-2.42)), 6-7 and 11-20 PNC (PRa:2.39(1.06-5.39), 2.53 (1.22-5.22) respectively), and altitude of 2500-3499, 3500-5800MASL (PRa:2.43(1.56-3.78), 1.90(1.08-3.33) respectively).

Conclusions: In Peruvian pregnant women, a positive association was found with prolonged labor, fever with vaginal bleeding and excessive bleeding with higher altitude; as well as seizures with older age, altitude and having 6-7 and 11-20 PNC. In addition, an inverse association of prolonged labor was found with age, number of children, rural area and institutional delivery; as well as fever and vaginal bleeding with having 8-10 PNC.

Keywords: Delivery, Obstetric; Altitude; Obstetric Labor Complications; Risk Factors; Postpartum Hemorrhage (Source: DeCs BIREME).

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1 DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3. LINEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA	4
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.5. DELIMITACION DEL PROBLEMA:.....	5
1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
1.6.1. OBJETIVO GENERAL	6
1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	7
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	7
2.1.2 Antecedentes Nacionales	8
2.2. BASES TEÓRICAS	9
2.2.1 Trabajo de parto:	9
2.2.2 Parto Prolongado:.....	10
2.2.3 Hemorragia postparto precoz	11
2.2.3.1 Etiología	12
2.2.3.2 Cuadro Clínico.....	12
2.2.3.3 Manejo de la hemorragia postparto	13
2.2.4 Sepsis Materna	13
2.2.4.1 Etiología	14
2.2.4.2 Fisiopatología.....	14
2.2.4.3 Diagnostico	15
2.2.5. Eclampsia	17
2.2.5.1 Manejo.....	17
2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES.....	17
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	19
3.2 HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS	19

3.1.1 Hipótesis General	19
3.1.2 Hipótesis específicas.....	19
3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN.....	19
3.2.1 Variables Dependientes:.....	19
3.2.2 Variables Independientes:.....	20
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	21
4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	21
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	21
4.2.1 Población	21
4.2.2 Muestra	21
4.2.3 Criterios de selección de la muestra	22
4.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	22
4.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	22
4.4. RECOLECCIÓN DE DATOS.....	22
4.5. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	23
4.6. ASPECTOS ÉTICOS	23
4.7. LIMITACIONES.....	24
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	26
5.1. RESULTADOS.....	26
5.1.1 Parto Prolongado.....	27
5.1.2 Sangrado Excesivo	30
5.1.3 Fiebre con sangrado vaginal	32
5.1.4 Convulsiones.....	34
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	37
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	41
6.1 Conclusión	41
6.2 Recomendaciones.....	41
Referencias Bibliográficas.....	42
ANEXOS.....	46
ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS.....	47
ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS	48
ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA	49

ANEXO 4: ACTA COMITÉ DE ETICA	50
ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS	51
ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN	52
ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER	53
ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	1
ANEXO 9: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	1

LISTA DE TABLAS

Tabla1: Características sociodemográficas de mujeres peruanas en edad fértil ENDES-2019.

Tabla 2: Análisis bivariado y multivariado de los factores asociados a parto prolongado en mujeres peruanas en edad fértil, ENDES 2019.

Tabla 3: Análisis bivariado y multivariado de los factores asociados a sangrado excesivo en mujeres peruanas en edad fértil, ENDES 2019.

Tabla 4: Análisis bivariado y multivariado de los factores asociados a fiebre con sangrado vaginal en mujeres peruanas en edad fértil, ENDES 2019.

Tabla 5: Análisis bivariado y multivariado de los factores asociados a convulsiones en mujeres peruanas en edad fértil, ENDES 2019.

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones relacionadas al embarazo son la primera causa de muerte en mujeres de edad reproductiva a nivel mundial(1), estimándose la muerte de 810 mujeres al día por complicaciones relacionadas al parto en el año 2017(2).

Existen estudios que establecen la correlación de factores obstétricos como la nuliparidad, edad gestacional, parto prolongado e hipertensión, con complicaciones durante el parto como hemorragia postparto, parto disfuncional y parto distócico(3–6). Sin embargo, estos trabajan con una muestra pequeña, se enmarcan solo en el ámbito urbano y/o hospitalario y no consideran los factores sociodemográficos de la población a nivel nacional. En base a ello, la importancia del presente estudio radica en la posibilidad de analizar una muestra de gran tamaño que represente tanto al sector urbano y rural del país, identificando no solo factores obstétricos sino también sociodemográficos que se relacionen a una mayor incidencia y prevalencia de estas complicaciones, siendo útil incluso para plantear hipótesis en aquellos sectores más vulnerables. Los resultados obtenidos permitirán un punto de partida para nuevas investigaciones que refuercen el diseño y seguimiento de programas de salud materna en zonas con tasas de mortalidad materna elevadas, donde se ven afectadas por falta de sistemas de monitoreo que complementen la información sanitaria del problema(7).

Pese a que las cifras se hayan reducido en 39% entre los años 2000-2017, continúan inaceptablemente altas considerando que pueden ser evitadas(2). En Perú, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES permite conocer la tendencia anual de este problema vigente, reportando 309 muertes maternas durante el año 2019(8). En el año 2020, las cifras aumentaron tras registrarse un total de 429 casos, que representa un repunte del 42% en relación al 2019(9). Para revertir esta situación, no solo es fundamental el estudio de las complicaciones durante el parto y su relación con factores obstétricos directos causantes de la mayoría de muertes maternas, sino también de los factores de riesgo sociodemográficos, potencialmente visibles y algunos modificables, que influyen a gran escala en su gravedad. En base a lo expuesto, el objetivo del presente estudio se basa en determinar los factores obstétricos y sociodemográficos asociados a

complicaciones durante el parto, según la base de datos peruana ENDES del año 2019. Esta encuesta anual es propicia para representar las diferentes realidades de la población peruana y, de esta manera, llevar a cabo un análisis completo que permita un mejor entendimiento respecto al tema. Como hipótesis inicial, se considera que los factores sociodemográficos como la edad materna, lugar de residencia, nivel educativo, nivel socioeconómico y tipo de seguro al cual pertenece la gestante, así como los factores obstétricos como el inicio del control prenatal, número de controles prenatales(CPN) y paridad materna, se relacionan con mayores complicaciones durante el parto, entre ellas la hemorragia, el parto prolongado y las convulsiones.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), alrededor del 15% del total de las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y, en algunos casos, una intervención obstétrica oportuna para que sobrevivan(10). En Perú se presentaron un 14.4% de complicaciones durante el parto en primíparas según la encuesta ENDES del 2018(11).

En Perú, la presencia de complicaciones como pre eclampsia en adultas (20 – 35 años) es del 9.5% y en adolescentes (10 – 19 años) es de 9.9%, que de no tener un tratamiento o intervención oportuna puede evolucionar a una Eclampsia.

La presencia de Eclampsia como complicación es de 0.3% en adultas y 0.6% en adolescentes. El número de casos que presentaron episiotomía fueron de 34% en adultas y 58.1% en adolescentes, esto como consecuencia en algunos casos, de un trabajo de parto prolongado en gestantes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora (HAMA)(12). La hemorragia intraparto se presentó en un 5% y parto prolongado en 3% de casos registrados en la revisión de partos verticales en el Instituto Nacional Materno Perinatal(13).

La hemorragia puerperal precoz es considerada una urgencia obstétrica y representa la principal causa de mortalidad materna a nivel mundial. Algunos factores de riesgo para hemorragia puerperal precoz son los partos distócicos, la inducción del parto y el mayor peso del recién nacido(14).

Algunos factores de riesgo asociado a gestantes con Pre eclampsia-Eclampsia son el antecedente de una gestación con trastorno hipertensivo del embarazo, primiparidad e hipertensión arterial(15).

La Organización Mundial de la Salud plantea que 8% de la mortalidad materna se debe a la definición de parto obstruido donde se incluye el trabajo de parto

prolongado y a desproporción céfalo pélvica y que puede dejar secuelas en la madre y el niño(16).

Sin embargo, factores de riesgo demográficos como: edad materna, altitud de residencia, nivel educativo, nivel socioeconómico y tipo de seguro al cual pertenece la gestante; y los factores de riesgo obstétricos como: inicio del control prenatal, número de controles prenatales y paridad materna no tiene relación evidente con complicaciones durante el parto: hemorragia intraparto, fiebre durante el parto, parto prolongado y convulsiones al momento del parto.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo para complicaciones durante el parto según la base de datos nacional ENDES del 2019?

1.3. LINEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA

El presente trabajo tiene como línea de investigación la novena prioridad nacional de investigación en salud 2019 – 2023: Salud materna, perinatal y neonatal; a partir de la información obtenida en la Encuesta Demográfica y DE Salud Familiar (ENDES) del año 2019.

También corresponde a la línea de investigación “Salud individual, familiar y comunal” del documento de “Líneas de investigación 2016 – 2020” de “La Universidad Ricardo Palma”; a los lineamientos de “Salud Pública” de las unidades de investigación del “Instituto de investigación en ciencias biomédicas de la Universidad Ricardo Palma”, “INICIB”; y finalmente a las “Prioridades de investigación en salud 2015 – 2021 definidas para Lima Metropolitana”.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Las consecuencias de las complicaciones durante el parto para el neonato pueden ser mortales o llegar a afectar su calidad de vida con alguna discapacidad física, cognitiva, intelectual o sensorial. Como resultado de las complicaciones que en ocasiones no se pueden resolver de manera oportuna o correcta, conlleva afectar no solo la vida del neonato y de la madre, sino también una gran carga familiar, económica y sufrimiento social.

Existen factores modificables que se pueden reforzar para un adecuado diagnóstico precoz, tratamiento oportuno e intervención de ser posible.

La encuesta nacional ENDES nos proporcionó una gran oportunidad de recoger información de todo el Perú, identifico las diferentes realidades de la población, además que al ser una encuesta que se realiza anualmente nos permite llevar a cabo un seguimiento en múltiples aspectos de investigación. Por ello, la importancia de su análisis en diferentes áreas de investigación ayudará a identificar sectores vulnerables, plantear hipótesis en áreas vulnerables de la población que necesiten ayuda y una posible prevención e intervención oportuna.

Por lo mencionado anteriormente, la importancia de este estudio radica en la posibilidad de analizar una gran población del cual se recogieron datos mediante la encuesta ENDES del 2019, ello nos permitirá determinar si existe algún factor significativo para las complicaciones durante el parto. Así mismo, los resultados obtenidos en este estudio contribuirán en mejorar o fortalecer ciertos factores para una adecuada intervención, mejorando la calidad de vida de la población en estudio y brindar información para futuros estudios en sectores más específicos.

1.5. DELIMITACION DEL PROBLEMA:

El estudio está delimitado espacialmente en la muestra de población peruana de la encuesta ENDES 2019 y temporalmente al periodo enero – diciembre del 2019 por la disponibilidad de información.

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo para complicaciones durante el parto según la base de datos nacional ENDES del 2019.

1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y las complicaciones durante el parto según la base de datos nacional.
2. Determinar la asociación entre los factores obstétricos y las complicaciones durante el parto según la base de datos nacional.
3. Determinar las características generales de la población según la base de datos nacional ENDES del 2019.
4. Calcular la frecuencia de complicaciones durante el parto según la base de datos nacional ENDES del 2019.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes Internacionales

En Estados Unidos (2020) Nana-Ama E Ankumah; en un artículo “Prevalence and Risk Factors for New-Onset Hypertension in Labor” que tenía como objetivo fue describir la prevalencia, factores de riesgo, la tasa de tratamiento o los resultados adversos asociados a hipertensión durante el parto, realizaron un estudio retrospectivo de gestaciones a término que están en trabajo de parto que no presenten antecedentes de trastornos hipertensivos con un total de 724 mujeres durante 4 meses y encontraron que las mujeres nulíparas, obesas o haber recibido una epidural u oxitocina tenían más probabilidad de ser hipertensos graves. Este estudio concluye que una de cada 3 mujeres presenta hipertensión leve y 1 de cada 10 desarrolla hipertensión severa durante el trabajo de parto(17).

En Colombia (2020) Ayala R Paola; en un artículo “Risk factors and fetal outcomes for preeclampsia in a Colombian cohort” que tenía como objetivo identificar los factores de riesgo asociados a preeclampsia con un total de 1498 mujeres que asistieron al hospital Universitario San Ignacio entre julio de 2017 y noviembre de 2018 donde se encontró mediante un estudio de casos y controles anidado donde se encontró que la edad materna de ≤ 20 años ($ORa=0,18$ IC 95% 0.05–6.36) y ≥ 35 años ($ORa=4,57$ IC 95% 0,94-22,06) con respecto a las gestantes de 21 a 34 años para riesgo de preeclampsia; con estos resultados se concluye que las gestantes mayores a ≥ 35 años tiene mayor riesgo para preeclampsia, esto también se puede asociar a eclampsia que es una complicación de preeclampsia(18).

En España (2018) Rubio A Ana; en un artículo “Factores de riesgo asociados y modelo predictivo del riesgo de sangrado excesivo postparto” que tenía como objetivo determinar la incidencia y factores de riesgo de sangrado, así como

elaborar y validar un modelo de predicción de riesgo de sangrado excesivo postparto en mujeres con parto vaginal en un estudio de cohorte en 2 grupos de 3479 y 2990 mujeres para el estudio de factores de riesgo de sangrado y anemia postparto, el periodo de estudio fue entre los años 2009-2014 en el Hospital General La Mancha-Centro de Alcázar de San Juan. Se encontró Los principales factores de riesgo asociados a grados severos de anemia (Hb < 9 g/dL) fueron la duración de la dilatación > 9 horas (OR=3,12; IC95%: 1,84-5,30), primiparidad (OR=2,50; IC95%: 1,58-3,94), donde se puede concluir que las gestantes primigestas tienen mayor riesgo de sangrado(3).

En Estados Unidos (2007) Everett F Magann; en un artículo “Obstetric characteristics for a prolonged third stage of labor and risk for postpartum hemorrhage” que tenía como objetivo determinar las características obstetricas asociadas con una tercera etapa prolongada del trabajo de parto y los factores de riesgo de hemorragia postparto en mujeres con parto vaginal con un total de 1607 mujeres del 1º de marzo de 2004 y el 1º de marzo de 2005 y se encontró que edad materna > o = 35 años (índice de riesgo HR = 0,990, IC del 95%: 0,981-0,999, p = 0,030) y se concluye que la tercera etapa prolongada del trabajo de parto se asoció a una edad materna avanzada y una segunda etapa prolongada de trabajo de parto(19).

2.1.2 Antecedentes Nacionales

2020, Corsino J; en su estudio “Factores de riesgo asociados a parto disfuncional en pacientes atendidos en el servicio de ginecología del Hospital San José, Callao durante el periodo Julio 2018 - Julio del 2019” donde el objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a parto disfuncional, su estudio fue de tipo analítico, observacional, retrospectivo y transversal, de casos y controles de una población de 2553 mujeres obteniéndose 152 casos y 152 controles mediante la recolección de datos de historias clínicas. Donde se encontró que los factores asociados de manera significativa a la distocia fueron: Embarazo adolescente (OR=1,25; IC95%: 1,01-1,55; p=0,032); edad mayor a 35 años (OR=2,83; 2,01 - 3,97; p<0,001); embarazo múltiple (OR=7,57; 1,38 - 41,47; p=0,006). Concluyendo que las

gestantes adolescentes o mayores de 35 años y multíparas tienen prevalencia elevada para parto distócico(4).

2019, Vera E; en su estudio “Factores asociados a distocia del trabajo de parto, Hospital II-2 Tarapoto, 2016 – 2018” donde el objetivo fue determinar los factores asociados a distocia de trabajo de parto, su estudio fue de tipo transversal, retrospectivo de casos y controles de una población de 2436 gestantes obteniéndose 262 controles y 131 casos mediante una ficha de recolección de datos. Se encontró que se encontró que la edad adolescente de la madre aumenta el riesgo de riesgo de complicación durante el parto (OR=4,83; IC95%: 1,82-12,79; p=0,0009); sobre todo en gestantes de bajo nivel socioeconómico, también que a medida que aumenta escolaridad disminuye el riesgo de mortalidad(5).

2017, Tirado L; en su estudio “Gestante añosa como factor asociado a distocia de labor de parto en el Hospital Belén de Trujillo” donde el objetivo fue determinar si el ser gestante añosa es factor asociado a distocia de labor de parto, su estudio fue de tipo estudio observacional, retrospectivo, analítico, de casos y controles de una población de 220 gestantes mediante la recolección de datos de historias clínicas. Se encontró que ser gestante añosa (cuando la edad de la madre al momento de la gestación sea de 35 años o mas) se asocia con distocia funcional de la labor de parto (OR=3,15; IC95%: 1,54-5,74; p<0,05), donde se concluye que las gestantes añosas tienen mayor riesgo de presentar distocia al momento del parto(6).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1 Trabajo de parto:

Es un evento que precede a la expulsión fetal, generalmente durante el trabajo de parto vaginal, que normalmente inicia después de las 40 semanas de gestación, seguido de un aumento de actividad de los músculos uterinos seguido de cambios cervicales y al final ruptura de las membranas corioamnióticas (20).

Ocurrencia de contracciones regulares de suficiente fuerza, frecuencia y duración que pueden incorporar y dilatar el cuello uterino(21). Es un proceso continuo que está dividido en 3 periodos para facilitar su manejo clínico:

1. Periodo de dilatación: Tiempo comprendido entre el inicio del trabajo de parto y la dilatación cervical completa. Se divide en:
 - ✓ Fase latente: De 0 a 4 cm de dilatación.
 - ✓ Fase activa: Más de 4 cm de dilatación.
2. Periodo expulsivo: Intervalo entre la dilatación completa y la salida del feto.
3. Periodo de alumbramiento: Abarca la expulsión de la placenta y membranas fetales.

2.2.2 Parto Prolongado:

Alteración del trabajo de parto que se caracteriza por la falta de progreso del feto por causas mecánicas o dinámicas, prolongándose por encima de las 12 horas. Evidencia cuando la curva de alerta en el partograma se desvía hacia la derecha(21).

2.2.2.1 Etiología

Entre las causas más frecuentes tenemos:

- Desproporción céfalo pélvica.
- Mala presentación o situación fetal.
- Uso de sedantes uterinos.
- Ayuno prolongado.
- Distocias cervicales y de contracción.

2.2.2.2 Fisiopatología

Se caracteriza por detener y retrasar el trabajo de parto al reducir la frecuencia, intensidad o duración de las contracciones uterinas.

2.2.2.3 Diagnostico

- La curva de dilatación del trabajo de parto se desplaza hacia la derecha, haciéndose más plana.

- Disminución de la intensidad, frecuencia o duración de las contracciones uterinas. Detención de la dilatación o el descenso.
- Formación de un anillo de contracción doloroso en el útero, que se puede evidenciar al examen clínico.
- Duración del parto mayor de 12 horas. TRABAJO DE PARTO PROLONGADO.
- Fase latente prolongada.

2.2.2.4 Manejo

- Detectar oportunamente los casos en riesgo.
- Detectar la patología del trabajo de parto oportunamente.
- Llevar al mínimo el riesgo de morbilidad

2.2.2.5 Complicaciones

- MATERNAS

- Hemorragias por desgarros cervicales: Proceder a la reparación mediante sutura si es que el desgarro es sangrante con catgut crómico cero y de acuerdo al nivel de complejidad. En algunos casos el sangrado puede cohibirse mediante la compresión con pinzas.
- Rotura uterina: amerita reparación quirúrgica en sala de operaciones.
- Lesión de partes blandas: debe de ser suturada en caso de existir hemorragia.

- FETALES

- Sufrimiento fetal.
- Asfixia.
- Trauma obstétrico: Lesiones neurológicas y anatómicas.

2.2.3 Hemorragia postparto precoz

La hemorragia postparto precoz (HPP) significa sangrado de 500 ml o más dentro de las 24 horas posterior al parto. Otras alternativas para la definición de HPP son la disminución del hematocrito en un 10 %, la pérdida de sangre que amenaza la

necesidad de transfusiones de sangre y la estabilidad hemodinámica de la madre. Se sugiere el uso de la regla nemotécnica de las “4 T” para el fácil reconocimiento de la etiología de la hemorragia posparto: Tono (atonía uterina), Tejido (retención de productos de la concepción), Trauma (lesión del canal del parto) y Trombina (alteraciones de la coagulación)(14).

2.2.3.1 Etiología

Una causa común de HPP es la falta de contracción adecuada uterina después del parto (HPP Atónica), representa el 70 % de la HPP en la mayoría de países; Trauma al tracto genital (HPP Traumática), representa aproximadamente el 20 % de la HPP; el sangrado debido a retención de tejido placentario 9 % y los trastornos de coagulación que explica el restante 1 %. La HPP Atónica es una de las principales causas de muerte materna en países de ingresos medios y bajos(21).

2.2.3.2 Cuadro Clínico

- Atonía Uterina: Sangrado vaginal abundante, útero aumentado de tamaño que no se contrae.
- Retención de Placenta: Placenta adherida por más de 30 minutos en alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos si se realizó alumbramiento dirigido.
- Retención de Restos Placentarios y/o Restos de Membranas: Subinvolución uterina, placenta se encuentra incompleta, ausencia de cotiledones o parte de membranas ovulares).
- Lesión del Canal del Parto: Sangrado continuo con útero contraído y placenta completa.
- Inversión Uterina: Útero no palpable a nivel del abdomen, tumoración que se palpa en canal vaginal o protruye por fuera del canal vaginal. Dolor Hipogástrico Agudo.

2.2.3.3 Manejo de la hemorragia postparto

Las acciones iniciales deben centrarse en estabilizar y/o restaurar la hemodinamia de la paciente. Para ello ha de instaurarse fluidoterapia agresiva con SF o Ringer Lactato a razón 3:1 (300 cc de reposición por cada 100 perdidos). En general, se debe considerar la transfusión cuando se han perdido entre 1 y 2 litros de sangre aproximadamente. En tales circunstancias, si se administran 5 ó más concentrados de hematíes, debe añadirse plasma fresco congelado para reducir el impacto de la coagulopatía dilucional. Deben administrarse concentrados de plaquetas si el recuento de éstas desciende por debajo de 20.000 o si hay una disfunción plaquetaria. Un concentrado de hematíes incrementa el hematocrito en un 3% y seis concentrados de plaquetas suponen una elevación de 30.000/ microL en el recuento. Los signos vitales (PA, pulso, saturación de O₂) deben monitorearse durante este tiempo y debe realizarse un análisis continuo cada 30 minutos. Considere detener la infusión si el nivel de hemoglobina es 8 g/dl (hematocrito 21%), el recuento de plaquetas 50000 o el tiempo de coagulación (PT y aPTT) es menos de 1,5 veces el valor de control alcanzado.

Sino puede mantener la saturación de oxígeno por encima del 92%, debe comenzar la terapia de oxígeno asistida por mascara. Es necesario investigar e identificar la estabilización hemodinámica y la causa del sangrado para poder aplicar el tratamiento ideal.(22)

2.2.4 Sepsis Materna

Una afección potencialmente mortal en las mujeres se define como una disfunción orgánica debido a la infección durante el embarazo, el parto, el postaborto o el postparto (hasta los 42 días)(21).

Sin embargo, no existen evidencias claras si los criterios qSOFA y Score SOFA utilizados en adultos puedan ser usados también en población materna. La mortalidad materna por esta causa está fuertemente asociada con un diagnóstico

tardío de sepsis materna, el inicio inmediato del tratamiento y un momento adecuado para el manejo de la unidad de cuidados intensivos, el manejo oportuno definirá el pronóstico del paciente. La OMS define sepsis puerperal como la infección del tracto genital que ocurre en cualquier momento entre el comienzo de la ruptura de membranas o trabajo de parto y los 42 días postparto, con la presencia de fiebre y uno o más de los siguientes síntomas: dolor pélvico, loquios o flujo vaginal anormal, olor anormal y retraso en la velocidad de involución del útero(23).

2.2.4.1 Etiología

- INFECCIÓN BACTERIANA. La causa más común son los bacilos Gram negativos, entre los que está a la cabeza la E. coli; el otro grupo importante son los cocos Gram positivos.
- INFECCIÓN VIRAL. Asociados a personas con inmunosupresión (herpes y citomegalovirus), sin embargo en los últimos años hemos tenido pacientes muy comprometidas con infecciones por influenza AH1N1 y dengue.
- OTROS, entre los cuales tenemos a hongos, rickettsias y parásitos tipo *Plasmodium vivax* y *falciparum*.

Según el Instituto Nacional Materno Perinatal la primera causa de sepsis fueron los casos de sepsis de origen urinario(24).

2.2.4.2 Fisiopatología

- Impacto de los receptores Toll en el inicio de la sepsis. Estos receptores son considerados como parte del diagnóstico y objetivo terapéutico.
- Los receptores de membrana Toll interaccionan con agentes tan diversos como: endotoxina, peptidoglicanos, detritus celulares y ADN vírico; explican la capacidad del huésped de responder ante cualquier estímulo identificado como no propio.

- Los niveles séricos de factor de necrosis tumoral (TNF) se encuentran elevados en pacientes con sepsis, aunque dicha elevación depende tanto de la gravedad como del tipo de proceso séptico
- La interleukina 1 (IL-1) es otra citoquina proinflamatoria de notable actividad en la sepsis.

2.2.4.3 Diagnostico

Queremos plantear los criterios diagnósticos como parte del manejo de “Clave Amarilla”, para los diferentes niveles de atención materna en el país.

1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y ACTIVACIÓN DE CLAVE AMARILLA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Paciente que ingresa a un establecimiento de salud con diagnósticos obstétricos y posible foco infeccioso. Debemos buscar criterios SIRS:

Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS)	<p>Respuesta inflamatoria sistémica a diversos estímulos (traumatismo, infección). Su diagnóstico exige dos o más de las siguientes alteraciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Temperatura: > 38 °C o < 36 °C 2. Frecuencia cardíaca: > 90 latidos/min 3. Frecuencia respiratoria: > 20 respiraciones/min o PaCO₂ < 32 mm Hg 4. Recuento leucocitario: > 12000 cel/mm³, < 4000 cel/mm³ o > 10 % de formas inmaduras.
---	--

Si tenemos 2 o más criterios SIRS y la presencia de foco infeccioso en una paciente en condición obstétrica, hacemos el diagnóstico de sepsis y por lo tanto debemos activar clave amarilla.

1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y ACTIVACIÓN DE CLAVE AMARILLA EN EL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN: Paciente que ingresa a un establecimiento de salud con diagnósticos obstétricos y posible foco infeccioso. Debemos buscar criterios SIRS:

Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS)	<p>Respuesta inflamatoria sistémica a diversos estímulos (traumatismo, infección). Su diagnóstico exige dos o más de las siguientes alteraciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Temperatura: > 38 °C o < 36 °C 2. Frecuencia cardíaca: > 90 latidos/min 3. Frecuencia respiratoria: > 20 respiraciones/min o PaCO₂ < 32 mm Hg 4. Recuento leucocitario: > 12000 cel/mm³, < 4000 cel/mm³ o > 10 % de formas inmaduras.
---	--

Si tenemos 2 o más criterios SIRS y la presencia de foco infeccioso en una paciente en condición obstétrica, hacemos el diagnóstico de sepsis. Si las condiciones del hospital nivel II no son las adecuadas para el manejo de la paciente (no cuentan con medicina intensiva, o laboratorio especializado o sala de operaciones disponible), pensar en referir a la paciente a un hospital de mayor nivel. Si existen condiciones adecuadas para el manejo de la paciente, sobre todo para hospitales nivel II, se solicitará pruebas de laboratorio para establecer el puntaje de Score SOFA completo, hemocultivos y urocultivos. La identificación del puntaje del Score SOFA con las pruebas de laboratorio no debe demorar más de 1 hora desde la identificación del caso. Si con el Score SOFA se identifican criterios de disfunción orgánica, estamos ante una SEPSIS MATERNA con disfunción orgánica y la paciente debe ser hidratada y manejada en cuidados intensivos; además se debe pensar en la eliminación inmediata del foco séptico. Iniciamos manejo inmediato (hidratación, antibioticoterapia, u otro manejo de soporte) en cuidados intensivos. Si en el transcurso del manejo de soporte, a pesar de haber brindado reposición adecuada de líquidos, se tiene la dificultad para mantener la presión arterial media ≥ 65 mm Hg o el nivel de lactato sérico es > 2 mmol/L (18 mg/dL), debemos considerar que la paciente se encuentra en SHOCK SÉPTICO, por lo tanto, en hospital nivel II o III, DEBEMOS ACTIVAR LA CLAVE AMARILLA.

2.2.4.4 Manejo

El manejo de los casos de sepsis materna lo planteamos con relación a las acciones que debe realizar el equipo de Clave Amarilla, como un sistema de respuesta rápida mediante la activación de un equipo multidisciplinario que se anticipa y previene la aparición de falla multiorgánica y la muerte de la paciente, utilizando protocolos estandarizados y asignación de roles en los casos de sepsis y shock séptico.

2.2.5. Eclampsia

Complicación aguda de la preeclampsia en la que se presentan convulsiones tónico-clónicas generalizadas, que se puede presentar hasta las 8 semanas posparto(21).

Las convulsiones eclámpicas ponen en riesgo la vida y se debe considerar una urgencia, pueden producirse antes del parto, intraparto o después del parto y puede ocurrir incluso con niveles de hipertensión no graves(25).

2.2.5.1 Manejo

Para el manejo se requiere el control de las convulsiones y prevención de las recurrencias con sulfato de magnesio a las mismas dosis que se indican en preeclampsia severa: sulfato de magnesio 4 gramos endovenosos en 20 minutos; sulfato de magnesio esta asociado con reducciones clínicamente significativas en la muerte materna. Su administración y control resultan relativamente sencillos. También se puede administrar por vía intramuscular, 2 gramos en cada glúteo con 0.5 cc de lidocaína al 2% en situaciones donde no se disponga de personal con experiencia en la administración endovenosa. Se debe realizar la corrección de la hipoxemia materna y/o acidosis, monitorear y controlar las funciones vitales y la hipertensión arterial. Cuando la paciente es estabilizada se debe iniciar el proceso del parto, que en la mayoría de casos requiere una cesarea de emergencia. En el postparto la paciente debe continuar su hospitalización en una Unidad de cuidados intensivos(25).

2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

Trabajo de parto: El trabajo de parto es el proceso mediante el cual el feto y la placenta abandonan el útero. El parto puede ocurrir de dos maneras, por vía vaginal (a través del canal de parto) o por cesárea (cirugía).

Parto prolongado: Alteración del trabajo de parto caracterizado, que se prolonga por encima de las 12 horas y se manifiesta porque la curva de alerta del partograma se desvía hacia la derecha.

Hemorragia: Se refiere a la pérdida de sangre. El sangrado puede ser: Dentro del cuerpo (internamente) Fuera del cuerpo (externamente).

Fiebre: fenómeno que consiste en el incremento de la temperatura corporal y en el aumento de la frecuencia de la respiración y el pulso.

Convulsiones: Consisten en contracciones involuntarias y bruscas de los músculos del esqueleto, localizadas o generalizadas, de aparición brusca y de duración breve.

Edad: Número de años cumplidos de la mujer al momento de la encuesta.

Grado de instrucción: Se refiere al nivel de instrucción de una persona, es el grado más elevado de estudios alcanzado, sin tener en cuenta si se han terminado o están incompletos.

Controles pre natales: Acciones sistemáticas o periódicos, que tienen finalidad de prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores de riesgo que pueden condicionar la morbilidad materna y perinatal.

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.2 HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS

3.1.1 Hipótesis General

Los factores asociados a presentar complicaciones durante el parto (parto prolongado, sangrado excesivo, fiebre con sangrado vaginal y convulsiones) en el Perú según los datos extraídos de la ENDES 2019 son el inicio de control prenatal, controles prenatales, número de hijos en los últimos 5 años, edad materna, lugar de residencia, nivel de educación, lugar de parto, índice de pobreza y altitud geográfica.

3.1.2 Hipótesis específicas

1. Los factores sociodemográficos están asociados a complicaciones durante el parto (parto prolongado, sangrado excesivo, fiebre con sangrado vaginal y convulsiones).
2. Los factores obstétricos están asociados a complicaciones durante el parto (parto prolongado, sangrado excesivo, fiebre con sangrado vaginal y convulsiones).

3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN

3.2.1 Variables Dependientes:

- 1. Parto prolongado**
- 2. Sangrado excesivo**
- 3. Fiebre con sangrado vaginal**
- 4. Convulsiones**

3.2.2 Variables Independientes:

- 1. Edad materna**
- 2. controles prenatales**
- 3. Inicio de controles prenatales**
- 4. Número de niños en los últimos 5 años**
- 5. Lugar de residencia**
- 6. Nivel de Educación**
- 7. Lugar de atención**
- 8. Índice de Riqueza**
- 9. Altitud geográfica**

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio de base de datos secundaria de tipo cuantitativo, observacional, analítico de tipo transversal.

Los datos fueron recogidos a partir de “La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019”. El estudio es observacional ya que no se manipularon variables y no hubo intervención de ningún tipo del investigador, de corte transversal ya que los datos fueron recolectados en un periodo de tiempo que es el año 2019.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1 Población

La población de estudio abarca a todas las mujeres de 15 a 49 años de hogares particulares, residentes habituales y aquellas que no siendo residentes pernoctaron en la vivienda la noche anterior al día de la entrevista.

El muestreo de ENDES es probabilístico de tipo equilibrado, estratificado e independiente, a nivel departamental y por área urbana y rural; las estimaciones de ENDES tiene representatividad anual a nivel nacional, urbano/rural, por dominio geográfico y para las 24 regiones del Perú y la provincia constitucional del Callao.

4.2.2 Muestra

El tipo de muestreo de la encuesta ENDES es bietápico, probabilístico de tipo equilibrado, estratificado e independiente, a nivel departamental y área urbana y rural, teniendo como unidad muestral el conglomerado y la vivienda Particular en el área urbana y el área de Empadronamiento Rural y la Vivienda Particular en el área rural. De tal manera, las estimaciones de ENDES tiene representatividad anual a nivel nacional, urbano/rural, por dominio geográfico y para las 24 regiones del Perú y la provincia constitucional del Callao.

4.2.3 Criterios de selección de la muestra

4.2.3.1 Criterios de inclusión

Mujeres entre 15- 49 Años que hallan llenado correctamente el cuestionario individual de la Mujer.

4.2.3.2 Criterios de exclusión

Mujeres entre 15 - 49 Años no tengan datos completos en el cuestionario individual de la Mujer.

Mujeres entre 15 - 49 Años que no tengan ninguna gestación.

4.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

(ANEXO 9)

4.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para este estudio se utilizó una fuente de datos secundaria, la encuesta de la ENDES se realizó de manera personal, por un trabajador capacitado previamente que acude de hogar en hogar, recolectando información de la población. Esta información es recogida por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú a través de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019.

4.4. RECOLECCIÓN DE DATOS

La base de datos de ENDES 2019 fue descargada directamente de la página web del INEI de los módulo69 (Embarazo, Parto, Puerperio y Lactancia), modulo64 (Características del Hogar) y modulo65 (Características de la vivienda) y juntaron los datos para su análisis.

Las variables dependientes parto prolongado (S426GA), sangrado excesivo (S426GB), fiebre con sangrado vaginal (S426GC) y convulsiones(S426GD) se encuentran en el archivo de datos (REC94) del módulo69.

Las variables independientes sé cómo edad materna (HV105), lugar de residencia (HV025), nivel de educación (HV109), número de niños en los últimos 5 años (HV014) y la altitud geográfica (HV040) se encuentran en el módulo64. Las variables lugar de atención (M15), controles prenatales (M14) e inicio de controles prenatales (M13) se encuentran en el módulo69. La variable de índice de riqueza (HV270) en el módulo65.

4.5. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La base de datos de ENDES 2019 descargada fue analizada mediante el programa estadístico STATA versión 16. En cuanto a estadística descriptiva, para la edad se usó la mediana y el rango intercuartílico, las variables cualitativas se construyeron tablas de frecuencias y contingencia. En cuanto a la estadística inferencial, la asociación entre variables cualitativas o categóricas se evaluó utilizando el estadístico Chi cuadrado de independencia. Como medida para la evaluación de los factores de riesgo se utilizó razones de prevalencias crudas y ajustadas (RP), con su respectivo intervalo de confianza al 95%, a través de un modelo de regresión de Poisson con varianzas robustas, usando el ajuste para muestras complejas (Svy) y considerando una significancia estadística si el $p < 0,05$.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

En el presente estudio se toma la base de datos de la encuesta ENDES del 2019, en donde los encuestadores capacitados se encargaron de realizar la firma de un consentimiento informado antes de aplicar dicha encuesta a los participantes. La Base de Datos ENDES es de carácter público y de disposición libre y gratuito;

agregado que este estudio no presento información que permita la identificación de las participantes por ello se preserva su confidencialidad.

El presente trabajo fue realizado en el “VII Curso Taller de Titulación por Tesis”, según metodología publicada(26) y aprobado por el comité de ética en aprobación de la facultad de medicina humana de la universidad Ricardo palma.

4.7. LIMITACIONES

Como limitaciones de la investigación, se recalca que los datos secundarios empleados son útiles para plantear hipótesis, pero no necesariamente para confirmar relaciones; considerando que la base de datos de la encuesta nacional ENDES no estuvo diseñada para resolver la pregunta investigación planteada en este estudio. La información obtenida respecto a las complicaciones de parto como convulsiones, sangrado excesivo, fiebre con sangrado vaginal y parto prolongado, proviene de preguntas que apelan a la memoria y a la calidad de la información que las entrevistadas puedan tener, posibilitando el riesgo de sesgo de información. Esta situación constituye una evaluación subjetiva del fenómeno, frente a los datos objetivos que pudieron haberse recolectado en el mismo lugar y tiempo que sucedieron las complicaciones.

Se debe tener en cuenta que la variable como las complicaciones durante el parto son referencias planteadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y ejecutadas a través del cuestionario ENDES, Otra de las limitaciones respecto a las variables estudiadas, como la variable convulsiones se limitan solo aquellas que no son causadas por fiebre al momento del parto, y en este estudio se asoció con Eclampsia como causa de esas convulsiones.

VARIABLES como la edad, número de hijos en los últimos 5 años, lugar de residencia y altitud geográfica presentan limitaciones como la temporalidad al momento de realizada la encuesta por que se realizó a las mujeres que pernoctaron una noche anterior al día de la encuesta y que no necesariamente corresponde al momento que eran gestantes.

A pesar de ello, se afirma que los resultados obtenidos en este estudio son válidos e importantes porque nos permiten una aproximación más cercana y global de la relación existente entre factores obstétricos y sociodemográficos y las complicaciones de parto a nivel nacional, reconociendo incluso las zonas geográficas más vulnerables del país para priorizar un plan de acción en estas, siendo posible una extrapolación de esta relación entre factores y complicaciones en países de América Latina con características sociodemográficas parecidas a Perú y generando un punto de partida para nuevas investigaciones direccionadas a corroborar las hipótesis planteadas por este estudio. Asimismo, su análisis es fundamental para revelar que las complicaciones de parto continúan siendo un problema sanitario con grandes repercusiones en la mortalidad materna que, con los esfuerzos necesarios para prevenir los factores estadísticamente asociados con este problema, se puede reducir en gran medida.

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

Es un estudio que se obtuvo del análisis de datos de un total de 18 386 mujeres con edad de 15 a 49 años que fueron encuestadas.

En cuanto a sus características sociodemográficas (tabla 1), la edad promedio del total de encuestadas fue de 30.3 años y el nivel de educación secundaria fue el predominante con un 45,9%. Las regiones más encuestadas fueron Lima metropolitana con 28,1% y resto de costa con 26,6%. El área urbana fue el que presento más encuestadas con 73,7%. Del total, 41,06% refiere de 8 a 10 controles prenatales, el 73,3% de encuestadas afirma tener 1 hijo o ninguno en los últimos 5 años, y el 81,7% alude que su primer control prenatal se realizó en los primeros 3 meses de gestación. El 94,6% de encuestadas refiere la atención de parto en una institución de salud. Según la altitud geográfica, el 70,8% reside de 0 a 1499 m.s.n.m.

Tabla 1. Características sociodemográficas de mujeres peruanas en edad fértil ENDES-2019.

VARIABLES	Frecuencia absoluta	Proporción ponderada
Grupo etario		
15-19 años	921	4,9
20-34 años	12090	65,14
35-50 años	5375	29,96
Nivel educativo		
Sin educación	267	1,46
Primaria	3 266	17,80
Secundaria	8 576	45,93
Superior	6 277	34,80
Quintil de riqueza		
Los más pobres	4 845	24,15
Pobre	5 062	25,09
Medio	3 735	19,83
Rico	2 787	17,02
Más Rico	1 957	13,91

Área de residencia		
Urbano	13 230	73,69
Rural	5 156	26,31
Número de Control pre-natal		
De 0 a 5	1 887	10,37
De 6 a 7	3 005	16,35
De 8 a 10	7 645	41,06
De 11 a 20	5 849	32,22
Número de hijos en los últimos 5 años		
0 a 1 hijo	13506	73,3
2 a más hijos	4880	26,7
Primer control prenatal		
De 0 a 3 meses de gestación	14768	81,66
De 4 a 6 meses de gestación	3167	16,94
De 7 a 9 meses de gestación	278	1,4
Lugar de Parto		
No Institucional	878	5,39
Institucional	17508	94,61
Altitud Geográfica		
0 a 1499 m.s.n.m.	11935	70,8
1500 a 2499 m.s.n.m.	1438	6,35
2500 a 3499 m.s.n.m.	3265	15,62
3500 a 5800 m.s.n.m.	1748	7,23

5.1.1 Parto Prolongado

Respecto a los factores asociados a parto prolongado (tabla 2), el análisis bivariado presenta significancia estadística de los factores sociodemográficos de edad materna, lugar de residencia, índice de riqueza y la altitud geográfica, y el factor obstétrico de número de hijos en los últimos 5 años con esta complicación. En el análisis multivariado y respecto a los factores sociodemográficos, las mujeres en edad de 35 años a más presentan 0.86 veces (IC 95%: 0.76-0.97) la prevalencia de parto prolongado en comparación con las de 20 a 34 años, el área rural tiene 0.83 veces (95% 0.71-0.97) la prevalencia de parto prolongado en comparación al área urbana, aquellas que viven a una altura de 3500 a 5800 m.s.n.m. presentan 1.57

veces (IC 95%: 1.33-1.85) parto prolongado y, las mujeres con labor de parto en una institución de salud desarrollaron 0.45 veces (IC 95%: 0.32-0.64) parto prolongado. Sin embargo, el índice de riqueza de las encuestadas no demostró valor significativo ($p>0,05$) con parto prolongado. En cuanto a los factores obstétricos, se encontró que las mujeres con 2 o más hijos en los últimos 5 años manifestaron 0.76 veces (IC 95%: 0.67-0.86) parto prolongado que las mujeres que tenían 1 o ningún hijo.

Tabla 2. Análisis bivariado y multivariado de los factores asociados a parto prolongado en mujeres peruanas en edad fértil, ENDES 2019.

Parto prolongado	Si	No	Total	RP (IC 95%)	Valor de p	RPa (IC 95%)	Valor de p
Edad							
De 20 a 34 años	1643 (13.6%)	10447(86.4%)	12090	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
De 15 a 19 años	134 (14.5%)	787(85.5%)	921	1.20 (0.88-1.64)	0.241	1.23 (0.90-1.68)	0.189
De 35 a más años	587 (10.9%)	4788(89.1%)	5375	0.87 (0.77-0.98)	0.029	0.86 (0.76-0.97)	0.023
Controles prenatales							
De 0 a 5	214 (11.3%)	1673 (88.7%)	1887	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
De 6 a 7.	385 (12.8%)	2620 (87.2)	3005	1.09 (0.89-1.34)	0.390		
De 8 a 10	991 (13%)	6645 (87%)	7645	1.09 (0.90-1.33)	0.335		
De 11 a 20	774 (13.2%)	5075 (86.8)	5849	1.08 (0.89-1.30)	0.413		
Primer Control							
0 a 3 mes de gestación	1889(12.8%)	12879 (87.2%)	14768	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
4 a 6 mes de gestación	438(13.8%)	2729 (86.2%)	3167	1.14 (0.98-1.34)	0.086		
7 a 9 mes de gestación	24(8.6%)	254 (91.4%)	278	0.65 (0.41-1.05)	0.080		
Hijos en los últimos 5 años							
0 a 1 hijo	1856 (13.7%)	11650 (86.3%)	13506	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

2 a más hijos	508 (10.4%)	4372 (89.6%)	4880	0.74 (0.65-0.85)	0.000	0.76 (0.67-0.86)	0.000
Lugar de Residencia							
Urbano	1692 (12.8%)	11538 (87.2%)	13230	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Rural	672 (13%)	4484 (87%)	5156	0.87 (0.76-0.98)	0.034	0.83 (0.71-0.97)	0.022
Nivel Educativo							
Sin nivel	38 (14.2%)	229 (85.8%)	267	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Primaria	378 (11.6%)	2888 (88,4%)	3266	0.87 (0.60-1.25)	0.459		
Secundaria	1144 (13.3%)	7432 (86.7%)	8576	1.11 (0.78-1.58)	0.559		
Superior	804 (12.8%)	5473 (87.2%)	6277	1.01 (0.71-1.45)	0,930		
Lugar de Parto							
No institucional	51 (5.8%)	827 (94.2%)	878	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Institucional	2313 (13.2%)	15195 (86.8%)	17508	2.40 (1.71-3.37)	0.000	0.45 (0.32-0.64)	0.000
Índice de Riqueza							
Los más pobres	616 (12.7%)	4229 (87.3%)	4845	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Pobre	685 (13.5%)	4377 (86.5%)	5062	1.21 (1.03-1.42)	0.015	1.05 (0.89-1.23)	0.512
Medio	516 (13.8%)	3219 (86.2%)	3735	1.17 (1.01-1.35)	0.037	1.02 (0.86-1.21)	0.764
Rico	354 (12.7%)	2433 (87.3%)	2787	1.19 (1.01-1.41)	0.040	1.06 (0.86-1.30)	0.548
Mas Rico	193 (9.9%)	1764 (90.1%)	1957	0.88 (0.73-1.07)	0.233	0.80 (0.64-1.00)	0.052
Altitud Geográfica							
0 a 1499 m.s.n.m.	1386 (11.6%)	10549 (88.4%)	11935	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
1500 a 2499 m.s.n.m.	196 (13.6%)	1242 (86.4%)	1438	1.20 (0.98-1.47)	0.066	1.33 (1.10-1.62)	0.003
2500 a 3499 m.s.n.m.	481 (14.7%)	2784 (85.3%)	3265	1.20 (1.04-1.38)	0.009	1.25 (1.09-1.44)	0.001
3500 a 5800 m.s.n.m.	301 (17.2%)	1447 (82.8%)	1748	1.50 (1.28-1.75)	0.000	1.57 (1.33-1.85)	0.000

5.1.2 Sangrado Excesivo

En relación al Sangrado excesivo (tabla 3), el análisis bivariado encuentra significancia estadística del factor sociodemográfico de altitud geográfica y factores obstétricos de número de controles prenatales y trimestre de primer control prenatal, con esta complicación. En relación a los factores sociodemográficos, específicamente la altitud geográfica, se encontró que las mujeres que residen de 1500 a 2499 m.s.n.m. presentan 1.36 veces (IC 95%: 1.08-1.72) sangrado excesivo, las mujeres que residen de 2500 a 3499 m.s.n.m. presentan 1.50 veces (IC 95%: 1.29-1.73) sangrado excesivo y las mujeres que residen de 3500 a 5800 m.s.n.m. 1.63 veces (IC 95%: 1.36-1.95) sangrado excesivo durante el parto en comparación con las mujeres que residen de 0 a 1499 m.s.n.m. En el análisis multivariado, no se halló relación significativa entre los factores obstétricos de número de controles prenatales ($p>0,05$) y el trimestre del primer control prenatal ($p>0,05$) con el sangrado excesivo durante el parto.

Tabla 3. Análisis bivariado y multivariado de los factores asociados a sangrado excesivo en mujeres peruanas en edad fértil, ENDES 2019.

	Sangrado Excesivo		Total	RP (IC 95%)	Valor de <i>p</i>	RPa (IC 95%)	Valor de <i>p</i>
	Si	No					
Edad							
De 20 a 34 años	1174 (9.7%)	10916(90.3%)	12090	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
De 15 a 19 años	90 (9.8%)	831(90.2%)	921	0.90 (0.69-1.18)	0.476		
De 35 a más años	512 (9.5%)	4863(90.5%)	5375	0.94 (0.83-1.06)	0.324		
Controles prenatales							
De 0 a 5	205 (10.9%)	1682 (89.1%)	1887	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
De 6 a 7	318 (10.6%)	2687 (89.4%)	3005	0.90 (0.73-1.12)	0.377	0.92 (0.73-1.16)	0.486
De 8 a 10	986 (12.9%)	6959 (87.1%)	7645	0.82 (0.67-0.99)	0.047	0.85 (0.68-1.07)	0.175
De 11 a 20	567 (9.7%)	5282 (90.3%)	5849	0.79 (0.65-0.96)	0.023	0.86 (0.68-1.09)	0.226

Primer Control							
0 a 3 mes de gestación	1373(9.3%)	13395 (90.7%)	14768	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
4 a 6 mes de gestación	357(11.3%)	2810 (88.7%)	3167	1.28 (1.11-1.47)	0.000	1.15 (0.98-1.35)	0.070
7 a 9 mes de gestación	33(11.9%)	245 (88.1%)	278	1.37 (0.93-2.01)	0.102	1.13 (0.74-1.72)	0.549
Hijos en los últimos 5 años							
0 a 1 hijo	1330 (9.8%)	12176 (90.2%)	13506	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
2 a más hijos	446 (9.1%)	4434 (90.9%)	4880	0.95 (0.84-1.09)	0.531		
Lugar de Residencia							
Urbano	1234 (9.3%)	11996 (90.7%)	13230	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Rural	542 (10.5%)	4614 (89.5%)	5156	1.10 (0.97-1.26)	0.129		
Nivel Educativo							
Sin nivel	34 (12.7%)	233 (87.3%)	267	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Primaria	349 (10.7%)	2917 (89.3%)	3266	0.80 (0.53-1.21)	0.298		
Secundaria	845 (9.9%)	7731 (90.1%)	8576	0.79 (0.53-1.19)	0.275		
Superior	548 (8.7%)	5729 (91.3%)	6277	0.67 (0.44-1.02)	0,064		
Lugar de Parto							
No institucional	65 (7.4%)	813 (92.6%)	878	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Institucional	1711 (9.8%)	15797 (90.2%)	17508	1.17 (0.86-1.60)	0.298		
Índice de Riqueza							
Los más pobres	506 (10.4%)	4339 (89.6%)	4845	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Pobre	518 (10.2%)	4544 (89.7%)	5062	0.91 (0.78-1.07)	0.270		
Medio	353 (9.5%)	3382 (90.5%)	3735	0.94 (0.79-1.11)	0.487		
Rico	251 (9%)	2536 (91%)	2787	0.86 (0.72-1.04)	0.132		

Mas Rico	148 (7.6%)	1809 (92.4%)	1957	0.79 (0.61-1.01)	0.060		
Altitud Geográfica							
0 a 1499 m.s.n.m.	996 (8.3%)	10939 (91.7%)	11935	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
1500 a 2499 m.s.n.m.	151 (10.5%)	1287 (89.5%)	1438	1.36 (1.08-1.72)	0.009	1.36 (1.08-1.72)	0.009
2500 a 3499 m.s.n.m.	393 (12%)	2872 (88%)	3265	1.52 (1.32-1.75)	0.000	1.50 (1.29-1.73)	0.000
3500 a 5800 m.s.n.m.	236 (13.5%)	1512 (86.5%)	1748	1.67 (1.39-2.00)	0.000	1.63 (1.36-1.95)	0.000

5.1.3 Fiebre con sangrado vaginal

Respecto a los factores asociados a fiebre con sangrado vaginal (Tabla 4), el análisis bivariado presenta que el factor obstétrico de número de controles prenatales y el factor sociodemográfico de altitud geográfica, presentan significancia estadística con esta manifestación. En el análisis multivariado, las mujeres que tuvieron de 8 a 10 controles prenatales fue 0.65 veces (IC 95%: 0.44-0.96) la prevalencia de fiebre con sangrado vaginal, en comparación con las mujeres que tuvieron de 0 a 5 controles prenatales. También se encontró que las mujeres que residen de 2500 a 3499 m.s.n.m. presentan 1.64 veces (IC 95%: 1.25-2.16) fiebre con sangrado vaginal y las mujeres que residen de 3500 a 5800 m.s.n.m. presentan 2.03 veces (IC 95%: 1.51-2.74) fiebre con sagrado vaginal en comparación con las mujeres que residen de 0 a 1499 m.s.n.m.

Tabla 4. Análisis bivariado y multivariado de los factores asociados a fiebre con sangrado vaginal en mujeres peruanas en edad fértil, ENDES 2019.

	Fiebre con Sangrado Vaginal			RP (IC 95%)	Valor de <i>p</i>	RPa (IC 95%)	Valor de <i>p</i>
	Si	No	Total				
Edad							
De 20 a 34 años	291 (2.4%)	11799(97.6%)	12090	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

De 15 a 19 años	26 (2.8%)	895(97.2%)	921	1.18 (0.70-1.99)	0.523		
De 35 a más años	137 (2.5%)	5238(97.5%)	5375	1.08 (0.84-1.40)	0.529		
Controles prenatales							
De 0 a 5	63 (3.3%)	1824 (96.7%)	1887	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
De 6 a 7	94 (3.1%)	2911 (96.9%)	3005	0.98 (0.64-1.48)	0.925	0.99 (0.65-1.50)	0.965
De 8 a 10	152 (2%)	7493 (98%)	7645	0.64 (0.44-0.95)	0.028	0.65 (0.44-0.96)	0.031
De 11 a 20	145 (2.5%)	5704 (97.5%)	5849	0.78 (0.52-1.15)	0.211	0.81 (0.55-1.20)	0.298
Primer Control							
0 a 3 mes de gestación	339 (2.3%)	14429 (97.7%)	14768	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
4 a 6 mes de gestación	97(3.1%)	3070 (96.9%)	3167	1.32 (0.99-1.76)	0.057		
7 a 9 mes de gestación	9 (3.2%)	269 (96.8%)	278	1.19 (0.45-3.11)	0.714		
Hijos en los últimos 5 años							
0 a 1 hijo	348 (2.6%)	13158 (97.4%)	13506	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
2 a más hijos	106 (2.2%)	4774 (97.8%)	4880	0.78 (0.59-1.02)	0.76		
Lugar de Residencia							
Urbano	314 (2.4%)	12916 (97.6%)	13230	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Rural	140 (2.7%)	5016 (97.3%)	5156	1.03 (0.81-1.32)	0.790		
Nivel Educativo							
Sin nivel	10 (3.7%)	257 (96.3%)	267	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Primaria	105 (3.2%)	3161 (96.8%)	3266	0.82 (0.34-1.97)	0.668		
Secundaria	217 (2.5%)	8359 (97.5%)	8576	0.65 (0.28-1.53)	0.335		
Superior	122 (1.9%)	6155 (98.1%)	6277	0.58 (0.24-1.38)	0,223		
Lugar de Parto							

No institucional	17 (1.9%)	861 (98.1%)	878	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Institucional	437 (2.5%)	17071 (97.5%)	17508	1.07 (0.57-1.98)	0.826		
Índice de Riqueza							
Los más pobres	134 (2.8%)	4711 (97.2%)	4845	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Pobre	132 (2.6%)	4930 (97.4%)	5062	0.97 (0.72-1.30)	0.858		
Medio	100 (2.7%)	3635 (97.3%)	3735	1.07 (0.77-1.48)	0.682		
Rico	54 (1.9%)	2733 (98.1%)	2787	0.71 (0.48-1.05)	0.091		
Más Rico	34 (1.7%)	1923 (98.3%)	1957	0.64 (0.40-1.01)	0.059		
Altitud Geográfica							
0 a 1499 m.s.n.m.	240 (2%)	11695 (98%)	11935	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
1500 a 2499 m.s.n.m.	36 (2.5%)	1402 (97.5%)	1438	1.21 (0.82-1.78)	0.319	1.21 (0.82-1.78)	0.315
2500 a 3499 m.s.n.m.	105 (3.2%)	3160 (96.8%)	3265	1.63 (1.24-2.14)	0.000	1.64 (1.25-2.16)	0.000
3500 a 5800 m.s.n.m.	73 (4.2%)	1675 (95.8%)	1748	2.04 (1.52-2.74)	0.000	2.03 (1.51-2.74)	0.000

5.1.4 Convulsiones

Respecto a los factores asociados a convulsiones (Tabla 5), el análisis bivariado demuestra que los factores sociodemográficos de edad, lugar de residencia, índice de riqueza y altitud geográfica, así como el factor obstétrico de número de controles prenatales, presentan asociación estadísticamente significativa con esta complicación. En el análisis multivariado, las mujeres de edad de 35 años a más presentaron 1.64 veces (IC 95%: 1.12-2.42) convulsiones en comparación con las mujeres de 20 a 34 años. Con respecto al número de controles prenatales, las mujeres con 6 a 7 controles prenatales presentaron 2.39 veces (IC 95%: 1.06-5.39) y las mujeres con 11 a 10 controles prenatales presentaron 2.53 veces (IC 95%: 1.22-5.22) la prevalencia de convulsiones en comparación con las mujeres que tuvieron de 0 a 5 controles prenatales. En relación a la altitud geográfica, se

encontró que las que viven de 2500 a 3499 m.s.n.m. presentaron 2.43 veces (IC 95%: 1.56-3.78) convulsiones y las mujeres que viven de 3500 a 5800 m.s.n.m. presentaron 1.90 veces (IC 95%: 1.08-3.33) convulsiones en comparación a las que viven de 0 a 1499 m.s.n.m. Sin embargo, en el análisis multivariado, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el lugar de residencia ($p>0,05$) y el índice de riqueza ($p>0,05$) con esta complicación.

Tabla 5. Análisis bivariado y multivariado de los factores asociados a convulsiones en mujeres peruanas en edad fértil, ENDES 2019.

	Convulsiones		Total	RP (IC 95%)	Valor de p	RPa (IC 95%)	Valor de p
	Si	No					
Edad							
De 20 a 34 años	101 (0.8%)	11989 (99.2%)	12090	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
De 15 a 19 años	7 (0.8%)	914 (99.2%)	921	0.91 (0.36-2.24)	0.831	0.84 (0.33-2.09)	0.710
De 35 a más años	65 (1.2%)	5310 (98.8%)	5375	1.57 (1.06-2.31)	0.021	1.64 (1.12-2.42)	0.011
Controles prenatales							
De 0 a 5	12 (0.6%)	1875 (99.4%)	1887	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
De 6 a 7	29 (0.9%)	2976 (99.1%)	3005	2.32 (1.03-5.23)	0.042	2.39 (1.06-5.39)	0.035
De 8 a 10	57 (0.8%)	7588 (99.2%)	7645	1.59 (0.75-3.34)	0.221	1.61 (0.76-3.39)	0.208
De 11 a 20	75 (1.3%)	5774 (98.7%)	5849	2.27 (1.11-6.64)	0.025	2.53 (1.22-5.22)	0.012
Primer Control							
0 a 3 mes de gestación	133(0.9%)	14635 (99.1%)	14768	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
4 a 6 mes de gestación	37(1.2%)	3130 (98.8%)	3167	1.47 (0.95-2.26)	0.080		
7 a 9 mes de gestación	2 (0.7%)	276 (99.3%)	278	0.52 (0.09-2.82)	0.457		
Hijos en los últimos 5 años							
0 a 1 hijo	132 (0.9%)	13374 (99.1%)	13506	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

2 a más hijos	41 (0.8%)	4839 (99.2%)	4880	0.74 (0.47- 1.16)	0.193		
Lugar de Residencia							
Urbano	101 (0.8%)	13129 (99.2%)	13230	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Rural	72 (1.4%)	5084 (87%)	5156	1.89 (1.27- 2.81)	0.002	1.38 (0.78- 2.46)	0.263
Nivel Educativo							
Sin nivel	4 (1.5%)	263 (98.5%)	267	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Primaria	49 (1.5%)	3217 (98.5%)	3266	1.49 (0.52- 4.30)	0.454		
Secundaria	82 (0.9%)	8494 (99.1%)	8576	0.92 (0.32- 2.58)	0.875		
Superior	38 (0.6%)	6239 (99.4%)	6277	0.48 (0.16- 1.45)	0,196		
Lugar de Parto							
No institucional	4 (0.5%)	874 (99.5%)	878	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Institucional	169 (0.9%)	17339 (99.1%)	17508	2.22 (0.79- 6.21)	0.126		
Índice de Riqueza							
Los más pobres	59 (1.2%)	4786 (98.8%)	4845	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Pobre	63 (1.2%)	4999 (98.8%)	5062	1.14 (0.74- 1.75)	0.536	1.61 (0.95- 2.72)	0.075
Medio	25 (0.7%)	3710 (99.3%)	3735	0.51 (0.27- 0.96)	0.037	0.78 (0.35- 1.74)	0.553
Rico	15 (0.5%)	2772 (99.5%)	2787	0.41 (0.19- 0.86)	0.018	0.65 (0.25- 1.65)	0.369
Más Rico	11 (0.6%)	1946 (99.4%)	1957	0.50 (0.21- 1.15)	0.104	0.77 (0.28- 2.06)	0.606
Altitud Geográfica							
0 a 1499 m.s.n.m.	79 (0.7%)	11856 (99.3%)	11935	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
1500 a 2499 m.s.n.m.	11 (0.8%)	1427 (99.2%)	1438	1.10 (0.53- 2.27)	0.793	0.93 (0.43- 2.00)	0.861
2500 a 3499 m.s.n.m.	55 (1.7%)	3210 (98.3%)	3265	2.87 (1.84- 4.50)	0.000	2.43 (1.56- 3.78)	0.000
3500 a 5800 m.s.n.m.	28 (1.6%)	1720 (98.4%)	1748	2.43 (1.31- 4.18)	0.004	1.90 (1.08- 3.33)	0.025

5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio sugiere que existen factores sociodemográficos y obstétricos asociados con complicaciones durante el parto, como el parto prolongado, sangrado excesivo, fiebre con sangrado y convulsiones en la gestante. La mayoría de estudios referidos a desenlaces maternos se centran principalmente en el ámbito hospitalario, siendo muy poco evaluados los determinantes sociodemográficos que inciden significativamente en la salud materna. Este análisis de escala nacional puede ser de utilidad para plantear determinantes importantes de los problemas de salud materna durante el parto, que son principales prioridades de investigación a nivel nacional y latinoamericano.

El análisis multivariado evidencia que las mujeres de 35 años a más tienen menor prevalencia de parto prolongado. Respecto a ello, se sabe que las anomalías en la progresión del trabajo de parto pueden conllevar a un parto prolongado que culmine en un parto distócico, y la edad materna avanzada se asocia con la distocia del trabajo de parto en mujeres nulíparas(27). Los resultados del presente estudio también evidencian que las mujeres con 2 a más hijos en los últimos 5 años presentan menor prevalencia de parto prolongado. Hallazgos similares fueron presentados por Ängeby K., et al(28), en un estudio realizado en Suecia, donde se encontró que las primíparas tenían mayor proporción de partos de 18 o más horas de duración en comparación con las multíparas. Respecto a la zona de residencia, se encontró que aquellas mujeres que vivían en área rural tuvieron menor prevalencia de parto prolongado; esto puede deberse a que, como encuentra el estudio peruano de Da Cunha L.(29), hay menor prevalencia de macrosomía fetal en zonas rurales, complicación que puede conllevar a parto prolongado.

Asimismo, el presente estudio encontró que las mujeres atendidas en una institución de salud tienen menor prevalencia de parto prolongado. Esto se puede explicar en base a que una institución de salud posee mejor capacidad resolutoria para el cuidado materno y monitorización del proceso de parto. En adición a esto, el estudio

realizado en Bangladesh por Sikder SS.(30), encontró que las mujeres con edad mayor a 35 años fueron significativamente más propensas a buscar atención de salud formal para el trabajo de parto, hallazgos que se pueden asociar a menor parto prolongado considerando que el presente estudio asocia una edad mayor a 35 años con menor prevalencia de esta complicación. En relación a la altitud, se encontró que las mujeres que viven de 1500 a 2499 m.s.n.m., 2500 a 3499 m.s.n.m. y 3500 a 5800 m.s.n.m., tienen mayor prevalencia de parto prolongado. No obstante, Da Cuhna L.(29), al analizar los datos de ENDES 2013, no asoció significativamente la residencia en zonas de gran altitud con la macrosomía, cuya relación con parto prolongado ha sido previamente explicada.

Por otro lado, el análisis multivariado evidencia que las mujeres que viven de 1500 -a 2499 m.s.n.m., 2500 a 3499 m.s.n.m. y 3500 a 5800 m.s.n.m., tienen mayor prevalencia de sangrado excesivo. En contraste, Gonzales et al.(31) realizó un estudio similar en Perú, encontrando que la altitud solo aumentó el riesgo de hemorragia postparto a altitudes de 2000-2999 m, mientras que altitudes superiores a 3000 m fueron protectoras. Se sabe que la pre eclampsia es un factor de riesgo para sangrado excesivo(32), por lo que la prevalencia de esta complicación podría aumentar, considerando que la incidencia de pre eclampsia aumenta con la altitud(33).

A su vez, el análisis estadístico también halló que las mujeres que tienen de 8 a 10 CPN tienen menor prevalencia de fiebre con sangrado vaginal, en comparación con aquellas que tienen menos de 6 CPN. Esto puede deberse a que un adecuado CPN permite identificar a mujeres con riesgo de presentar complicaciones maternas como la sepsis. Sin embargo, también se encontró que no hubo diferencias con tener 6 a 7 CPN y 11 a 20 CPN, lo que podría indicar que, si bien se cumplió con la cantidad de CPN, estos no necesariamente habrían sido de calidad para cumplir con el objetivo de prevenir este tipo de complicaciones(34). También puede deberse a que existe una tendencia de mayor cuidado y control de la gestante cuando el parto se cataloga de alto riesgo, como puede ser el grupo de mayor cantidad de

CPN. Además, se sabe que las mujeres de mayor nivel educativo suelen acudir en mayor medida a sus CPN(34), y que en este grupo existe una menor probabilidad de presentar fiebre acompañada de sangrado vaginal durante el parto; lo que sugiere que la calidad de los CPN también puede depender del nivel educativo de la gestante.

Los resultados también evidencian que las mujeres que viven 2500 a 3499 m.s.n.m. y 3500 a 5800 m.s.n.m., tienen mayor prevalencia de fiebre con sangrado. Esto puede deberse a que las zonas de mayor altura del Perú tienen menor acceso a servicios de salud de calidad, debido a las propias barreras de muchas comunidades rurales. Sin embargo, este fenómeno también se podría explicar desde el punto de vista fisiopatológico en base al rol del complejo proteico HIF-1, que aumenta a gran altura para regular los genes implicados en la adaptación a la hipoxia y también participa en la respuesta molecular hipoxemia/inflamación de la sepsis(35), que podría provocar mayor fiebre con sangrado vaginal.

Por añadidura, se halló que las mujeres de 35 años a más tienen mayor prevalencia de convulsiones durante el parto. Sobre este tema, Dillon Y.(36) encontró hallazgos similares, afirmando que las mujeres menores a 14 años tienen mayor probabilidad de sufrir eclampsia. Ayala P.(18) realizó un estudio en Colombia con hallazgos similares, al presentar una asociación estadísticamente significativa de la edad materna <20 o ≥ 35 años con pre eclampsia, afección que se manifiesta antes de una eclampsia. En cuanto a los CPN, el presente estudio encontró que las mujeres que tienen de 6 a 7 CPN y 11 a 20 CPN se asociaron a mayores convulsiones. Un estudio realizado en Ecuador(36) encontró resultados similares, al reportar que 42,9% de las embarazadas con eclampsia del estudio tuvieron más de 5 controles prenatales. Esta relación se podría explicar en base las gestantes con algún factor de riesgo conlleva a mayor seguimiento y por ello mayor control por parte del personal de salud, algunos estudios sugieren que un número de controles no nos aseguran un impacto sobre la morbilidad y mortalidad en gestantes con factores de riesgo, sino que se requiere una atención con estándares mínimos de calidad como son la facilidad de acceso y un ambiente de confianza y defensa de la privacidad de

las gestantes(37). Otro dato importante es que en Perú la atención prenatal por personal de salud calificado por parte de un médico es menor en zonas rurales o alejadas de la capital, a diferencia de la atención por parte de una obstetra que es similar en cualquier región del Perú(38), se puede inferir que esta menor presencia de personal médico para casos de gestantes con algún factor de riesgo hace que aún se presenten complicaciones durante el parto como las convulsiones.

Por último, se encontró que las mujeres que viven de 2500 a 3499 m.s.n.m. y 3500 a 5800 m.s.n.m., tienen mayor prevalencia de convulsiones al momento del parto. Esto difiere con el estudio peruano realizado por Gonzales G., et al.(31), que encontró que una altitud por encima de los 2000 msnm reduce el riesgo de pre eclampsia. No obstante, Tinoco, et al.(33), que también realizó un estudio en Perú, apoya los hallazgos del presente estudio al encontrar que la incidencia de pre eclampsia aumenta en aproximadamente 3 veces más a mayor altitud. Ello se podría explicar en base a que, a medida que aumenta la altitud, también lo hace la presión arterial, con el riesgo de sufrir pre eclampsia. Además, esta complicación es frecuente con niveles de hemoglobina $>14,5\text{g/dl}$ (33), y esta aumenta a mayor altitud geográfica.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusión

1. La altitud de residencia es un factor asociado con la prevalencia de complicaciones durante el parto (parto prolongado, sangrado excesivo, fiebre con sangrado vaginal y convulsiones).
2. La edad materna y el número de controles prenatales son factores asociados a la prevalencia de convulsiones durante el parto.

6.2 Recomendaciones

Se recomienda realizar trabajos de seguimiento ya que la base de datos ENDES se actualiza anualmente, con ello crear programas de apoyo y mejora en la calidad de atención.

Estandarizar los términos utilizados en la encuesta para el entendimiento del entrevistado y el investigador con la finalidad de poder ampliar la discusión de resultados en contraste con otros estudios.

Recomiendo realizar futuros estudios que tomen en cuenta las complicaciones descritas en este trabajo y su impacto en la calidad de vida neonatal.

Referencias Bibliográficas

1. del Carpio Ancaya L. Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000 - 2012. Rev Peru Med Exp Salud Publica. julio de 2013;30(3):461-4.
2. Maternal mortality. Geneva: Department of Reproductive Health and Research [Internet]. World Health Organization. 2019 [citado 11 abril 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329886/WHO-RHR-19.20-eng.pdf?ua=1> [Internet]. [citado 11 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329886/WHO-RHR-19.20-eng.pdf?ua=1>
3. Álvarez AR. Hemorragia postparto: factores de riesgo asociados y modelo predictivo del riesgo de sangrado excesivo postparto [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. [España]: Universidad de Castilla-La Mancha; 2018 [citado 13 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=248942>
4. Corsino J, Hermilio J. Factores de riesgo asociados a parto disfuncional en pacientes atendidos en el servicio de ginecología del Hospital San José, Callao durante el periodo Julio 2018 - Julio del 2019. Univ Nac Federico Villarreal [Internet]. 2020 [citado 12 de octubre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4297>
5. Vera EE. Factores asociados a distocia del trabajo de parto, Hospital II-2 Tarapoto, 2016 - 2018. [Internet]. [Trujillo - Perú]: Universidad César Vallejo; 2019 [citado 12 de octubre de 2020]. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40368/Vera_LEE.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Tirado LC. Gestante añosa como factor asociado a distocia de labor de parto en el Hospital Belén de Trujillo. [Trujillo - Perú]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2017.
7. World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [Internet]. [citado 11 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/world-health-statistics-2019-monitoring-health-for-the-sdgs-sustainable-development-goals>
8. Ministerio de Salud. Programa Presupuestal 0002 Salud materno neonatal. Anexo 2. Lima: Dirección de Salud Sexual y Reproductiva y Estrategia Sanitaria Regional de Salud Sexual y Reproductiva; 2021. [Internet]. [citado 11 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2_2.pdf
9. Samon C. Perú retrocedió en 2020 ocho años en los niveles de mortalidad materna [Internet]. SWI swissinfo.ch. 2021 [citado 11 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.swissinfo.ch/spa/per%C3%BA->

maternidad_per%C3%BA-retrocedi%C3%B3-en-2020-ocho-a%C3%B1os-en-los-niveles-de-mortalidad-materna/46496276

10. Mathai M, Sanghvi H, Guidotti R. Manejo de Complicaciones del Embarazo y el Parto. Organización Panamericana de la Salud. 2002. 118 p.
11. Soto E. Prevalencia de parto por cesárea en primíparas en el Perú y factores asociados: análisis de la ENDES 2018 [Internet]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2020. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/11769>
12. Okumura JA, Maticorena DA, Tejeda JE, Mayta-Tristán P, Okumura JA, Maticorena DA, et al. Teenage pregnancy as a risk factor for obstetric and perinatal complications at a hospital in Lima, Peru. *Rev Bras Saúde Materno Infant.* diciembre de 2014;14(4):383-92.
13. Ayarza MC, Mosqueira AC, Brush AC, Silva RM. Complicaciones del parto vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Enero a julio del 2012. *Horiz Méd.* 2014;14(1):31-7.
14. Ortiz MS, Pérez ML, Muñoz AS, Raga FG, Galán EVA. Incidencia y factores de riesgo en la hemorragia postparto precoz. *Apunt Cienc.* 2019;(1):18-24.
15. Zuñiga LR. Factores de Riesgo Asociado a Preeclampsia y Eclampsia en Gestantes de 18 a 40 años atendidas en el Hospital Nacional Luis N. Saenz enero 2015 - junio 2017. [Lima - Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2018.
16. Méndez DN. Cesárea y alternativas en las distocias del trabajo de parto. *MEDISAN.* 2007;11(3):8.
17. Ankumah N-AE, Alrais MA, Amro FH, Wiley RL, Sibai BM. Prevalence and Risk Factors for New-Onset Hypertension in Labor. *Am J Perinatol.* abril de 2020;37(5):543-7.
18. Ayala-Ramírez P, Serrano N, Barrera V, Bejarano JP, Silva JL, Martínez R, et al. Risk factors and fetal outcomes for preeclampsia in a Colombian cohort. *Heliyon.* 2020;6(9):e05079.
19. Magann EF, Doherty DA, Briery CM, Niederhauser A, Chauhan SP, Morrison JC. Obstetric characteristics for a prolonged third stage of labor and risk for postpartum hemorrhage. *Gynecol Obstet Invest.* 2008;65(3):201-5.
20. Jp A-H, Ma Á-V. Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso. *Ginecol Obstet México.* 2017;11.
21. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y DE PROCEDIMIENTOS EN OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA INSTITUTO NACIONAL MATERNO

- PERINATAL [Internet]. 2018 [citado 11 abril 2021]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/>.
22. Karlsson H, Pérez Sanz C. Hemorragia postparto. *An Sist Sanit Navar*. 2009;32:159-67.
 23. Chebbo A, Tan S, Kassis C, Tamura L, Carlson RW. Maternal Sepsis and Septic Shock. *Crit Care Clin*. enero de 2016;32(1):119-35.
 24. Instituto Nacional Materno Perinatal. Boletín Epidemiológico Diciembre 2019 [Internet]. [citado 11 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/boletines-estadisticos/1422371837>
 25. Guevara-Ríos E, Meza-Santibañez L. Manejo de la preeclampsia / eclampsia en el Instituto Nacional Materno Perinatal. *Rev Peru Investig Materno Perinat*. 2015;4(1):38-45.
 26. De La Cruz-Vargas JA, Correa-Lopez LE, Alatriza-Gutierrez de Bambaren M del S, Sanchez Carlessi HH, Luna Muñoz C, Loo Valverde M, et al. Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades: experiencia del Curso Taller de Titulación por Tesis. *Educ Médica*. 1 de julio de 2019;20(4):199-205.
 27. Waldenström U, Ekéus C. Risk of labor dystocia increases with maternal age irrespective of parity: a population-based register study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017;96(9):1063-9.
 28. Ängeby K, Sandin-Bojö A-K, Persenius M, Wilde-Larsson B. Women's labour experiences and quality of care in relation to a prolonged latent phase of labour. *Midwifery*. 2019;77:155-64.
 29. Cunha AJLA da, Toro MS, Gutiérrez C, Alarcón-Villaverde J. Prevalencia y factores asociados a macrosomía en Perú, 2013. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. marzo de 2017;34:36-42.
 30. Sikder SS, Labrique AB, Craig IM, Wakil MA, Shamim AA, Ali H, et al. Patterns and determinants of care seeking for obstetric complications in rural northwest Bangladesh: analysis from a prospective cohort study. *BMC Health Serv Res*. 18 de abril de 2015;15(1):166.
 31. Gonzales GF, Tapia V, Gasco M, Carrillo CE, Fort AL. Association of hemoglobin values at booking with adverse maternal outcomes among Peruvian populations living at different altitudes. *Int J Gynecol Obstet*. 2012;117(2):134-9.
 32. Evensen A, Anderson JM, Fontaine P. Postpartum Hemorrhage: Prevention and Treatment. *Am Fam Physician*. 1 de abril de 2017;95(7):442-9.

33. Tinoco-Solórzano A, Cruz Bellido R, Rueda Camana M, Diaz Seminario A, Salazar-Granara A, Charri JC. Características clínicas de las gestantes nativas de la gran altitud con preeclampsia grave. Estudio transversal. Acta Colomb Cuid Intensivo. octubre de 2020;S0122726220300835.
34. Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Bendezu-Quispe G. Factores asociados a la calidad de la atención prenatal en Perú. Rev perú med. 2019;36:178-87.
35. Avellanas Chavala ML. Un viaje entre la hipoxia de la gran altitud y la hipoxia del enfermo crítico: ¿qué puede enseñarnos en la compresión y manejo de las enfermedades críticas? Med Intensiva. 1 de agosto de 2018;42(6):380-90.
36. Dillon YLY, Roncero GRP, Bahena MTL, Guerrero LAH, Álvarez PAC. Resultados maternos y perinatales en gestantes con eclampsia. Rev Colomb Salud Libre. 1 de diciembre de 2015;10(2):83-90.
37. García-Balaguera C, García-Balaguera C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. Rev Fac Med. junio de 2017;65(2):305-10.
38. PERÚ Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. [citado 3 de junio de 2021]. Disponible en:
<https://proyectos.inei.gob.pe/endes/resultados.asp>

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Oficina de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis “**FACTORES DE RIESGO PARA COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO. ANALISIS DE LA BASE DE DATOS NACIONAL ENDES 2019.**”, que presenta la SR. RONALDO RAFAEL PARRAGA, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

Dr. Dante Manuel Quiñones Laveriano
ASESOR DE LA TESIS

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

Lima, 9 de Junio de 2021

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS

Carta compromiso del Asesor de Tesis

Por el presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de tesis de estudiante de Medicina Humana, Sr. Ronaldo Rafael Parraga, de acuerdo a los siguientes principios me comprometo a:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el reglamento de grados y títulos de la Facultad de Medicina Humana- URP, capítulo V sobre el Proyecto de Tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis, Asesores y Jurados de Tesis.
4. Considerar **6 meses como tiempo máximo** para concluir en su totalidad la tesis, motivando a l estudiante a finalizar y sustentar oportunamente.
5. Cumplir los principios éticos que correspondan a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida.
8. Asesorar al estudiante para la presentación de su información ante el jurado del examen profesional.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

ATENTAMENTE



Dr. DANTE MANUEL QUIÑONES LAVERIANO

Lima, 9 de Junio de 2021

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 040-2016-SUNEDUC/D

Facultad de Medicina Humana

Manuel Huamán Guerrero

Oficio N°1821-2020-MH-D

Lima, 03 de octubre de 2020

Señor
RONALDO RAFAEL PARRAGA
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis “**FACTORES RIESGO PARA COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO. ANÁLISIS DE LA BASE DE DATOS NACIONAL ENDES 2019**” presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 29 de octubre de 2020.

Por lo tanto, queda usted expedito con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,



Manuel Huamán Guerrero
Secretaría Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

“Formamos seres humanos para una cultura de Paz”

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco | Central: 706-0000
Apartado postal 1801, Lima 33 - Perú | Anexo: 6010
Email: dec.medicina@urp.pe - www.urp.edu.pe/medicina | Telefax: 706-0106

ANEXO 4: ACTA COMITÉ DE ETICA

COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION

FACULTAD DE MEDICINA “MANUEL HUAMAN GUERRERO”

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

CONSTANCIA

El Presidente del Comité de Etica de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación :

Título: “FACTORES DE RIESGO PARA COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO. ANÁLISIS DE LA BASE DEDATOS NACIONAL ENDES 2019”.

Investigador:
Ronaldo Rafael Parraga

Código del Comité: **PG-70-2020**

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría EXENTO DE REVISION, por un período de 1 año.

El investigador podrá continuar con su proyecto de investigación, considerando completar el título de su proyecto con el hospital, la ciudad y el país donde se realizará el estudio y adjuntar resumen debiendo presentar un informe escrito a este Comité al finalizar el mismo. Así mismo, la publicación del presente proyecto quedará a criterio del investigador.

Lima, 17 de noviembre del 2020



Dra. Sonia Indacochea Cáceda
Presidente del Comité de Etica de Investigación

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director/asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada “FACTORES DE RIESGO PARA COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO. ANÁLISIS DE LA BASE DE DATOS NACIONAL ENDES 2019”, que presenta el Señor RONALDO, RAFAEL PARRAGA para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:

Dr. Jorge E. Vidal Olcese
PRESIDENTE

Dr. Pedro M. Arango Ochante
MIEMBRO

Dra. Yolanda E. Angulo Bazán
MIEMBRO

Dr. Jhonny A. De La Cruz Vargas
Director de TESIS

Dr. Dante M. Quiñones Laveriano
Asesor de Tesis

Lima, 27 de Mayo del 2021

ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINLIDAD DEL TURNITIN

Factores de riesgo para complicaciones durante el parto.
Análisis de la base de datos nacional ENDES 2019

ORIGINALITY REPORT			
10%	12%	1%	6%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS
PRIMARY SOURCES			
1	www.inmp.gob.pe Internet Source	3%	
2	Submitted to Universidad Ricardo Palma Student Paper	3%	
3	es.scribd.com Internet Source	1%	
4	scielo.isciii.es Internet Source	1%	
5	ruidera.uclm.es Internet Source	1%	
6	apuntes.hgu.cr.es Internet Source	1%	
7	www.scribd.com Internet Source	1%	
8	qdoc.tips Internet Source	1%	

ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS MODALIDAD VIRTUAL

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que el Sr.

RONALDO RAFAEL PARRAGA

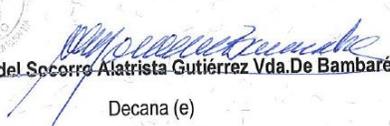
Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis Modalidad Virtual durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2020 y enero 2021, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

FACTORES RIESGO PARA COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO. ANÁLISIS DE LA BASE DE DATOS NACIONAL ENDES 2019.

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 12 de enero de 2021


Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director del Curso Taller


Dra. María del Socorro Alarista Gutiérrez Vda. De Bambarén
Decana (e)

ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Titulo	Objetivos (Generales y Específicos)	Hipótesis (Alternas y Nulas)	Diseño	Instrumento
<p>¿Cuáles son los factores de riesgo para complicaciones durante el parto según la base de datos nacional ENDES del 2019?</p>	<p>Factores riesgo para complicaciones durante el parto. Análisis de la base de datos nacional ENDES 2019</p>	<p>Generales: Determinar los factores de riesgo para complicaciones durante el parto según la base de datos nacional ENDES del 2019.</p> <p>Específicos: Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y las complicaciones durante el parto según la base de datos nacional ENDES del 2019. Determinar la asociación entre los factores obstétricos y las complicaciones durante el parto según la base de datos nacional ENDES del 2019. Determinar las características generales de la población según la base de datos nacional ENDES del 2019. Calcular la frecuencia de complicaciones durante el parto según la base de datos nacional ENDES del 2019.</p>	<p>H1: Los factores asociados a presentar complicaciones durante el parto (parto prolongado, sangrado excesivo, fiebre con sangrado vaginal y convulsiones) en el Perú según los datos extraídos de la ENDES 2019 son el inicio de control prenatal, controles prenatales, número de hijos en los últimos 5 años, edad materna, lugar de residencia, nivel de educación, lugar de parto, índice de pobreza y altitud geográfica.</p> <p>H0: Los factores asociados a presentar complicaciones durante el parto en el Perú según los datos extraídos de la ENDES 2019 no son el inicio de control prenatal, controles prenatales, número de hijos en los últimos 5 años, edad materna, lugar de residencia, nivel de educación, lugar de parto, índice de pobreza y altitud geográfica.</p>	<p>Estudio de base de datos secundaria de tipo cuantitativo, observacional, analítico de tipo transversal. Los datos fueron recogidos a partir de “La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019”. El estudio es observacional ya que no se manipularon variables y no hubo intervención de ningún tipo del investigador, de corte transversal ya que los datos fueron recolectados en un periodo de tiempo que es el año 2019.</p>	<p>Las variables principales se encuentra en el archivo de datos de la ENDES e formato .sav del “Embarazo, Parto, Puerperio y Lactancia”.</p>

ANEXO 9: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

	Nombre de Variable	Definición Operacional	Tipo	Naturaleza	Escala	Medición
1	complicaciones durante el parto	Mujeres que en la encuesta refieren alguna de estas complicaciones.	Cualitativa	Dependiente	Nominal	Convulsiones Parto Prolongado Sangrado Excesivo Fiebre y sangrado
2	Primer control prenatal	Mes que refiere acudió a su primer control prenatal	Cualitativa	Independiente	Ordinal	0 a 3 meses de gestación 4 a 6 meses de gestación 7 a 9 meses de gestación
3	controles prenatal	Total de controles prenatales que refiere que acudió.	Cualitativa	Independiente	Ordinal	0 - 5 controles 6 - 7 controles 8 - 10 controles 11 – 20 controles
5	Número de hijos en los últimos 5 años	Cantidad de hijos que refiere en la encuesta	Cualitativa	Independiente	Nominal	0 a 1 hijo 2 a más hijos
6	Edad	Cantidad de años cumplidos al momento de la encuesta.	Cualitativa	Independiente	Intervalo	12 – 19 años 20 - 34 años 35 - 50 años
7	Lugar de residencia	Lugar donde la persona habita según la geografía del Perú.	Cualitativa	Independiente	Nominal	Urbano Rural
8	Nivel Educativo	Nivel Educativo que refiere en la encuesta	Cualitativa	Independiente	Ordinal	Sin educación Primaria Secundaria Superior
9	Lugar de Parto	Lugar que refiere acudió al momento del parto.	Cualitativa	Independiente	Nominal	No Institucional Institucional
10	Índice de Riqueza	Grupo al cual refiere pertenecer la encuestada	Cualitativa	Independiente	Ordinal	Muy pobre Pobre Medio Rico Muy Rico

11	Altitud geográfica	Metros sobre el nivel del mar donde refiere que reside la encuestada.	Cuantitativa	Independiente	Ordinal	0 a 1499 m.s.n.m. 1500 a 2499 m.s.n.m. 2500 a 3499 m.s.n.m. 3500 a 5800 m.s.n.m.
----	--------------------	---	--------------	---------------	---------	---