



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**RIESGOS OBSTÉTRICOS RELACIONADOS CON LA FORMA
DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES QUE
ACUDIERON A CONTROL PRENATAL EN LA INSTITUCIÓN
PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2023**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. LISBETH TIPO COPACONDORI

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA**

JULIACA - PERÚ

2025



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**RIESGOS OBSTÉTRICOS RELACIONADOS CON LA FORMA
DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES QUE
ACUDIERON A CONTROL PRENATAL EN LA INSTITUCIÓN
PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2023**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. LISBETH TIPO COPACONDORI

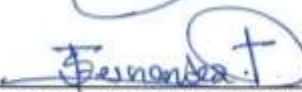
**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA**

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

: 
Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA

PRIMER MIEMBRO

: 
Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

SEGUNDO MIEMBRO

: 
M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

ASESOR DE TESIS

: 
Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN : SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - P06



RESOLUCIÓN DECANAL N° 600-2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 16 de julio del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2025 -15221 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **RIESGOS OBSTÉTRICOS RELACIONADOS CON LA FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2023**

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad.

SE RESUELVE:

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de **OBSTETRA** del (la) bachiller: **TIPO COPACONDORI LISBETH** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- * **Presidente** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA
- * **1er. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- * **2do. Miembro** : M.Sc MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

- * **Asesor (a)** : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

DIA : MARTES 22 DE JULIO DEL 2025
HORA : 11:00 HORAS
LOCAL : Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud

TERCERO: Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el Bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de Obstetricia y la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
Dra. Gabriela Betty Arias Loque
DECANA (e)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DISTRIBUCIÓN:
- Jurados (3)
- Interesado (1)
- Almacén de Tesis (1)
- Archivo FCS 2025 (1)



RESOLUCIÓN DECANAL N°694-2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 11 de junio del 2024

VISTOS: Exp. 2024-CU-6630 presentada por el(la) egresado(a) TIPO COPACONDORI LISBETH quien ha solicitado cambio del Asesor de la propuesta de Investigación conducente para optar el título profesional de OBSTETRA

CONSIDERANDO: Que, en la Resolución Decanal N°101-2024-D-FCS-UANCV, figura el título de la propuesta de investigación RIESGOS OBSTÉTRICOS RELACIONADOS CON LA FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA, 2023 teniendo como Jurados designados por la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, a los siguientes Docentes:

- * **Presidente :** Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- * **1er. Miembro :** Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- * **2do. Miembro :** M.Sc MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
- * **Asesor :** Dra. GIULIANA BRIGITTE ZUÑIGA ZUÑIGA

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento de la Unidad de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Investigación ha emitido el **Oficio N°280-2024-UI-FCS-UANCV-J** solicitando la emisión de la resolución de cambio del asesor motivos de Licencia.

Estando el informe favorable de la Dirección de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92 N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud,

SE RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR EL CAMBIO DEL ASESOR de la PROPUESTA designados a él (la) egresado (a) TIPO COPACONDORI LISBETH para la revisión de la propuesta de investigación titulado RIESGOS OBSTÉTRICOS RELACIONADOS CON LA FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA, 2023 para optar al Título Profesional de OBSTETRA debiendo quedar a partir de fecha, de la siguiente manera:

- * **Presidente :** Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- * **1er. Miembro :** Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- * **2do. Miembro :** M.Sc MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
- * **Asesor :** Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

* **SEGUNDO:** Disponer que los miembros del Jurado designados den continuidad al trámite de evaluación y calificación de la propuesta de tesis, borrador de tesis o sustentación de tesis, según sea el caso que se presente en cada expediente. Quedando válido en sus demás disposiciones la Resolución Decanal de aprobación de la propuesta de tesis, que se menciona en el considerando.

TERCERO: La Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Grados y Títulos, la Dirección de la Escuela Profesional de Obstetricia y la Secretaría Académica de la Facultad, quedan encargados de cumplimiento de la presente Resolución.



DISTRIBUCIÓN
Jurado,
EP Obstetricia



RESOLUCIÓN DECANAL N° 1316-2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 14 de octubre del 2024

VISTOS:

El Exp N° 2024-CU-14163, presentada por el(la) egresado(a), TIPO COPACONDORI LISBETH quién ha solicitado rectificación de título de la propuesta de investigación conducente a optar el título profesional de OBSTETRA

CONSIDERANDO:

Que, en la Resolución Decanal N° 427-2022-D-FCS-UANCV, el título de la propuesta de investigación ha sido aprobado de la siguiente manera investigación RIESGOS OBSTÉTRICOS RELACIONADOS CON LA FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2024

Que, la Dirección de Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, considerando lo dispuesto por la Oficina de Investigación de la UANCV, ha emitido el Informe N° 092-2024-D-UI-FCS-UANCV-J solicitando la emisión de la resolución de rectificación en el título de la propuesta de investigación: y,

Estando el informe favorable de la Dirección de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92-NAR. D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR LA RECTIFICACIÓN DE TÍTULO DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN, presentado por el(la) egresado(a) TIPO COPACONDORI LISBETH, debiendo considerarse a partir de fecha con el siguiente título investigación RIESGOS OBSTÉTRICOS RELACIONADOS CON LA FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2023

correspondiente a la línea de investigación: SALUD PÚBLICA teniendo como jurados y asesor designados por la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, a los siguientes Docentes:

- | | | |
|----------------|---|--|
| * Presidente | : | Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO |
| * 1er. Miembro | : | Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA |
| * 2do. Miembro | : | M.Sc MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ |
| * Asesor | : | Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE |

SEGUNDO: Disponer que los miembros del Jurado designados den continuidad al trámite de evaluación y calificación de la propuesta de tesis, borrador de tesis o sustentación de tesis, según sea el caso que se presente en cada expediente. Quedando válido en sus demás disposiciones la Resolución Decanal de aprobación de la propuesta de investigación, que se menciona en el considerando.

TERCERO: La Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Investigación, la Dirección de la Escuela Profesional de Obstetricia y la Secretaría Académica de la Facultad, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.

DISTRIBUCIÓN
Autónoma,
EP: Tecnología Médica
UI: Administración, Arch.
EXX



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
Dra. Gabriela Betty Arias Loque
DECANA (e)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



RESOLUCIÓN DECANAL N° 366-2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 29 de mayo del 2025

VISTOS:

El Informe N° 112-2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de fecha 28 de mayo del egresado (a): **TIPO COPACONDORI LISBETH** quien solicita la aprobación del Informe Final Titulado: **RIESGOS OBSTÉTRICOS RELACIONADOS CON LA FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2023** para optar el título profesional de: **OBSTETRA**

CONSIDERANDO:

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- * **Presidente** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA
- * **1er. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- * **2do. Miembro** : M.Sc MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
- * **Asesor (a)** : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

Estando en la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento interno de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR, el INFORME FINAL de INVESTIGACIÓN, presentado por el (la) egresado (a): **TIPO COPACONDORI LISBETH** para optar el Título Profesional de **OBSTETRA** Con la tesis titulado: **RIESGOS OBSTÉTRICOS RELACIONADOS CON LA FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2023**

ARTICULO SEGUNDO. - DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la facultad de ciencias de la salud, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.


Dra. Gabriela Betty Armas Loaque
DECANA (a)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Distribución: Decanato, EP, OB, Archivo.

**RESOLUCIÓN DECANAL N° 202-2024-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 04 de abril del 2024

VISTOS:

El Informe N° 017-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de la propuesta de Investigación de fecha 25 de marzo de la E.P. Obstetricia, folio 000017;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado(a) TIPO COPACONDORI LISBETH ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **RIESGOS OBSTÉTRICOS RELACIONADOS CON LA FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2023** correspondiente a la línea de investigación: **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**;

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

* Presidente	:	Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
* 1er. Miembro	:	Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
* 2do. Miembro	:	M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la *Opinión Técnica* N° 061-2024-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92-NAR. D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, la PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN, presentado por el (la) egresado(a) TIPO COPACONDORI LISBETH para optar el Título Profesional de OBSTETRA titulado : **RIESGOS OBSTÉTRICOS RELACIONADOS CON LA FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2023**

La Propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER, como ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud, Dra. GIULIANA BRIGITTE ZUÑIGA ZUÑIGA

ARTICULO TERCERO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela Profesional Obstetricia, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.





LISBETH TIPO COPACONDORI

RIESGOS OBSTÉTRICOS RELACIONADOS CON LA FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES QUE ACUDIE...

 TESIS DE PREGRADO

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::13016:542020406

Fecha de entrega

18 dic 2025, 16:46 GMT-5

Fecha de descarga

18 dic 2025, 17:21 GMT-5

Nombre del archivo

T036_60295797_T.docx

Tamaño del archivo

13.4 MB

111 páginas

15.361 palabras

81.472 caracteres



22% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 14%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 21%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



METADATOS COMPLEMENTARIOS



Título de la tesis	
RIESGOS OBSTÉTRICOS RELACIONADOS CON LA FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2023	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	LISBETH TIPO COPACONDORI
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	60295797
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0003-3883-3120
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	ELIZABETH VARGAS ONOFRE
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29216323
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-6401-9470
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	MARÍA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02405808
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02064784



Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – P06
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca Coordenadas: Latitud: -15.8471375 Longitud: -70.0169156 https://maps.app.goo.gl/Zyf9aak3zUvY5PZg9 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Junio 2024 – Julio 2025
URL de disciplinas OCDE	Ciencias médicas, Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00 Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02



UNIVERSIDAD ALMA MATER CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Figueroa
Dra. María Concepción Figueroa Vides
DIRECTORA
OFICINA DE INVESTIGACIÓN PES



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo LISBETH TIPO COPACONDORI, identificado con DNI
Nro. 60295797 en mi condición de egresado de:

- ☒ Escuela Profesional
☐ Programa de Segunda Especialidad,
☐ Programa de Maestría o Doctorado

OBSTETRICIA

informo que he elaborado el/la ☒ Tesis o ☐ Trabajo de Investigación, ☐ Trabajo Académico
denominada:

RIESGOS OBSTÉTRICOS RELACIONADOS CON LA FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO
EN PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE
SALUD SANTA MARÍA. 2023

Asesorado por: Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 22 de AGOSTO del 2025


Firma del Asesor
(obligatoria)


FIRMA (obligatoria)


Huella



DEDICATORIA

A dios dedico este trabajo con humildad. Con profundo afecto y especial reverencia hacia mi progenitora, Sra. Yaneth, quien ha sabido educarme con sentimientos positivos, costumbres y principios morales. A mi pareja Denis, con bastante cariño, por darme la oportunidad de ser su mejor ejemplo a seguir. A mis abuelos sr. Laureano y Sra. Graciela, por su ayuda incondicional y constante cooperación.



AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y a la Escuela Profesional de Obstetricia, por ser el espacio académico donde me brindaron la base de mis conocimientos. A la Dra. Elizabeth Vargas Onofre, por confiar en mi capacidad y apoyarme incondicionalmente como mi asesora quien me dio la oportunidad de trabajar bajo su supervisión y no dudó en brindarme su apoyo constante en la realización de la presente investigación.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	x
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1.1. Descripción del problema	1
1.1.2. Formulación del problema	2
1.1.3. Problema principal	2
1.1.4. Problemas específicos.....	3
1.2. JUSTIFICACIÓN	3
1.2.1. Justificación Teórica	3
1.2.2. Justificación practica.....	4
1.2.3. Justificación metodológica.....	4
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.3.1. Objetivo general.....	4
1.3.2. Objetivos específicos.....	4
1.4. HIPÓTESIS	5
1.4.1. Hipótesis general	5
1.4.2. Hipótesis específicas	5



1.5. VARIABLES.....	6
1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE	6

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	7
2.1.1. A nivel internacional	7
2.1.2. A nivel nacional	11
2.1.3. A nivel regional.....	16
2.2. MARCO TEÓRICO.....	20
2.3. MARCO CONCEPTUAL	32

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	34
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	34
3.3. MÉTODO APLICADO A LA INVESTIGACIÓN	34
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	35
3.4.1. Población	35
3.4.2. Muestra	35
3.5. TÉCNICAS, NOTAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	35
3.5.1. Técnicas.....	35
3.5.2. Instrumento.....	35
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.....	36
3.7. CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS	36
3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.....	36
3.8.1. Validez	36
3.8.2. Confiabilidad	37



CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN	38
CONCLUSIONES	68
RECOMENDACIONES	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	75
ANEXO 1. MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.....	76
ANEXO 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	78
ANEXO 3. INSTRUMENTO	79
ANEXO 4. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO	80
ANEXO 5. AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN...	83



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Número de gestaciones y forma de finalización del embarazo en pacientes controladas en la institución prestadora de salud santa maría. 2023.....	41
Tabla 2	Edad y forma de finalización del embarazo en pacientes controladas en la institución prestadora de salud Santa María. 2023.....	44
Tabla 3	Índice de masa corporal y forma de finalización del embarazo en pacientes controladas en la institución prestadora de salud santa maría. 2023	47
Tabla 4	Riesgo obstétrico en la primera atención prenatal y forma de finalización del embarazo en pacientes controladas en la institución prestadora de salud santa maría. 2023	50
Tabla 5	Control prenatal y forma de finalización del embarazo en pacientes controladas en la institución prestadora de salud santa maría. 2023	53
Tabla 6	Infecciones maternas y forma de finalización del embarazo en pacientes controladas en la institución prestadora de salud Santa María. 2023	56
Tabla 7	Enfermedades hipertensivas y forma de finalización del embarazo en pacientes controladas en la institución prestadora de salud Santa María. 2023.....	59
Tabla 8	Anemia y forma de finalización del embarazo en pacientes controladas en la institución prestadora de salud Santa María. 2023	62



Tabla 9	Hemorragias del embarazo y forma de finalización del embarazo en pacientes controladas en la institución prestadora de salud Santa María. 2023	65
Tabla 10	Forma de finalización del embarazo en pacientes controladas en la institución prestadora de salud Santa María. 2023	68



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Número de gestaciones y forma de finalización del embarazo en pacientes controladas en la institución prestadora de salud santa maría. 2023	42
Figura 2	Edad y forma de finalización del embarazo en pacientes controladas en la institución prestadora de salud Santa María. 2023	45
Figura 3	Índice de masa corporal y forma de finalización del embarazo en pacientes controladas en la institución prestadora de salud santa maría. 2023	48
Figura 4	Riesgo obstétrico en la primera atención prenatal y forma de finalización del embarazo en pacientes controladas en la institución prestadora de salud santa maría. 2023	51
Figura 5	Control prenatal y forma de finalización del embarazo en pacientes controladas en la institución prestadora de salud santa maría. 2023	54
Figura 6	Infecciones maternas y forma de finalización del embarazo en pacientes controladas en la institución prestadora de salud Santa María. 2023	57
Figura 7	Enfermedades hipertensivas y forma de finalización del embarazo en pacientes controladas en la institución prestadora de salud Santa María. 2023	58
Figura 8	Anemia y forma de finalización del embarazo en pacientes controladas en la institución prestadora de salud Santa María. 2023	63



Figura 9	Hemorragias del embarazo y forma de finalización del embarazo en pacientes controladas en la institución prestadora de salud Santa María. 2023	66
Figura 10	Forma de finalización del embarazo en pacientes controladas en la institución prestadora de salud Santa María. 2023	69



RESUMEN

Objetivo. Determinar los riesgos obstétricos relacionados con la forma de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal en la Institución Prestadora de Salud Santa María. 2023. **Material y métodos.**

Estudio no experimental, de tipo básico, nivel correlacional, transversal, retrospectivo y relacional. La muestra está conformada por 124 embarazadas, técnica análisis documental, instrumento ficha de recolección de datos.

Resultados. Se encontró que los riesgos obstétricos personales relacionados con la forma de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal fueron: primigesta en el 55.7% ($p=0.05$), edad extrema en el 19.5% ($p=0.001$) y un índice de masa corporal normal en el 71.6% ($p=0.05$). Asimismo, los riesgos obstétricos del embarazo que mostraron asociación significativa fueron: alto riesgo obstétrico en el 28.4% ($p=0.02$), atención prenatal de calidad en el 64.6% ($p=0.05$), infecciones urinarias en el 31.0% ($p=0.02$), preeclampsia en el 8.9% ($p=0.05$), anemia leve en el 14.2% ($p=0.05$) y hemorragias del primer trimestre en el 5.3% ($p=0.05$). En cuanto a la forma de finalización del embarazo, el 3.5% culminó en aborto, el 60.2% en parto vaginal y el 36.3% en cesárea, siendo el parto vaginal la forma más frecuente.

Conclusión. Se determinó los riesgos obstétricos relacionados con la forma de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal en la Institución Prestadora de Salud Santa María durante el año 2023.

Palabras claves. Riesgos obstétricos forma finalización embarazo.



ABSTRACT

Objective. To determine the obstetric risks associated with the mode of delivery in patients who attended prenatal care at the Santa María Health Care Provider Institution in 2023. **Materials and Methods.** A non-experimental, basic-type, correlational, cross-sectional, retrospective, and relational study. The sample consisted of 124 pregnant women. Data were collected using the documentary analysis technique and a structured data collection form. **Results.** Personal obstetric risks found to be associated with the mode of delivery in patients who attended prenatal care included: primigravida in 55.7% ($p=0.05$), extreme maternal age in 19.5% ($p=0.001$), and normal body mass index in 71.6% ($p=0.05$). Additionally, pregnancy-related obstetric risks with significant association were: high obstetric risk in 28.4% ($p=0.02$), quality prenatal care in 64.6% ($p=0.05$), urinary tract infections in 31.0% ($p=0.02$), preeclampsia in 8.9% ($p=0.05$), mild anemia in 14.2% ($p=0.05$), and first-trimester bleeding in 5.3% ($p=0.05$). Regarding the mode of delivery, 3.5% ended in miscarriage, 60.2% in vaginal delivery, and 36.3% in cesarean section, with vaginal delivery being the most frequent outcome. **Conclusion.** The obstetric risks associated with the method of pregnancy termination are determined in patients who attended prenatal care at the Santa María Health Care Institution during 2023.

Keywords. Obstetric risks form pregnancy termination.



INTRODUCCIÓN

La interrupción de la gestación en estadios tempranos antes de las 20 semanas de gestación es un evento obstétrico, penoso las mujeres, se considera un embarazo fallido. En otros casos la gestación llega a su término, y por complicaciones maternas, fetales y de la placenta y membranas uterinas, la finalización es por cesárea, intervención quirúrgica a la que se somete a las embarazadas. En obstetricia, el objetivo es que cada embarazo finalice en una madre sana y un recién nacido sano, y que ninguno de ellos tenga secuelas negativas derivadas del proceso reproductivo. El problema propuesto fue. ¿Cuáles son los riesgos obstétricos relacionados con la forma de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal en la Institución Prestadora de Salud Santa María. 2023? los resultados obtenidos e esta investigación se llegó a la conclusión. La forma de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal a la Institución Prestadora de Salud Santa María (IPRESS) más frecuente es el parto vaginal y se relaciona con riesgos obstétricos personales de la embarazada y otros que se presentan en el embarazo. Se acepta la hipótesis planteada.

La estructura de la tesis cuenta con IV Capítulos: **Capítulo I**; Generalidades del problema de investigación, **Capítulo II**; Pautas teóricas que orientan la investigación, **Capítulo III**; Diseño metodológico, **Capítulo IV**; Resultados y conclusiones.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. Descripción del problema

A nivel internacional

La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes y más largas de la historia. Frecuentes en la medicina, y su aplicación ante riesgos obstétricos ha permitido la efectividad reproductiva en millones de mujeres gestante sus respectivos recién nacidos. No obstante, en la actualidad, el aumento considerable de cesáreas en varios países se ha transformado en un asunto de salud pública, puesto que debido a que este procedimiento no está exento de riesgos y posibles complicaciones, tanto para la embarazada como para el neonato, en un periodo prolongado o en el futuro próximo. Esto puede generar dilemas éticos y morales, especialmente en lo que respecta a los fundamentos de la autosuficiencia de fundamentos y caridad, particularmente tiempo de la intervención en lo absoluto se hallan adecuadamente razonables.

A nivel nacional

En Arequipa, durante los años 2018 y 2019, se registraron un total de 5501 partos, de los cuales el 41.55% correspondieron a cesáreas. Entre los

factores socioepidemiológicos se destacó más la edad materna con más frecuencia en las edades de 25 y 34 años, representando el 49.37% de los casos. Además, la mayoría de las gestantes contaba con educación secundaria (53.7%) convivencia (73.03%). En cuanto a las características maternas, se reportó que la mayoría de las gestantes no presentaba comorbilidades, con un 97.01%. (2)

A nivel local

En el Hospital Carlos Monge Medrano, en julio a septiembre, se estima que la atención fue 432 alumbramientos, entre ellos 318 (74%) por intervención quirúrgica y 114 (26%) fue por la vía natural. La edad promedio de las pacientes que tuvieron parto por cesárea fue de 27.67 ± 6.98 años. De las pacientes, el 45% eran nulíparas, el 29.6% tenía antecedente de cesárea previa, el 97.5% presentaba gestación única, el 83.3% tenía presentación fetal cefálica, el 75.5% alcanzó una edad gestacional de ≥ 37 semanas, y el 52.8% inició trabajo de parto de forma espontánea. Las principales indicaciones para realizar cesárea fueron: cesárea previa (25.8%), desproporción cefalopélvica (14.8%), preeclampsia (13.5%) y alteración del bienestar fetal (13.2%). Además, el 87.1% de las cesáreas fueron realizadas de emergencia, mientras que solo el 34.3% fueron programadas. (3)

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema principal

PG. ¿Cuáles son los riesgos obstétricos asociados a los diferentes tipos de finalización del embarazo en las pacientes que recibieron control



prenatal en la Institución Prestadora de Salud Santa María durante el año 2023?

1.2.2. Problemas específicos

PE1 ¿Cuáles son los riesgos obstétricos personales relacionados con la forma de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal?

PE2 ¿Cuáles son los riesgos obstétricos del embarazo relacionados con la forma de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal?

PE3 ¿Cuáles son las formas de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal?

1.3. JUSTIFICACIÓN

1.3.1. Justificación Teórica

Búsqueda planteada esta: La evaluación desde los riesgos obstétricos relacionados con la forma de finalización del embarazo en pacientes que recibieron atención medica prenatal en el punto clínico Santa Maria. 2023.

Dentro de este núcleo clínico ofrece servicio con atención médica para mujeres embarazadas que en el curso del embarazo presentan complicaciones que llevan a un cuando el desarrollo fetal concluye previamente en la semana 20, que son considerados abortos y en otros casos que superan el etapa media y ultimas etapas de la formación durante dentro del embarazo se aprecia partos vaginales, así mismo, cesáreas.

1.3.2. Justificación práctica

Los hallazgos alcanzados durante la investigación sugerida serán una contribución a la investigación y el conocimiento científico para el mejor entendimiento del problema en esta localidad.

La estrategia sugerida para guiar a las mujeres embarazadas hacia un parto seguro saludable de manera exitosa, será derivada de la identificación de riesgos obstétricos modificables y luego de identificarlos pueden ser abordados desde una perspectiva de promoción y prevención.

1.3.3. Justificación metodológica

Se examinaron 124 registros médicos, de mujeres embarazadas que asistieron antes del parto a "Santa María" en el año 2023, la búsqueda de información fueron recogidos en un formulario de recolección y se analizaron con el SPSS V24. Con el fin de contrastación de la suposición se empleó la muestra de χ^2 .

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo general

OG Determinar los riesgos obstétricos relacionados con la forma de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal en la Institución Prestadora de Salud Santa María. 2023.

1.4.2. Objetivos específicos

OE₁ Identificar los riesgos obstétricos personales relacionados con la forma de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal.



OE₂ Seleccionar los riesgos obstétricos del embarazo relacionados con la forma de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal.

OE₃ Establecer las formas de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal.

1.5. HIPÓTESIS

1.5.1. Hipótesis general

HG. La forma de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal a la Institución Prestadora de Salud Santa María (IPRESS) más frecuente es el parto vaginal y se relaciona con riesgos obstétricos personales de la embarazada y otros que se presentan en el embarazo.

1.5.2. Hipótesis específicas

HE₁ Los riesgos obstétricos personales como: edad extrema, primigesta y el índice de masa corporal normal si están relacionados con la forma de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal.

HE₂ Los riesgos obstétricos del embarazo como: alto riesgo obstétrico, atención prenatal de calidad, infecciones urinarias, preeclampsia anemia leve, y las hemorragias de la primera mitad si están relacionados con la forma de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal.

HE₃ La forma de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal a la Institución Prestadora de Salud Santa María (IPRESS) más frecuente es el parto vaginal.

1.6. VARIABLES

Variable 1. Riesgos obstétricos

Variable 2. Forma de finalización del embarazo

1.7. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORES
1.- Riesgos obstétricos	1.1 Personales maternos	1.1.1 Número de gestaciones	a) Primigesta b) Segundigesta c) Multigesta d) Gran multigesta
		1.1.2 Edad	a) ≤ 17 años b) 18 a 35 años c) ≥ 36 años
		1.1.3 IMC	a) Bajo peso < 19.8 b) Normal 19.8 a 26 c) Sobrepeso 26 a 29 d) Obesidad > 30
	1.2 Del embarazo	1.2.1 Riesgo obstétrico en 1ra atención prenatal	a) Bajo b) Medio c) Alto
		1.2.2 Control prenatal	a) Alta calidad (precoz, periódico y completo) b) Baja calidad
		1.2.3 Infecciones maternas	a) Cérvico vaginales. b) Infecciones urinarias. c) No presentó.
		1.2.4 Enfermedades hipertensivas	a) Preeclampsia b) Eclampsia c) Ninguna
		1.2.5 Anemia	a) No presentó b) Leve c) Moderada d) Severa
		1.2.6 Hemorragias	a) Primer trimestre b) Segundo trimestre c) No presentó
2. Finalización del embarazo	2.2 Forma de finalización		a) Aborto b) Parto vaginal c) Cesárea



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. A nivel internacional

Lopez. (4) Factores epidemiológicos de riesgo asociados al aborto espontáneo. Revista Internacional de Salud Materno Fetal. 2020. La finalidad de esta revisión es recoger los factores de complicación del patrón, la incidencia y los factores determinados de las enfermedades vinculados perdida repentina del bebe. documentación y procedimiento: lo cual se evaluó bibliográfica que incluyó un total de 100 resultados de publicaciones científicas que se consultaron en las bases de distintas Notas, durante el último quinto año, en español e inglés. Se examinaron los artículos en su totalidad, teniendo en cuenta principalmente aquellos implican riesgos vinculados a defunciones de féminas temprana. Conclusiones: La consideración determinó que los determinantes sanitarios son una amenaza vinculados a la muerte fetal temprana A la mitad: componentes hereditarios que resaltan las irregularidades del ADN y formas alternativas; mientras en el intervalo de los factores absolutos, genéticos sobresalen la existencia de microorganismos causantes de enfermedades, factores socioeconómicos, ecológicos, laborales, desarrollo personal y desórdenes, metabólicos y coagulopatias



Consideraciones: Se determinó que los factores de riesgo no genéticos tienen una elevada prevalencia, siendo la pérdida involuntaria de la gestante en un grave cuestión de atención sanitaria colectiva el que se observa una escasa adherencia al monitoreo prenatal lo que requiere atención rápida.

Tapia y Armijos (5) Infecciones vaginales y complicaciones durante el embarazo en usuarias del Centro de Salud Universitario de Motupe–Loja. Cedamaz, 11(2), 119-123. 2021. Identificar las infecciones y complicaciones en la vagina durante la gestación, identificar las infecciones más comunes, reconocer los inconvenientes y formar correlación entre ellas. Técnicas. Fue descriptiva y cuantitativa, llevado a cabo en un policlínico en el presente año con un total de 127 pacientes y una demostración de 52 futuras madres que satisficieron los requisitos de participación, reflejándose en una página de recopilación de información elaborada por la investigadora; Los hallazgos. señalando que la disbiosis vaginal se manifiesta en un 15% entre los individuos de 26 - 30 años, un 13% entre los 21 - 35 años, un 8% entre los 36 - 40 años y un 6% entre los 16 - 20 y 31 - 35 años, tricomoniasis en un 6% entre los 21 - 35 años, un 2% entre los 26 - 35 años, micosis vaginal en un 13% entre los 26 - 30 años, un 9% entre los 21 - 35 años, un 8% entre los 16-20 años, Las micosis genitales femeninas, la infección bacteriana vaginal y la infección micotica fueron las que mostraron problemas de riesgo para el aborto en un 4,38%, lo que demuestra que en gran medida, las pacientes con infecciones vaginales no presentan complicaciones.

Torres, et al. (6) Infección urinaria como factor de riesgo para parto pretérmino. Journal of Negative and No Positive Results, 5(11), 1426-1443. 2020. Objetivo tener accesibilidad en los estudios médicos y proponer



sugerencias para reducir el impacto de infecciones tracto urinario femenino gestantes y, por ende, minimizar el peligro de un parto prematuro. recursos y procedimientos. Se llevó a cabo una examen de la documentación más recientes acerca de los aspectos generales del parto prematuro y la relevancia de la contaminación urinaria en el gestación y su evolución, contrastando la efectividad de los distintos protocolos para el diagnóstico y manejo clínico. Se seleccionaron investigaciones clínicas desde 2005 hasta 2020; estas se realizaron las identificaciones mediante el uso distintas plataformas de revistas médicas además del Colegio de Ginecología y Obstetricia de México, junto con la publicación medica del instituto mexicano del seguro social, constituyen una bibliografía nacional. Las investigaciones se llevaron a cabo en diversas diciplinas académicas elegidos por los 4 autores, quienes corroboraron toda la información obtenida. Los criterios de admisión incluyeron investigaciones clínicas que estudiaron la relaciones de casos de sistema urinario durante la gestación y el alumbramiento prematuro, la implementación de requisitos para diagnóstico durante la gestación, y la intervención. Conclusiones. Se confirmó la correlación directa entre la contaminación del criterio de diagnóstico durante la gestación y el nacimiento prematuro, se identificaron la formación clínica alternativa y se definieron las sugerencias del momento de atención médica. Consideraciones: el alumbramiento prematuro tiene como consecuencia la dicha enfermedad y fallecimiento consultantes, constituyendo el 74% personas defunciones perinatales y el 50% en la que deja como consecuencia secuela de parte del cerebro vinculadas presencialmente a prematuridad. La bacteriuria sin síntomas, la cistitis como también la pielonefritis representan un grave riesgo

para el feto y la madre, circunstancia que requiere la implementación de protocolos óptimos de terapia antimicrobiana. Si no es el caso, los resultados serán desfavorables tanto para la madre como para el bebé.

Herrera. (7) Conocimiento del riesgo obstétrico en mujeres embarazadas de la parroquia Izamba (Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato/Facultad de Ciencias de Salud. 2023. Objetivo. Determinar rango etario con mayor incidencia de obesidad. Estimar mediante los datos del SIP, peso pre concepcional y en el primer control prenatal; evaluar la prevalencia de obesidad en mujeres que concurren al consultorio de ARO. Definiciones: obesidad IMC $>30 \text{ kg/m}^2$. sobrepeso IMC 25-30. Incluimos pacientes de terminación de embarazo que acudieron para concluir su embarazo, así como aquellas que acudieron por vez primera al consultorio de ARO. Evaluación de los factores: utilizando balanza mecánica y cinta métrica. Conclusiones: El 79% de las situaciones no presentaron un peso preconcepcional. En el primer examen, el 31,7% de las mujeres mostraban obesidad de tipo 3, el 4,8% tenía obesidad de tipo 3 y el 32,8% tenía exceso de peso. La obesidad representa un 35% superior en mujeres de más de 40 años que entre 12 a 18. Más de la mitad de las mujeres son mujeres. Las personas de más de 19 años son obesas. El 59% de las que concurren a ARO presentan algún grado de obesidad. Conclusiones: Es preliminarmente posible deducir que la prevalencia de obesidad en nuestra población es aproximadamente del 30%.

Betancourt, et al. (8) Complicaciones del embarazo asociadas a la presencia de anemia: Un estudio en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro. Domino de las Ciencias, 9(3), 995-1009. 2023. Esta

investigación examinó las dificultades vinculadas la anemia durante la gestación a través de un método relato y subjetivo. Se tomaron en cuenta 300 pacientes del Hospital Alfredo Noboa Montenegro se encuentran Enel hospital durante el periodo comprendido entre diciembre 2023. Se realizó de manera transversal y se recolectaron los datos mediante encuestas, empleando el software SPSS v23. Entre ellos se uso el estadístico de χ^2 se calcula con una confianza del 95% y un valor de $p < 0.05$ para el caso de χ^2 . analizar la significancia entre las posibles complicaciones. durante la gestación y valor de hemoglobina. Los hallazgos indicaron que los colaboradores contaban con un rango promedio de 27 años de edad y eran mayoritariamente parte del conjunto de mujeres jóvenes adultas. La mayoría vivían en zonas urbanas, pertenecían a una etnia mixta y contaban con formación secundaria. Finalización. Se detectaron problemas neonatales en las cuales se vio que los nacidos presentaban un peso disminuido y el nacimiento prematuro leve asociados a la anemia durante la gestación.

2.1.2. A nivel nacional

Paucar. (9) Factores asociados al riesgo obstétrico en pacientes que acuden al Hospital de Acobamba 2023. Objetivo identificar riesgo obstétrico, y al concluir, los resultados que se obtuvieron: el 44% de las participantes tenía entre 26 y 30 años, el 50% vivía en convivencia, el 53% tenía estudios de secundaria, el 66% eran amas de casa, el 49% profesaban la religión católica, el 54% mantenía un peso adecuado, el 53% recibió atención prenatal, el 34% consumía alcohol de forma ocasional, el 44.0% fumaba esporádicamente. En cuanto a antecedentes patológicos, el 10.0% hipertensión, el 4.0% presentaron diabetes 3.0% mioma 10.0% otras



enfermedades. En relación con la edad gestacional. En términos de paridad, el 39% eran multíparas, el 56% tenía un intervalo intergenésico de 24 meses o menos, y el 34% había tenido cesáreas previas. El 40% presentó antecedentes patológicos obstétricos. Las complicaciones maternas fueron diversas, destacando un 20% de preeclampsia, 13% de (RPM), 11% anemia, 10% de amenaza de aborto, sin que necesariamente tuvieran Antecedentes anteriores al nacimiento presente.

Ortiz. (2) Prevalencia de cesárea segmentaria, sus indicaciones y factores de riesgo en gestantes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2021. Misión: Establecer la incidencia de cesárea segmentaria, sus síntomas y factores de riesgo en las mujeres embarazadas. Técnicas: Se trató de un análisis documental observacional de corte transversal que recopiló datos retrospectivos. La investigación se dio en Arequipa, utilizando el método de revisión documental de expedientes clínicos. Se seleccionaron casos según el diagnóstico de egreso: los bebés padecían una posición distócica por cesárea segmentaria. Se analizaron 2286 fichas clínicas de los años 2018 y 2019, sin embargo se excluyeron 133 que no cumplían con los criterios quedando un total de 2147 historias clínicas en las cuales se tabuló en Excel para la recopilación y tabulación de los datos, A través de la estadística descriptiva, se utilizan frecuencias absolutas y relativas para desentrañar la prevalencia de los datos. Conclusiones: Durante 2018 y 2019, se registraron un total de 5501 nacimientos, con una prevalencia de cesárea del 41.55%. En cuanto al ítems socioepidemiológicos, se encontró que la edad materna más común fue de 25 a 34 años (49.37%), seguida por la educación secundaria (53.74%) y el estado civil de convivencia (73.03%).

En cuanto a las características maternas, el 97.01% de las gestantes no presentaron comorbilidades. En relación con las edades de la gestación esta ocurre en las 37 y 40 semanas (82.02%), en gestantes nulíparas (43.59%) asistencia a sus controles adecuados (76.24%). Riesgos obstétricos, 811 gestantes reportaron haber tenido cirugías abdominales y pélvicas, de las cuales el 68.18% había tenido una operación previa. En cuanto a la cesárea, el 64.04% fueron de emergencia, y en cuanto a las indicaciones, el 45.36% se debió a compromiso materno. El 24.82% de las cesáreas fueron por criterios de compromiso materno.

Prado. (10) Características gineco-obstétricas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2021. Técnica: Esta investigación fue de tipo transversal, descriptivo y retrospectivo. Se utilizó un enfoque inductivo con un diseño descriptivo simple, basado en una muestra de 51 pacientes extraídas de los registros hospitalarios. La muestra se censó. El método principal fue el análisis documental y se utilizó una ficha de recopilación de datos como instrumento. Conclusiones: El 5.9% de las pacientes tenía entre 20 y 24 años, el 21.6% en el mismo rango de edad, el 33% tenía entre 25 y 29 años, el 14% entre 30 y 34 años, y el 25.5% tenía más de 34 años. En términos de peso, el 35% tenían un peso adecuado, el 39.2% presentaban exceso de peso, y el 25.5% sufrían de obesidad. En cuanto a comorbilidades, el 25.5% de las pacientes tenían obesidad, el 21.6% infecciones urinarias, el 19.6% anemia, y en menor medida, sífilis, bacteriana, dengue y mioma uterino, con un 2% cada uno. En cuanto al tipo de aborto, el 84.3% presentaron un fallo incompleto, el 10% retenido, el 4% inminente, y el 2% séptico. Respecto al cuidado prenatal, el

68.6% no recibió atención prenatal. En cuanto a los intervalos intergenésicos, el 31.4% tuvo uno corto y el 31.4% uno largo. En cuanto a la paridad, el 17.6% fueron primigestas, el 72.5% multigestas y el 9.8% gran multigestas. En cuanto a la clasificación por paridad, el 25% que no tenían hijas antecedentes, el 33% tenían su bebe por única vez, el 37.3% los que tenían de 1 a 2 bebe producto de un embarazo de la misma gestante, y el 3.9% gran multiparas. Resultados: Las mujeres que experimentaron aborto mostraron características comunes como ser menores de 14 años, Antes de cumplir los 17 años, habría experimentado su primera experiencia erótica, tenían 1 a 2 personas con las que tubo experiencias sexuales, no utilizar métodos anticonceptivos, y presentar obesidad, infección urinaria, anemia, aborto incompleto, falta de cuidado prenatal, y ser multigestas o multiparidas

Rodríguez. (11) Factores obstétricos, sociodemográficos e institucionales, junto con la ejecución de la atención prenatal reorientada. Posicionamiento de Salud Manuel Arévalo, 2020. Este exhaustivo estudio tuvo como objetivo principal desentrañar y analizar detalladamente de qué manera los diversos elementos obstétricos, sociodemográficos e institucionales inciden y ejercen influencia en la eficacia y eficiencia de la atención prenatal renovada que reciben las futuras madres que son atendidas en el prestigioso Centro de Salud. de la localidad. Técnicas: En una investigación no experimental, retrospectiva, controles y casos, se incluyó a 212 usuarias. Entre los factores obstétricas, el 32% presentaba anterior una cesárea, el 30% de aborto, el 26.8% de complicaciones obstétricas, el 54% padecía morbilidad materna y el 52.6% comenzó tarde su atención prenatal. Causas sociales, el 10.8% se encontraba en una edad de

riesgo, el 12.7% no tenía pareja estable y el 36.2% tenía ocupación laboral. Resultados: Se encontró ($p < 0.05$) incluyen antecedentes de cesárea, problemas obstétricos previos, muerte de las gestantes las razones por las que las gestantes no van a sus controles por la falta de empatía del personal de salud Asia la paciente por ello tienden a no ir a sus controles. En cuanto a los factores de riesgo relacionados con la falta de atención prenatal, se identificaron los siguientes: antecedentes de cesárea OR 2.223, problemas obstétricos previos OR 2.281; atención tarde: OR y trato deficiente por parte del personal de servicios de apoyo OR 2.223; Por otro lado, la morbilidad materna actual actuó como un factor protector OR 0.514. Conclusión: Se llega a la conclusión de existe asociación en las dimensiones de obstétricos e institucionales y la puesta en práctica de la atención prenatal reenfocada.

Yactayo y Quiñonez. (12) Características de la atención prenatal reenfocada en tiempos de pandemia Covid 19 en Gestantes Atendidas en el Hospital Rezola de Cañete en el 2021. Técnica: el caso de la investigación fue ver a las gestantes las causas de deserción de controles en Cañete. utilizando el análisis documental mediante la revisión de registros clínicos perinatales. Conclusiones: nos enfocamos en las atenciones de las cueles somos inmersos como profesionales de la salud se observa que 22% (88) lo hicieron después de este periodo. En cuanto a la cantidad de visitas, el 15.9% (18) de las gestantes asistieron a seis o más consultas prenatales, mientras que el 84.1% (95) acudieron a menos de seis. Solo el 5.3% (6) completaron el paquete básico de cuidados para la embarazada. Además, se identificaron complicaciones en el 67.4% de los casos. Atenciones y controles el 56.6% (64) de las gestantes recibieron atención por un obstetra, el 46% (52)

por médicos generales y el 7.1% (8) por otros profesionales de la salud.

Conclusión: Se descubrió que durante la pandemia fueron de inicio precoz en el 22.12% (25) de los casos y con un número reducido de visitas debido a las restricciones de la COVID-19, con solo el 15.9% 18 de las gestantes realizando seis o más consultas. A pesar de estos desafíos, un alto porcentaje de las gestantes (67.4% o 76) recibió atención oportuna y de calidad (93%), aunque solo el 5.3% completaron el paquete de cuidados recomendado.

2.1.3. A nivel regional.

Bruna. (3) Tipo de cesárea según clasificación de Robson Hospital Carlos Monge Medrano 2020. Técnica: la investigación tipo no experimental, retrospectivo y de corte transversal entre julio y septiembre de 2019, durante el cual se contabilizaron 318 casos de cesáreas. Resultados: en periodo de la investigación, se registraron 432 nacimientos, de los cuales 317 dieron de forma natural y 114 (26.0%) por vía natural. Las pacientes sometidas a cesárea tenían edad 27 años. Del total, el 44% no tenían hijos anteriores, el 29.6% cesárea, el 97% eran gestantes de embarazo único, el 83.3% presentaron presentación cefálica del feto, el 75.5% tenían embrazos superior a 37 semanas 52.8% iniciaron el trabajo de parto de forma espontánea. Las principales indicaciones para la cesárea fueron: cesárea anterior (25.8%), desproporción cefalopélvica (14.8%), preeclampsia (13.5%) y alteración del bienestar fetal (13.2%). El 87.1% de las cesáreas se realizaron de forma urgente, mientras que solo el 34.3% fueron planificadas. Los grupos 1 (21.1%), 10 (21.1%) y 5 (19.5%) contribuyeron significativamente a la tasa global de cesáreas. En los grupos 1 y 2, la indicación más común fue la desproporción cefalopélvica (41.8%), en los grupos 3 y 4 se combinaron

desproporción cefalopélvica y alteración del bienestar fetal (23.5%), en el grupo 4 y 5 predominó la alteración del bienestar fetal (53.3%), y en el grupo 5 y 6 se destacó la cesárea anterior (96.8%). El parto por presentación podálica se presentó en los grupos 6 y 7 (89.5%), y el principal factor en el grupo 10 fue la preeclampsia (35.8%). Consideraciones: El porcentaje de cesáreas alcanzó un asombroso 74,0%. Los pacientes rondaban los $27,67 \pm 6,98$ años, y la mayoría llevaban a cabo gestaciones únicas, con una presentación cefálica del bebé y un nacimiento natural. Las razones principales para la cesárea fueron episodios previos de cesárea, desproporción cefalopélvica, preeclampsia y desajustes en el bienestar del bebé. Los colectivos de Robson 1, 10 y 5 fueron los artífices más notables en elevar la incidencia global de cesáreas.

Jiménez. (13) Factores de las gestantes con infección del tracto urinario relacionados con el tipo de parto según edad gestacional. Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2020. Técnica: Un estudio no experimental de evaluación, retrospectivo y transversal lo cual la población que se tubo consideración fue 72 feminas embarazadas con ITU que cumplieron con los requisitos de inclusión, todas atendidas en el hospital. Conclusiones: Un 28% presentaron postérmino, un 63% pretérmino y un 10% a termino. El 23.6% de las embarazadas tenía un nivel educativo primario. El 26.4% de las mujeres estaban casadas ($p < 0.05$) y el 38.9% eran multíparas. El 37.5% de los embarazos fueron de 1 a 2 ($p < 0.05$). En cuanto a la modalidad del parto según su término, un 45.8% fueron partos distócicos ($p < 0.05$). En relación al alumbramiento, un 31.9% de los casos duró más de 30 minutos, mientras que solo un 2.8% de las cesáreas se extendieron por más de 30

minutos ($p < 0.05$). En cuanto a la infección urinaria, el 43.1% presentó bacteriuria asintomática, el 12.5% cistitis y el 6.9% pielonefritis. Consideraciones: afirmamos la relación con las embarazadas que padecen infecciones del tracto urinario, lo que influye en su tipo de parto y otros aspectos asociados

Arapa y Chipana. (14) Anemia materna y su relación con el estado de salud de los recién nacidos atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca-2022. La investigación fue de tipo descriptivo correlacional y transversal, los estudiados fueron 199 féminas y sus recién nacidos, seleccionados aleatoriamente. Se utilizó un formulario para la recopilación de datos y se estableció el nivel de anemia en las que presentaron las gestantes, evaluadas mediante pruebas de chi cuadrado

Los resultados obtenidos en el Hospital de Juliaca indicaron una estimación de 199 pacientes, el 71.1% (143) parecieron anemia en su gestación, el 19.8% (40) moderada y el 8% (16) grave. La salud del neonato, incluyendo factores como el peso adecuado para la gestación y el peso total del bebé, entre otros. prueba de Capurro, edad gestacional según la FUM, Apgar y test de Silverman, se observó una correlación significativa con la anemia materna.

Flores. (15) Determinantes materno-fetales en la condición del parto en pacientes con Covid 19 Atendidas en la Red de Salud San Román-2023. El objetivo del estudio fue identificar los factores materno-fetales que influyen en la situación. En 2021, se registró el nacimiento de infantes con COVID-19 atendidos en la Red de Salud San Román, en el Departamento de Puno. Material y técnicas: Se trató de un estudio



correlacional, en el cual la población estuvo conformada por pacientes diagnosticadas con COVID-19 durante el brote en el distrito de Juliaca. La muestra fue de 76 unidades de observación, seleccionadas entre un total de 95 casos reportados. Conclusiones: Se encontraron factores maternos vinculados con el tipo de parto, como variaciones en el avance del alumbramiento (11%, $p > 0.01$, IC 95%), inicio de la asistencia para tener un parto $p > 0.001$, cesárea $p > 0.001$ antecedentes obstétricos negativos $p > 0.001$ y complicaciones durante el parto $p > 0.05$, no hubo similitud con IMC los cuales la obesidad $p < 0.05$, ni con problemas en el embarazo actual $p < 0.05$, distócica fetal $p > 0.02$, alteraciones del bienestar fetal $p > 0.001$ peso menor del bebé (14.4%) sí se asociaron con la condición del parto en pacientes con COVID-19. Se determinó que el 55.3% de los partos fueron eutócicos y el 44.7% distócicos. Conclusión: En 2021, se procesan que ciertos elementos maternos y fetales están vinculados de manera negativa con la calidad del nacimiento en pacientes con COVID-19 atendidas en la Red de Salud San Román.

Velásquez. (16) Estado nutricional en gestantes de dos regiones a mayor de 3700 msnm REUNIS 2023. Misión: Comparar la condición nutricional en mujeres embarazadas de dos zonas (Pasco y Puno), 2022 en el marco del REUNIS. Material y procedimientos: El estudio fue de tipo básico y empleó una metodología científica, siguiendo un diseño no experimental. Se evaluaron 19,091 embarazadas por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) entre 2020 y 2022. De estas, 20,459 mujeres fueron evaluadas utilizando el IMC Pregestacional en las regiones de Puno y Pasco, ubicadas a más de 3700 msnm. Las unidades de análisis se seleccionaron al



azar. Resultados: En las regiones de Puno y Pasco, según la clasificación del CLAP, el 6.59% de las embarazadas en Puno presentaron déficit de peso, mientras que en Pasco el porcentaje fue del 7.18%. En cuanto al sobrepeso, el 56.07% de las embarazadas en Puno y el 49.55% en Pasco fueron clasificadas con sobrepeso, observándose diferencias significativas con un p-valor de 0.00%. En relación al estado nutricional basado en el IMC pregestacional, en Puno se identificó un 0.91% de bajo peso, mientras que en Pasco el porcentaje de bajo peso fue del 1.56%. La incidencia de desbalances nutricionales en Pasco y Puno es inferior a la de los estudios hallados, siendo un elemento clave la altura superior a 3700 m.s.n.m.

2.2. MARCO TEÓRICO

1.- Riesgos obstétricos

El perjuicio obstétrico se refiere a todas aquellas condiciones o circunstancias que pueden comprometer el estado de salud de la relación madre-infantil., es decir, madre-hijo durante el proceso del gestación, parto y puerperio. Es decir, las posibilidades de que la madre o el feto puedan tener alguna complicación con repercusiones a largo plazo, o bien, que pueda incluso terminar en la muerte de alguno de los dos o incluso de ambos. (17)

La evaluación del riesgo obstétrico debe de considerarse desde la primera consulta en el control prenatal, donde se debe de realizar una historia clínica completa Para identificar los riesgos involucrados. modificable y no modificables de la paciente, Con el objetivo de llevar a cabo medidas que prevengan la aparición de consecuencias. al binomio, y así poder identificar de manera oportuna aquellas Pacientes que presentan un alto riesgo durante

el embarazo y realizar el envío a las pacientes a Atención de segundo o tercer nivel, para así Reducir la episodio de enfermedades y muertes, maternas Desde la perspectiva del riesgo de las féminas general mente están en riesgo cuando están gestando de experimentar resultados obstétricos perinatales adversos.

1.1 Personales maternos

1.1.1 Paridad

La paridad se refiere al número de nacimientos tras El período de 20 semanas. Teniendo en cuenta tanto el número de embarazos como la paridad. Los embarazos que se interrumpen antes de las 20 semanas, sin importar la causa, son clasificados como abortos.

La paridad en obstetricia a término que una fémina ha tenido, es decir, a cuántas veces ha dado a luz a un bebé viable, sin importar si el bebé nació vivo o muerto. Este concepto se clasifica en nullípara (sin embarazos a término), primípara (un embarazo a término), multípara (dos o más embarazos a término) y grandemultipara (más de cinco embarazos a término). La paridad son factores claves en la evaluación de los riesgos obstétricos, ya que puede influir en las complicaciones en el momento del alumbramiento. Las féminas primerizas o nullíparas pueden enfrentar un mayor riesgo de complicaciones como la necesidad de cesárea o desgarros, mientras que las mujeres con alta paridad pueden estar expuestas a riesgos adicionales, como placenta previa o parto prematuro.

1.1.2 Edad

Las jóvenes embarazadas tienen una mayor tendencia a padecer presión arterial alta y anemia (ausencia de glóbulos rojos sanos) y iniciar el proceso

de parto antes que las mujeres mayores. También es posible que las adolescentes estén expuestas a enfermedades de transmisión sexual o infecciones que podrían perjudicar la gestación. (6)

Las jóvenes podrían tener Menor probabilidad de acceder a atención prenatal o de acudir a un experto en salud de forma constante durante la gestación para evaluar los riesgos, asegurar una salud adecuada y comprender qué medicamentos y fármacos pueden tomar.

Las madres primerizas mayores pueden experimentar embarazos habituales, sin embargo, los estudios señalan que estas mujeres tienen un mayor riesgo de sufrir:

- Un nacimiento por cesárea
- Complicaciones durante el parto, como la sangrado excesivo durante la labor del parto - Complicaciones que se dan en el momento del alumbramiento, incluyendo sangrados anormales durante el proceso de parto
- Duración extendida del trabajo de parto (que supera las 20 horas)
- Una labor de parto que no progresa

Un recién nacido con una anomalía genética, tal como el síndrome de Down. Tanto las jóvenes como las adultas de entre los 35 y 40 años constituyen un grupo de riesgo. Sin embargo, las mujeres jóvenes generalmente no requieren consulta preconcepcional, ya que sus embarazos suelen ser no planificados. Una fémina ha experimentado, es decir, cuántos bebés ha dado a luz que han alcanzado una viabilidad fetal. Este causante es necesario las evaluaciones obstétricas, ya que influye en la manera en que el cuerpo de la mujer responde al embarazo y al parto. Existen diversas clasificaciones de la paridad: nullípara (cuando la mujer no ha tenido embarazos a término), primípara (cuando ha

tenido un solo embarazo a término), múltipara (cuando ha tenido dos o más embarazos a término) y grandemúltipara (cuando ha tenido más de cinco embarazos a término). Cada categoría de paridad está vinculada a diferentes riesgos y características que afectan tanto el embarazo como el parto.

1.1.3 Índice de masa corporal

A escala global los cuales son riesgos globales que aquejan a las gestantes de Atención sanitaria pública durante la gestación, al incrementar las comorbilidades maternas y perinatales y modificar el curso habitual del embarazo, que se conoce ahora como embarazo de alto riesgo.

El IMC clasifica en diversas categorías: lo que ayuda a detectar problemas de salud vinculados al peso corporal. Sin embargo, el IMC no distingue entre masa muscular y grasa corporal, por lo que no siempre refleja de manera precisa la composición física de una persona. (19)

IMC: Delgadez <18.5.

IMC: 18,5 y 24,9 Kg/m² (proporción de peso normal): Pese entre 16,8 y 24,5 kilogramos.

IMC: 25 y 29,9 Kg/m² (exceso de peso): oscila entre 14,1 y 22,7 kilogramos.

IMC ≥ 30 Kg/m² (obesidad): oscila entre los 1,4 y los 19,1 kilogramos de peso.

1.2 Del embarazo

1.2.1 Riesgo obstétrico en 1ra atención prenatal

Los embarazos de bajo riesgo suelen desarrollarse de manera son óptimos, y los desenlaces perinatales resultan favorables. positivos, sin excesiva intervención ni uso de tecnología de vanguardia. Los embarazos de alto riesgo, que se dejan evolucionar de manera fisiológica (sin intervenciones) presentan un riesgo significativo de sufrir desenlaces

obstétricos y perinatales desfavorables. Por lo tanto, es necesario contar con personal especializado para abordar estas circunstancias y, en muchos casos, con tecnología avanzada para su monitoreo y atención. (19)

1.2.2 Control prenatal

Priorizar a las gestantes con mayor riesgo, con el fin de aplicar intervenciones oportunas que prevengan posibles complicaciones y, de esta manera, garantizar un resultado perinatal favorable. Esto se logra a través de la recopilación de los antecedentes médicos y reproductivos de la mujer, la evaluación clínica, los análisis de pruebas en el laboratorio, análisis clínicos y estudios de ultrasonido para obtener un diagnóstico preciso y detallado. Además, es de suma importancia promover activamente vidas saludable y fomentar los suplementos con ácido fólico, así como proporcionar una adecuada orientación con especialistas y una instrucción completa a la madre gestante. en torno a ello.

El Ministerio de Salud aconseja a las embarazadas llevar a cabo entre seis y ocho visitas prenatales, con el fin de mantener un embarazo sano. (21)

En el transcurso de las visitas prenatales, se llevará a cabo una valoración física y psicológica de la embarazada, identificación de factores de riesgo obstétrico, pruebas complementarias para descartar anemia, VIH, Sífilis, diabetes, entre otros problemas de salud. Adicionalmente, como parte del cuidado, se llevarán a cabo tres ecografías obstétricas, siempre supervisadas por un médico experto en diagnóstico por imágenes, señaló la directora. (22)

1.2.3 Infecciones maternas

La mayoría de las infecciones maternas habituales (como las urinarias, cutáneas y respiratorias) usualmente no resultan en problemas serios durante

la gestación. Algunas infecciones maternas que pueden perjudicar al feto comprenden el citomegalovirus, el herpes simple, hepatitis B.

Las infecciones maternas son aquellas que afectan a las madres en su periodo de gestación, el parto o el postparto, y que pueden tener consecuencias negativas al bebé dentro del vientre de la madre. Las afecciones o parásitos, y su tratamiento adecuado es esencial para evitar complicaciones. Entre las infecciones maternas más frecuentes se incluyen la infección urinaria, la sepsis postparto, la toxoplasmosis, la rubéola, la sífilis y la infección. Un control prenatal adecuado, junto con la detección temprana y el tratamiento oportuno, son fundamentales para reducir los riesgos asociados a estas infecciones, las cuales pueden provocar desde complicaciones leves hasta cuadros graves que afectan a la madre, como también al recién nacido, incluyendo bajo peso al nacer o transmisión vertical de la infección. (23)

1.2.4 Enfermedades hipertensivas

Los estados hipertensivos durante el embarazo, en especial la preeclampsia, constituyen una de las principales causas de mortalidad materna y perinatal. Esta condición puede generar consecuencias graves para la madre, tales como eclampsia, accidentes cerebrovasculares (ACV), convulsiones y el síndrome HELLP. En el caso del feto, los efectos incluyen restricción del crecimiento intrauterino (CIR), especialmente en etapas tempranas antes de las 34 semanas, los desprendimientos y un mayor riesgo de parto prematuro., y la necesidad de concluir el embarazo. (22) 23 En la evaluación preconcepcional se deben considerar dos circunstancias: mujeres con hipertensión y aquellas con riesgo de padecer hipertensión durante la gestación. La infografía muestra Los factores de riesgo podrían incrementar

la probabilidad en un rango de 30 a 40 por ciento. de desarrollar problemas de hipertensión durante la gestación o empeorar la hipertensión ya existente. En los pacientes que padecen hipertensión crónica y están recibiendo (IECA), que se encuentran contraindicados durante el embarazo, deben ser sustituidos por tratamientos como el rabótalo o la α -metildopa antes del embarazo.

1.2.5 Anemia

La anemia constituye uno de los retos médicos más frecuentes y significativos a escala mundial

importantes durante la gestación, aumentando la probabilidad de que se desarrolle conforme progresa la edad gestacional, debido al incremento de las necesidades nutricionales en respuesta a la creación y conservación de la unidad placentaria feto. (24)

la gestación. Más del 50% de las anemias durante este periodo se deben a un déficit de hierro, siendo las anemias por falta de ácido fólico las más frecuentes. La anemia debido al déficit de vitamina B12 es muy rara, dado que sus reservas en el cuerpo bastan para satisfacer las demandas durante un periodo de 3-5 años.

- Leve anemia: 10-10.9 g/dL
- Moderada anemia: 7-9.9 g/dL
- Grave anemia: <7 g/dL

La anemia es una dolencia médica que se manifiesta por una escasez de hemoglobina en el torrente sanguíneo, obstaculizando así el flujo óptimo de oxígeno hacia las células. En el transcurso del embarazo, la anemia se convierte en un fenómeno habitual y puede surgir por múltiples motivos,

siendo la carencia de hierro la causa más habitual. No obstante, también podrían influir otros elementos como la carencia de ácido fólico o vitamina B12.

La anemia materna puede estar vinculada a un peso bajo al nacer, un parto prematuro y un incremento en la morbilidad y la mortalidad infantil. La anemia en el embarazo despierta inquietud, pues incrementar podría el peligro de complicaciones tanto para la madre como para el infante. Para la futura madre, puede desencadenar cansancio, agotamiento y un incremento en el riesgo de infecciones o hemorragias tras el parto. La anemia en la madre puede estar vinculada a un peso bajo al nacer, un parto prematuro y un incremento en la morbilidad y la mortalidad infantil. (24)

1.2.6 Hemorragias

Hemorragias durante la primera parte del embarazo

Aproximadamente el 20% de las gestaciones conocidas experimentan sangrado vaginal durante los dos primeros meses de gestación, y casi la mitad de estos casos concluyen en un aborto espontáneo.

Son relativamente frecuentes y pueden ser causadas por diversas condiciones, algunas benignas y otras que suponen riesgos para la madre o el feto. Las causas más comunes como perder al bebé antes de la semana 12, y el embarazo ectópico. Otras posibles causas incluyen el embarazo molar, el sangrado por implantación, que ocurre cuando el embrión se adhiere al útero, o hemorragias leves debido a irritaciones cervicales. En algunos casos, también puede presentarse un hematoma subcorial, un pequeño sangrado provocado por la acumulación de sangre entre el saco gestacional y la pared uterina. Aunque muchos de estos sangrados no

representan un riesgo grave, es esencial que cualquier hemorragia durante el primer trimestre sea evaluada por un profesional de la salud para identificar su causa y gestionar la situación de manera adecuada, evitando complicaciones para la madre y el feto. (20)

Erupciones durante la segunda parte del embarazo (>20 semanas)

La embarazada que manifiesta un sangrado durante la segunda mitad del embarazo puede sufrir un deterioro acelerado. El propósito del tratamiento debe ser recuperar o evitar dicho deterioro. Una vez que la paciente esté estable, se establecerán acciones más concretas. La paciente será llevada a un centro donde se pueda realizar, en caso de ser necesario, una transfusión de sangre, una cesárea de urgencia, cuidado neonatal (preferiblemente a un centro con UCI neonatal) o una laparotomía. (25)

2. Finalización del embarazo

El parto es el procedimiento que lleva a cabo el nacimiento del bebé, lo que implica. A pesar de que el parto vaginal o eutócico (sin intervención médica) es el método natural, también existen numerosos partos distócicos. Dentro de los nacimientos que necesitan asistencia médica, el parto por cesárea es el más frecuente.

Las hemorragias al final del embarazo pueden ocurrir durante el parto y constituyen una de las principales complicaciones obstétricas, representando signos de alarma que se puedan dar en las madres y, en algunos casos, para el bebé. Estas hemorragias se dividen en dos categorías: hemorragias y hemorragias secundarias, pero dentro de las seis semanas siguientes). La atonía uterina, pierde sus funciones el útero para reducirse adecuadamente tras el parto, esta son las causas mas principales Esta condición impide que

el sangrado se detenga de manera natural, lo que requiere un tratamiento urgente. (26)

Además, las laceraciones o desgarros que se producen durante el parto vaginal, en áreas como el cuello uterino, la vagina o el perineo, también pueden provocar hemorragias significativas. La retención de restos que esta adentro la uretra puede seguir causando sangrados. Otra causa importante de sangrado es la placenta previa, situaciones en las que la placenta esta condición en la parte baja del útero, obstruyendo el cuello uterino y provocando hemorragias severas, especialmente durante el trabajo de parto. Asimismo, el RPM, que implica la separación temprana de placentaria, es una complicación grave que puede llevar a hemorragias masivas y poner en riesgo.

El tratamiento de las hemorragias postparto requiere diversas intervenciones, como el uso de medicamentos para estimular la contracción uterina, la reparación quirúrgica de desgarros, la evacuación de restos placentarios o la realización de una transfusión sanguínea en caso de pérdida excesiva de sangre. La atención adecuada y oportuna durante el parto es esencial para evitar complicaciones graves y asegurar la seguridad de la madre. (26)

a) Interrupción del embarazo.

Se conoce como aborto a la expulsión o extracción del feto en la semana 22, su peso sea distinto a 500 gramos. Varias formas clínicas son aceptadas, dependiendo de sus modalidades o fases de evolución. (27)

El aborto provocado es la interrupción intencionada de una gestación a través de intervenciones quirúrgicas o de fármacos.

Las complicaciones del aborto son mínimas cuando se efectúa por un experto en salud formado y se lleva a cabo en un centro hospitalario o clínica. Además, hay menos problemas tras un aborto que tras un parto a término. En menos del 1% de las mujeres que experimentan un aborto, las complicaciones son severas. Es muy rara la muerte tras un aborto. Aproximadamente 6 de cada millón de féminas toman decisiones de realizarse abortos y en las cuales fallecen, en contraste con las aproximadamente 140 mujeres de cada millón tiende a fallecer en el momento de dar a luz.

c) Parto vaginal

El bebé surge mediante la vagina mediante los empujones que la madre efectúa. La postura común durante este parto se conoce como litotomía. Esta posición implica que la mujer se encuentre recostada en la espalda, con los pies elevados hasta la altura del glúteo. (28)

Sin embargo, hay un cierto conflicto con la postura, ya que muchos sostienen que en el parto natural es preferible que la mujer se encuentre vertical en vez de horizontal, favoreciendo de esta manera la gravedad. Cada recién nacido es distinto. Elementos como el tamaño y la ubicación del recién nacido o el avance de la dilatación cervical pueden influir en el tiempo requerido para que el bebé nazca.

En las primerizas embarazadas, el proceso del parto puede extenderse entre 12 y 18 horas, incluso más. Si ya has dado a luz anteriormente, es probable que el parto sea más breve. Sin embargo, cada situación es única: algunos bebés requieren solo algunas horas, mientras que otros requieren días.

c) Cesárea

Se discute del nacimiento de un infante en el que se logra una apertura en la parte inferior del vientre materno. Adicionalmente, se denomina parto por cesárea.

Aspectos perjudiciales a tener en cuenta, Una cesárea se caracteriza por su seguridad y la probabilidad de complicaciones severas es notablemente disminuida. No obstante, se presentan riesgos inherentes que se incrementan tras una cesárea en comparación con un parto vaginal, los cuales comprenden:

La cesárea es un procedimiento médico que implica la realización de una incisión quirúrgica en el abdomen y el útero de la madre para extraer al bebé, en lugar de optar por el parto vaginal como método de alumbramiento. Este tipo de intervención se lleva a cabo en situaciones en las que el parto natural no es posible o seguro para la madre o el bebé. Este procedimiento se lleva a cabo cuando se presentan circunstancias médicas que hacen que el parto por vía vaginal represente un riesgo excesivo para la salud tanto de la madre como del bebé. Entre las principales razones para optar por una cesárea se encuentran complicaciones como distocia de hombros (cuando el bebé tiene dificultades para pasar por el canal del parto), inquietudes sobre el bienestar fetal (como una frecuencia cardíaca anormal), presentaciones anómalas del bebé (por ejemplo, cuando el bebé está de nalgas), prolapso del cordón umbilical, o condiciones de salud materna como preeclampsia o infecciones. La cesárea también puede ser programada en casos de embarazo múltiple o si la mujer ha tenido cesáreas previas. Aunque este procedimiento es generalmente seguro, conlleva algunos riesgos, como infecciones,

hemorragias o complicaciones en futuros embarazos. Es esencial que la decisión de realizar una cesárea se tome de manera conjunta entre la madre y el equipo médico, evaluando cuidadosamente. (28)

- Infección localizada en el útero o la vejiga.
- Daño en los conductos urinarios
- Un promedio más elevado de hemorragias
- A menudo, no es necesaria una transfusión, pero el peligro es más alto.

Una cesárea también puede provocar dificultades en futuras gestaciones.

Hay un riesgo incrementado de:

- Placenta anterior
- Placenta que se desarrolla dentro del músculo uterino y tiene dificultades para separarse tras el nacimiento del bebé (placenta adherida)
- Ruptura del útero

Estas condiciones pueden provocar sangrados profusos (hemorragia), situación que podría necesitar transfusiones sanguíneas o la extracción del útero (histerectomía). (29)

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Cesárea: Se discute del nacimiento de un infante en el que se logra una apertura en la parte inferior del vientre materno. Adicionalmente, se denomina parto por cesárea. (21)

Estado de gestación: es un proceso de gran complejidad bio-psico-social, que en la mayoría de las situaciones finaliza con resultados positivos tanto para la mujer como su descendencia. (31)



finalización de la gestación: es el proceso que culmina Con el parto y la eliminación de la placenta. (32)

Monitoreo del embarazo Conjunto de medidas médicas de asistencia y educación con propósitos preventivos, diagnósticos y curativos, establecidas por el equipo sanitario con el propósito de regular el progreso y obtener una preparación adecuada para el parto, con el propósito de reducir los peligros de este proceso fisiológico. (30)

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño es no experimental. Según Hernández, Fernández y Baptista consisten en estudios que se hacen sin cambiar intencionadamente las variables.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo básico, con nivel relacional y de corte transversal, dado que su propósito es explorar la relación entre las variables, se tomarán los datos en un único momento y en el tiempo

3.3. MÉTODO APLICADO A LA INVESTIGACIÓN

Método hipotético deductivo con enfoque cuantitativo. Tamayo, consiste en el contraste de teorías ya existentes a partir de una serie de hipótesis surgidas de la misma.



3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. Población

La población estuvo representada por 124 pacientes que acudieron el año 2023, a control prenatal en la Institución Prestadora de Salud Santa María (IPRESS).

3.4.2. Muestra

Se revisó el 100% 124 pacientes que acudieron el año 2023, a control prenatal en la Institución Prestadora de Salud Santa María (IPRESS).

Ámbito y temporalidad

Departamento de Puno

Distrito Juliaca

Provincia San Román

Temporalidad

Periodo. La investigación comprende el periodo Enero a Diciembre 2023.

3.5. TÉCNICAS, NOTAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.

3.5.1. Técnicas

La investigación documental se refiere a la utilización de Notas externas, específicamente documentos, para respaldar la perspectiva o argumento de un estudio académico.

Variable 1. Análisis documental.

Variable 2. Análisis documental.

3.5.2. Instrumento.

Consiste en una herramienta utilizada por los investigadores para recopilar información que les permita desarrollar su proyecto de investigación. Su

función principal es obtener o generar datos de primera mano sobre la población o los fenómenos que se desean estudiar.

Variable 1. Ficha de recolección de datos

Variable 2. Ficha de recolección de datos.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Las variables fueron codificadas para la recolección de datos en una tabla de Excel, se presentará en una ficha de recolección de datos.

Los indicadores fueron codificados para facilitar la recolección de datos.

El procesamiento y análisis de datos parte recopilando los datos de las historias clínicas.

Se utilizó el SPSS V24. Análisis de estadísticos descriptivos con tablas cruzadas.

3.7. CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Se aplicó como instrumento de análisis estadístico a la prueba de chi cuadrado. Es un procedimiento estadístico utilizado para determinar si existe una diferencia significativa entre los resultados esperados y los observados en una o más categorías.

$$\chi^2 = \sum \frac{(\text{freq observadas} - \text{esperadas})^2}{\text{freq esperadas}} = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

3.8.1. Validez

El instrumento de recolección de datos fue sometido a un proceso de validación por juicio de expertos, con el objetivo de asegurar su pertinencia, claridad, coherencia y relevancia con respecto a los objetivos de la



investigación. Para ello, se contó con la participación de 3 profesionales especializados en el tema

3.8.2. Confiabilidad

La confiabilidad se evaluó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach donde se obtuvo un puntaje de 0.71, lo que garantiza la consistencia interna de las variables utilizadas en el estudio.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,712	10



CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

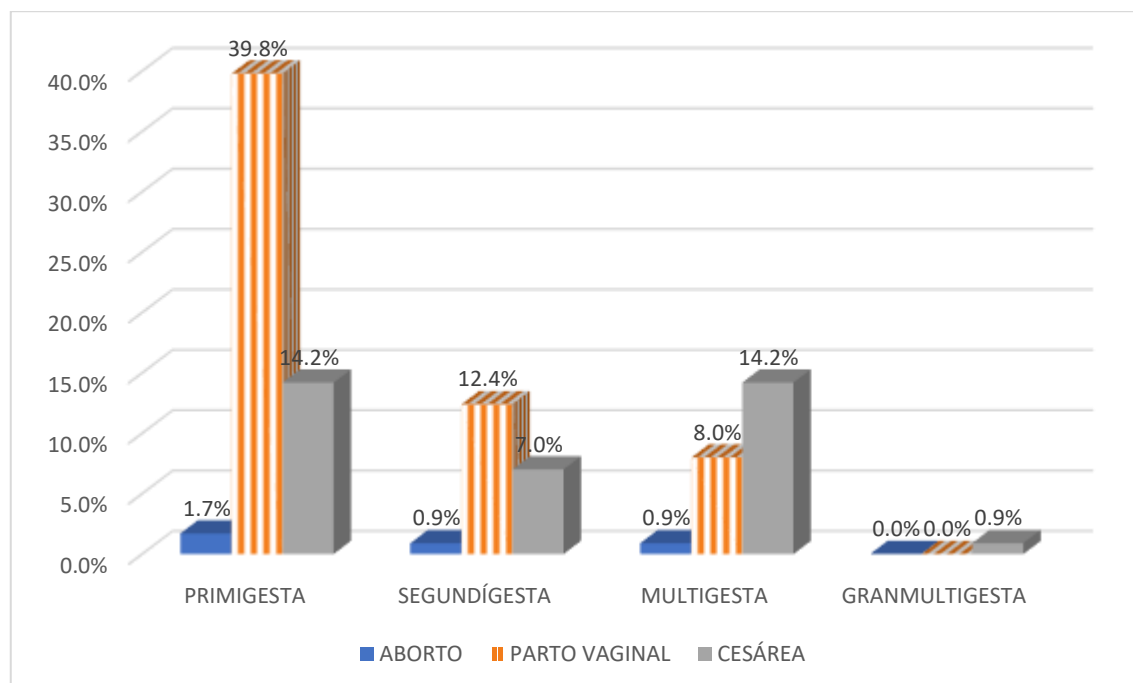
TABLA 1. NÚMERO DE GESTACIONES Y FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2023

NÚMERO DE GESTACIONES	FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO						TOTAL	
	Aborto		Parto vaginal		Cesárea			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Primigesta	2	1.7	45	39.8	16	14.2	63	55.7
Segundigesta	1	0.9	14	12.4	8	7.0	23	20.3
Multigesta	1	0.9	9	8.0	16	14.2	26	23.1
Granmultigesta	0	0.0	0	0.0	1	0.9	1	0.9
TOTAL	4	3.5	68	60.2	41	36.3	113	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos

$$X^2 \text{ CAL} = 12.62 > X^2 \text{ TAB} = 12.592 \quad \text{GL } 6 \quad \text{NS } 0.05$$

FIGURA 1. NÚMERO DE GESTACIONES Y FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2023



Nota: Tabla 1

El número de gestaciones de las pacientes en estudio, en el 55.7% fueron primigestas, el 20.3% segundigestas, el 23.1% multigestas y el 0.9% granmultigestas.

El análisis bivariado, permite apreciar que en los 3 grupos de forma de finalización del embarazo, aborto, parto vaginal y cesárea, se presentó con mayor frecuencia en primigestas, 1.7%, 39.8% y 14.2% respectivamente.

Al relacionar las variables número de gestaciones con la forma de finalización de la gestación se tiene que chi cuadrado calculado es 12.62, resultado ser mayor a chi cuadrado tabulado 12.592, para 6 grados de libertad y significancia de 0.05. Se encontró que estadísticamente si existe asociación significativa entre las variables de la tabla.



Bruna L.C. En su investigación realizada respecto a cesáreas, en el año 2020.

Que el 44.7% de las pacientes eran nulíparas. (3)

En esta tabla se aprecia menor porcentaje de mujeres que tienen finalización del embarazo por cesáreas 14.2%.

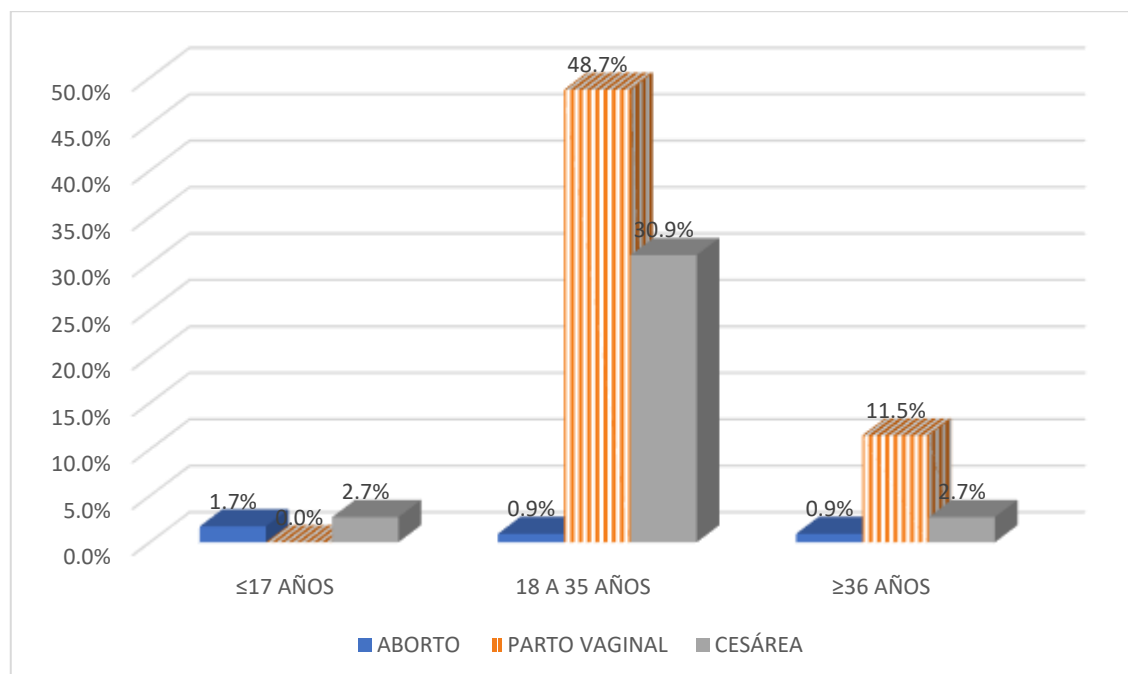
TABLA 2. EDAD Y FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2023

EDAD	FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO						TOTAL	
	Aborto		Parto vaginal		Cesárea			
	Fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%
≤17 años	2	1.7	0	0.0	3	2.7	5	4.4
18 a 35 años	1	0.9	55	48.7	35	30.9	91	80.5
≥36 años	1	0.9	13	11.5	3	2.7	17	15.1
TOTAL	4	3.5	68	60.2	41	36.3	113	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos

$$X^2 \text{ CAL} = 26.87 > X^2 \text{ TAB} = 18.465 \quad \text{GL } 4 \quad \text{NS } 0.001$$

FIGURA 2. EDAD Y FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2023



Nota. Tabla 2

La edad de las pacientes en estudio, en el 4.4% fue menor o igual a 17 años, en el 80.5% entre 18 a 35 años y en el 15.1% mayor o igual a 36 años.

El análisis multivariable, muestra que la finalización en aborto fue más frecuente en menores de 17 años, en cambio, el parto vaginal y la cesárea en mujeres con edades entre los 18 hasta los 35 años, 48.7% y 30.9% respectivamente.

El análisis estadístico entre la edad y la forma de finalización del embarazo, dio como resultado un chi cuadrado calculado de 26.87, mayor al valor de chi cuadrado tabulado 18.465, en 4 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.001.

Por lo tanto, si se encuentra relación estadística significativa entre la edad y la forma de finalización de la gestación.



Según Prado Vallejo, N. en su estudio realizado en pacientes con aborto en el Cusco, encontró: El 5.9% tuvieron menos de 20 años, el 21.6% tuvieron de 20 a 24 años, el 33.3% de 25 a 29 años. (2)

En esta tabla se aprecia aborto en adolescentes de 1.4%, porcentaje menor a lo indicado por el autor citado.

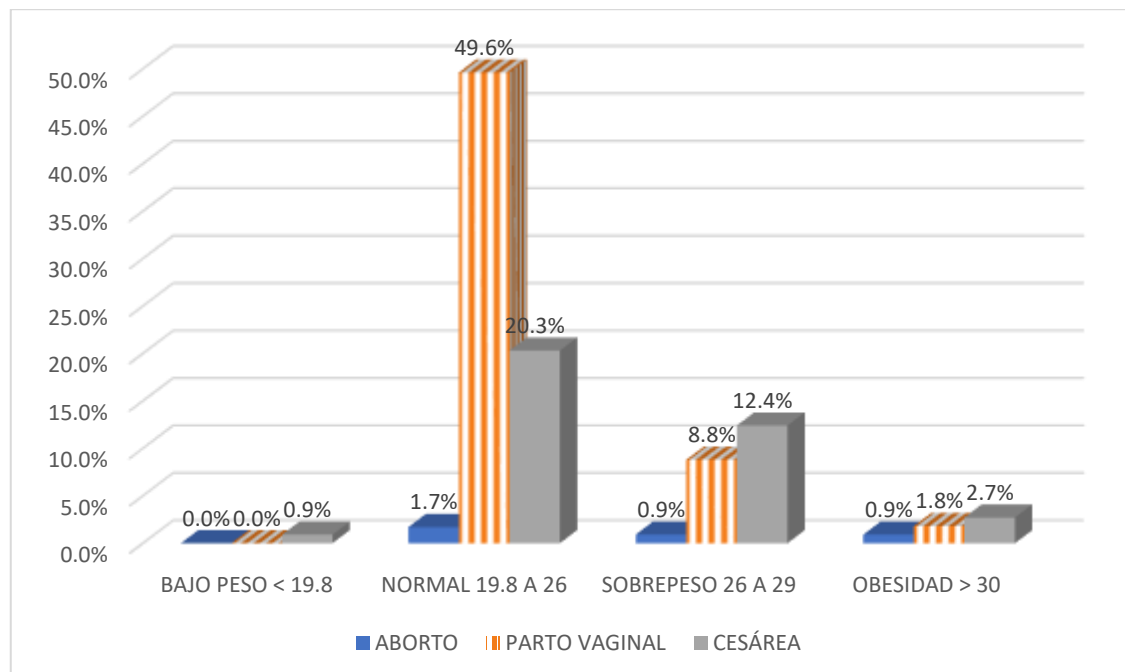
TABLA 3. ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2023

ÍNDICE DE MASA CORPORAL	FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO						TOTAL	
	Aborto		Parto vaginal		Cesárea			
	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Bajo peso < 19.8	0	0.0	0	0.0	1	0.9	1	0.9
Normal 19.8 a 26	2	1.7	56	49.6	23	20.3	81	71.6
Sobrepeso 26 a 29	1	0.9	10	8.8	14	12.4	25	22.1
Obesidad > 30	1	0.9	2	1.8	3	2.7	6	5.4
TOTAL	4	3.5	68	60.2	41	36.3	113	100.0

NOTA. Ficha de recolección de datos

$$X^2 \text{ CAL} = 12.82 > X^2 \text{ TAB} = 12.592 \text{ GL } 6 \text{ NS } 0.05$$

FIGURA 3. ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2023



Nota. Tabla 3

El índice de masa corporal en las pacientes en estudio en el 0.9% presentó bajo peso, el 71.6% normal, el 22.1% sobrepeso y el 5.4% obesidad.

Al comparar los tres grupos de estudio de forma de finalización del embarazo con el índice de masa corporal, se aprecia similar comportamiento de la variable índice de masa corporal normal en los tres grupos, aborto, parto vaginal y cesárea, en el 1.7%, 49.6% y 20.3% respectivamente.

Al relacionar el índice de masa corporal con la forma de finalización del embarazo, la sumatoria de chi cuadrado calculado es 12.82 mayor al valor de chi cuadrado tabulado 12.592, en 6 grados de libertad y nivel de significación de 0.05.



En definitiva, se encontró que si existe asociación estadística significativa entre el índice de masa corporal y la forma de finalización del embarazo.

Reporta Herrera Ordoñez, A. V. El 31,7% de las mujeres eran obesas en el primer control, el 4,8 % presentaba obesidad tipo 3, y el 32,8% sobrepeso. (7)

En esta tabla la frecuencia de obesidad es 5.4%, porcentaje menor que el indicado por el autor citado.

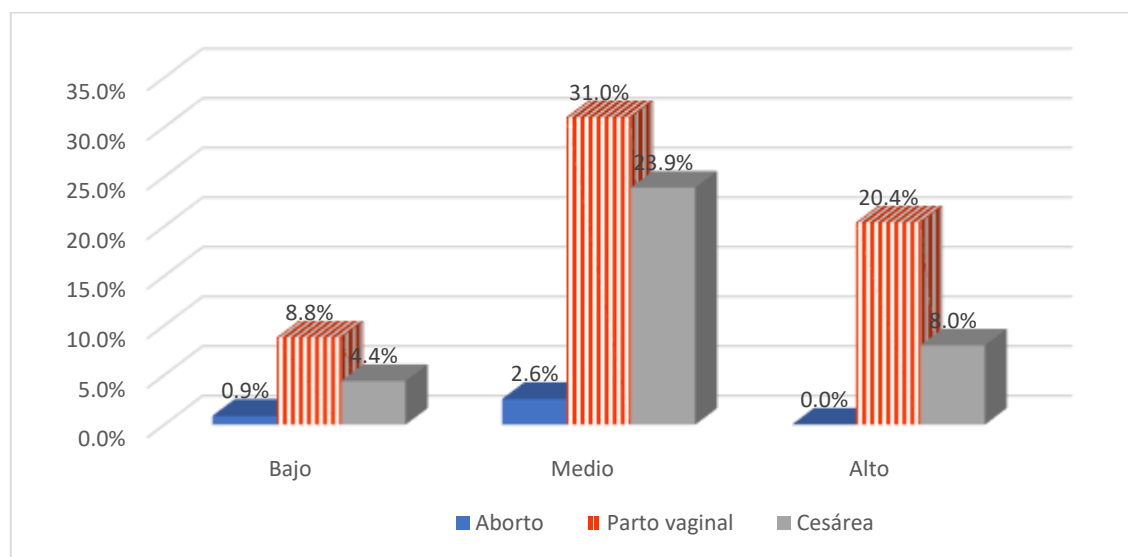
TABLA 4. RIESGO OBSTÉTRICO EN LA PRIMERA ATENCIÓN PRENATAL Y FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2023

RIESGO OBSTÉTRICO	FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO						TOTAL	
	Aborto		Parto vaginal		Cesárea			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Bajo	1	0.9	10	8.8	5	4.4	16	14.1
Medio	3	2.6	35	31.0	27	23.9	65	57.5
Alto	0	0.0	23	20.4	9	8.0	32	28.4
TOTAL	4	3.5	68	60.2	41	36.3	113	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos

$$X^2 \text{ CAL} = 11.76 > X^2 \text{ TAB} = 11.668 \text{ GL } 4 \text{ NS } 0.02$$

FIGURA 4. RIESGO OBSTÉTRICO EN LA PRIMERA ATENCIÓN PRENATAL Y FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2023



Nota. Tabla 4

La variable riesgo obstétrico, en el 14.1% es bajo riesgo, el 57.5% mediano riesgo obstétrico y el 28.4% alto riesgo.

El análisis multivariable, evidencia que el riesgo obstétrico más frecuente en los tres grupos de estudio, aborto, parto vaginal y cesárea, es riesgo medio, en el 2.6%, 31.0% y 23.9% respectivamente.

Podríamos destacar que la prueba de chi cuadrado relaciona el riesgo obstétrico con la forma de finalización del embarazo, chi cuadrado calculado dio 11.76, que resultó ser mayor al valor de chi cuadrado tabulado 11.668, para 4 grados de libertad y significancia de 0.02.

Para ir concluyendo, si se encontró entre el riesgo obstétrico y la forma de finalización del embarazo, significancia estadística.



Según Herrera Ordoñez, A. V. El 59% de las embarazadas que concurrieron a ARO presentan algún grado de obesidad. (7)

En esta investigación las pacientes catalogadas como de alto riesgo obstétricos en la primera atención prenatal fue de 28.4% porcentaje menor al indicado por el auto citado.

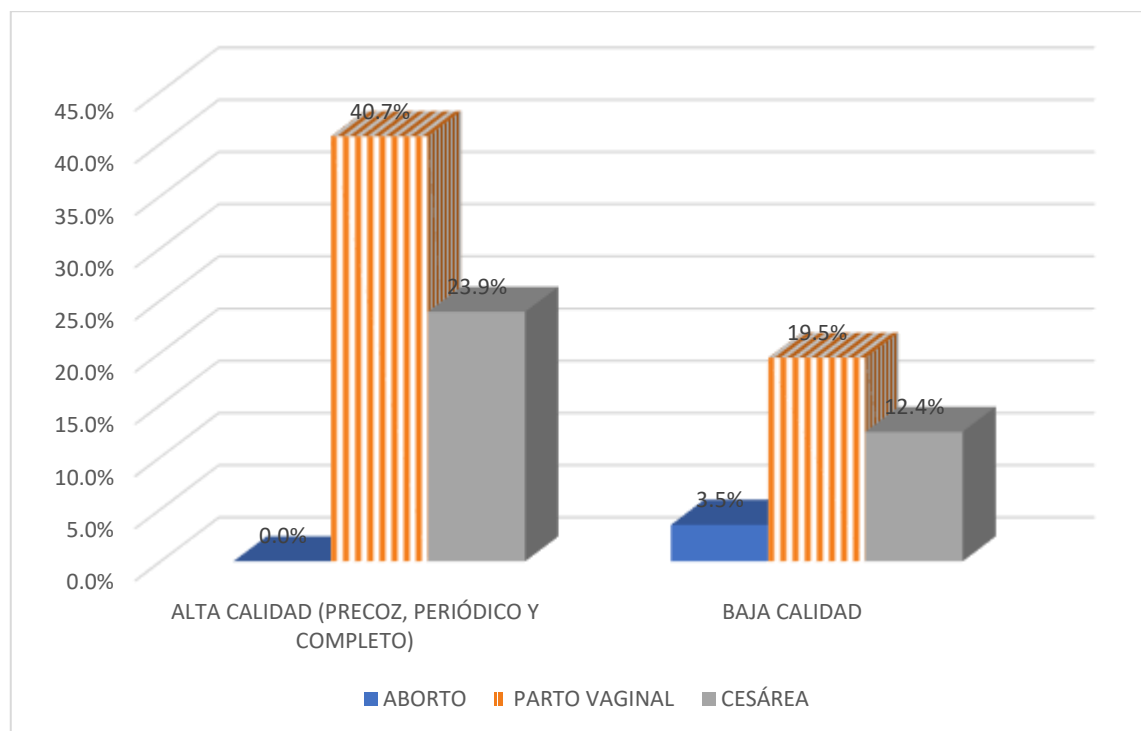
TABLA 5. CONTROL PRENATAL Y FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2023

CONTROL PRENATAL	FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO						TOTAL	
	Aborto		Parto vaginal		Cesárea			
	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Alta calidad (precoz, periódico y completo)	0	0.0	46	40.7	27	23.9	73	64.6
Baja calidad	4	3.5	22	19.5	14	12.4	40	35.4
TOTAL	4	3.5	68	60.2	41	36.3	113	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos

$$X^2 \text{ CAL} = 7.60 > X^2 \text{ TAB} = 5.991 \text{ GL } 2 \text{ NS } 0.05$$

FIGURA 5. CONTROL PRENATAL Y FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2023



Nota. Tabla 5

En cuanto al control prenatal, en el 64.6% fue de alta calidad, precoz, periódico y completo y en el 35.4% de baja calidad.

Comparando los tres grupos de estudio, se aprecia en el grupo de aborto que el control prenatal fue de baja calidad en el 3.5% de los casos y en los casos de parto vaginal y cesáreas, predominó el control prenatal de alta calidad, 40.7% y 23.9% respectivamente.

Por otra parte, la prueba de chi cuadrado correlaciona el control prenatal con las formas de finalización del embarazo, con un resultado de chi cuadrado calculado de 7.60, que es mayor a chi cuadrado tabulado 5.991, para 2 grados de libertad y significancia de 0.05.



Para finalizar, se encontró relación significativa entre el control prenatal y la forma de finalización del embarazo.

Afirma Prado Vallejo, N. De las mujeres que terminaron el embarazo en aborto, El 68.6% no tuvieron atención prenatal. (10)

En esta investigación sí acudieron a su atención prenatal pero fue de baja calidad debido a que no fue periódica ni completa por la interrupción del embarazo en etapas precoces de gestación.

En esta investigación no se encuentra mujeres con aborto in atención prenatal

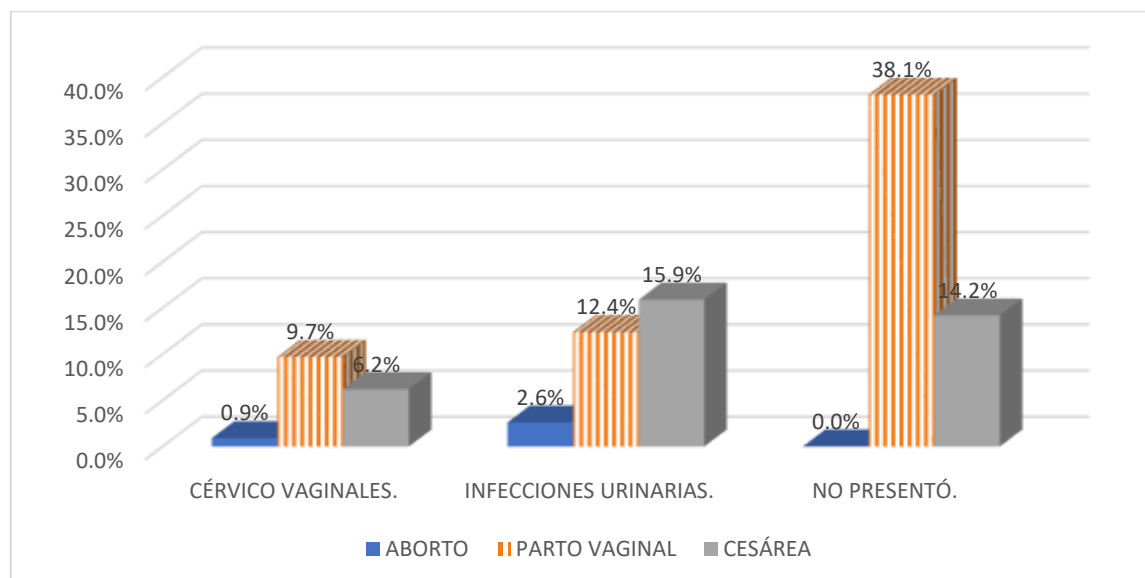
TABLA 6. INFECCIONES MATERNAS Y FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2023

INFECCIONES MATERNAS	FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO						TOTAL	
	Aborto		Parto vaginal		Cesárea			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Cérvico vaginales.	1	0.9	11	9.7	7	6.2	19	16.8
Infecciones urinarias.	3	2.6	14	12.4	18	15.9	35	31.0
No presentó.	0	0.0	43	38.1	16	14.2	59	52.2
TOTAL	4	3.5	68	60.2	41	36.3	113	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos

$$X^2 \text{ CAL} = 12.30 > X^2 \text{ TAB} = 11.668 \quad \text{GL } 4 \quad \text{NS } 0.02$$

FIGURA 6. INFECCIONES MATERNAS Y FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2023



Nota. Tabla 6

La distribución de pacientes en estudio por infecciones maternas nos permite apreciar que el 16.8% presentó infecciones cérvico vaginales, el 31.0% infecciones urinarias y el 52.2% no presentó.

El análisis multivariable, muestra que, en los tres grupos de estudio, aborto, parto vaginal y cesáreas, se presentaron con mayor frecuencia las infecciones urinarias, en el 2.6%, 12.4% y 15.9% respectivamente.

Al relacionar estadísticamente las infecciones maternas con las formas de finalización del embarazo, chi cuadrado calculado resultó 12.30, mayor a chi cuadrado tabulado 11.668, en 4 grados de libertad y 0.02 niveles de significación.

A modo de conclusión, si se encontró significancia estadística entre las variables de la tabla.



Los autores Tapia, M. D. L. Á. S., Armijos, V. Y. G. Las infecciones vaginales, vaginosis bacteriana y candidiasis fueron las que presentaron complicaciones de amenaza de aborto en un 4,38 %, evidenciándose que las pacientes que presentan infecciones vaginales no muestran complicaciones en alto porcentaje.

(5)

En esta investigación se encontró en menor porcentaje infecciones cérvico vaginales 09% relacionadas con aborto.

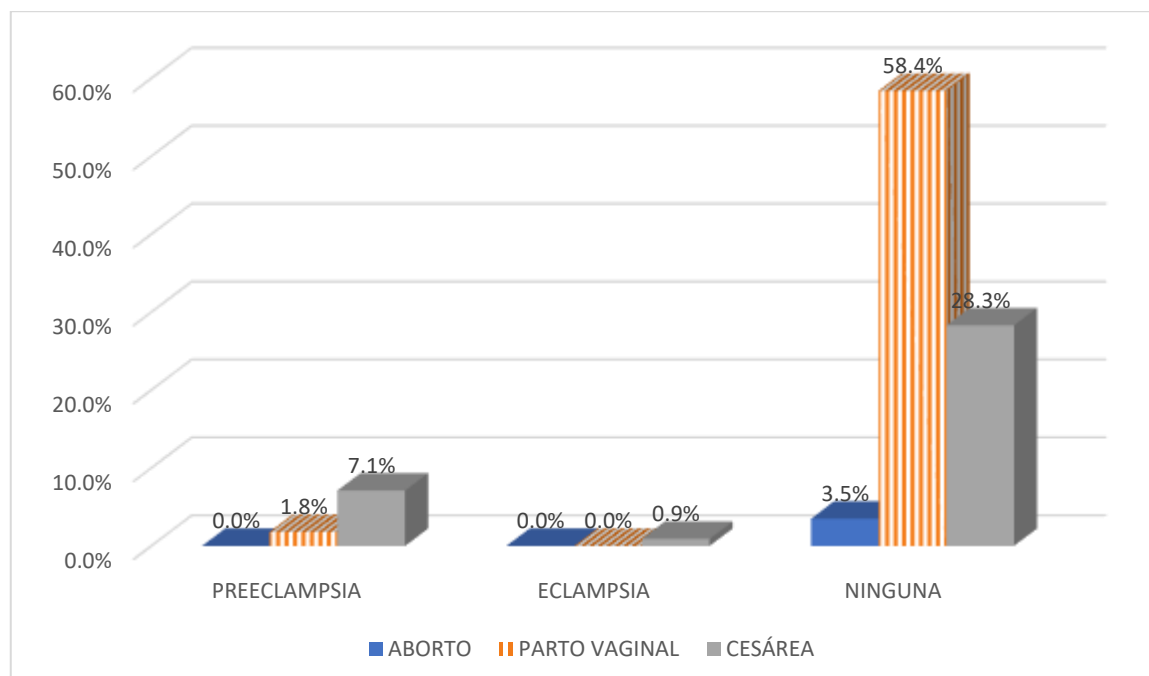
TABLA 7. ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS Y FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2023

ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO						TOTAL	
	Aborto		Parto vaginal		Cesárea			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Preeclampsia	0	0.0	2	1.8	8	7.1	10	8.9
Eclampsia	0	0.0	0	0.0	1	0.9	1	0.9
Ninguna	4	3.5	66	58.4	32	28.3	102	90.2
TOTAL	4	3.5	68	60.2	41	36.3	113	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos

$$X^2 \text{ CAL} = 11.13 > X^2 \text{ TAB} = 9.488 \quad \text{GL } 4 \quad \text{NS } 0.05$$

FIGURA 7. ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS Y FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2023



Nota. Tabla 7

Las enfermedades hipertensivas, la preeclampsia se presentaron en el 8.9% de pacientes, en el 0.9% eclampsia y en el 90.2% ninguna.

Considerando las dos variables, se puede destacar, que, en los tres grupos de forma de finalización del embarazo, aborto, parto vaginal y cesárea, se presentó con mayor frecuencia la opción ninguna enfermedad hipertensiva, 3.5%, 58.4% y 28.3% respectivamente.

A continuación, la prueba de chi cuadrado nos muestra la relación entre las enfermedades hipertensivas y formas de finalización del embarazo, resultó que chi cuadrado calculado es 11.13, mayor a chi cuadrado tabulado 9.488, para 4 grados de libertad y significancia de 0.05.



Conforme al análisis estadístico, se comprobó que si existe entre las variables de la tabla significancia estadística.

Según Paucar León, L. V. El 10% presentó hipertensión arterial, el 4% diabetes, el 3% miomas y el 10% otras patologías.(9)

La hipertensión arterial se presentó en este estudio en porcentaje similar 8.9% al reportado por el autor citado.

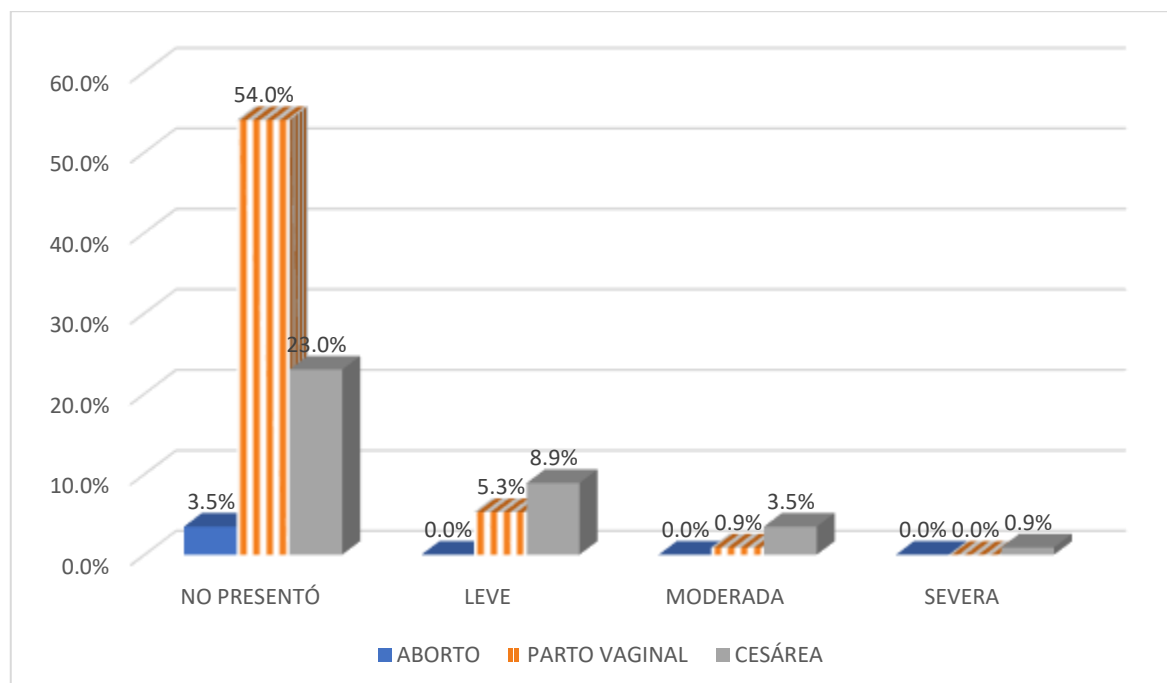
TABLA 8. ANEMIA Y FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2023

ANEMIA	FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO						TOTAL	
	Aborto		Parto vaginal		Cesárea			
	Fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
No presentó	4	3.5	61	54.0	26	23.0	91	80.5
Leve	0	0.0	6	5.3	10	8.9	16	14.2
Moderada	0	0.0	1	0.9	4	3.5	5	4.4
Severa	0	0.0	0	0.0	1	0.9	1	0.9
TOTAL	4	3.5	68	60.2	41	36.3	113	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos

$$X^2 \text{ CAL} = 13.26 > X^2 \text{ TAB} = 12.592 \quad \text{GL } 6 \quad \text{NS } 0.05$$

FIGURA 7. ANEMIA Y FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2023



Nota. Tabla 8

La variable anemia, en el 80.5% de las pacientes en estudio no se presentó, en el 14.2% anemia leve, en el 4.4% moderada y en el 0.9% severa.

Dos de cada 10 pacientes en estudio presentaron anemia en el primer control prenatal.

El estudio bivariable, muestra que en las tres formas de finalización del embarazo, aborto, parto vaginal y cesárea predominaron las gestantes sin anemia, 3.5%, 54.0% y 23.0% respectivamente.

Conforme al análisis entre la anemia y forma de finalización del embarazo, chi cuadrado calculado resultó 13.26, mayor al valor de chi cuadrado tabulado 12.592, para 6 grados de libertad y p valor de 0.05.



Se encontró entre anemia y formas de finalización del embarazo significancia estadística.

En su estudio, Paucar León, L. V. Entre las complicaciones maternas que presentaron fueron muchas dentro de ellas con el 20% las pre eclampsias, el 13% RPM, el 11% Anemias, el 10% amenaza y partos pre términos.

En esta investigación la frecuencia de anemia es de 19.5% mayor al valor indicado por el autor citado.

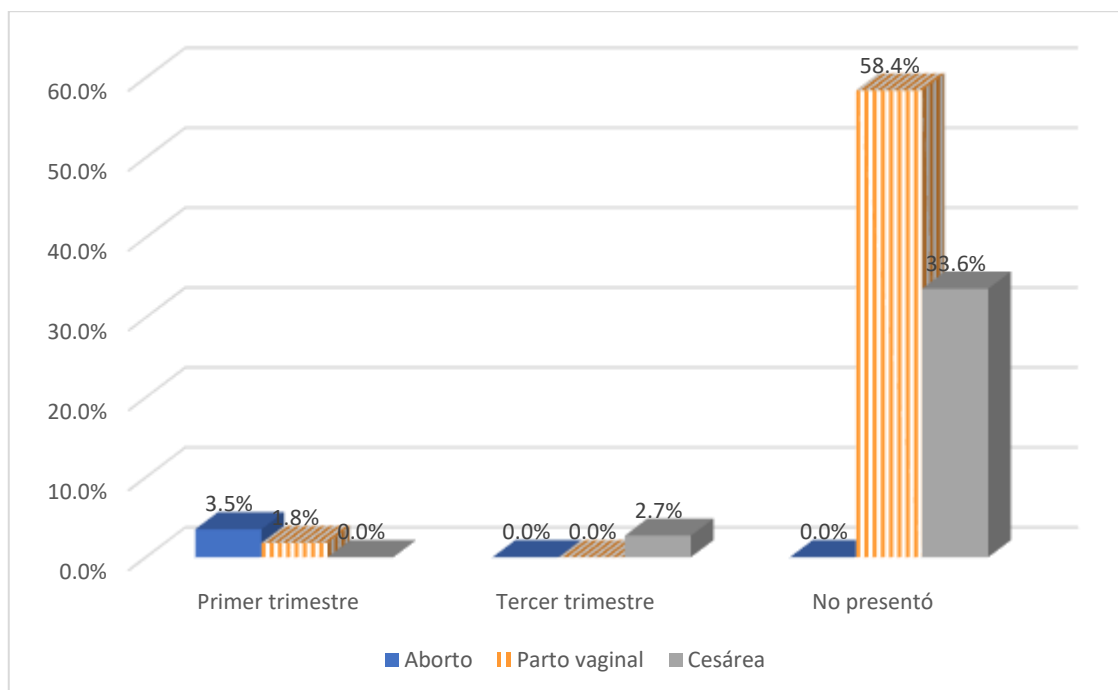
TABLA 9. HEMORRAGIAS DEL EMBARAZO Y FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2023

HEMORRAGIAS DEL EMBARAZO	FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO						TOTAL	
	Aborto		Parto vaginal		Cesárea		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Primer trimestre	4	3.5	2	1.8	0	0.0	6	5.3
Tercer trimestre	0	0.0	0	0.0	3	2.7	3	2.7
No presentó	0	0.0	66	58.4	38	33.6	104	92.0
TOTAL	4	3.5	68	60.2	41	36.3	113	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos

$$X^2 \text{ CAL} = 79.58 > X^2 \text{ TAB} = 18.465 \text{ GL } 4 \text{ NS } 0.05$$

FIGURA 9. HEMORRAGIAS DEL EMBARAZO Y FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2023



Nota. Tabla 9

Respecto a las hemorragias del embarazo, en el 5.3% se presentaron en el primer trimestre, en el 2.7% en el tercer trimestre y el 92.0% no presentó hemorragias.

El análisis multivariable, muestra que, en la forma de finalización del embarazo por aborto, lógicamente se presentó hemorragia de primer trimestre en el 3.5% de casos, y en parto vaginal y cesárea, lo más frecuente es que no se presentaron hemorragias del embarazo.

El análisis estadístico entre las hemorragias del embarazo y las formas de finalización de la gestación, permite apreciar que chi cuadrado calculado es 79.58, mayor al valor de chi cuadrado tabulado 18.465, en 4 grados de libertad y significancia de 0.05.



Se encontró que si existe significancia estadística entre las hemorragias del embarazo y las formas de terminación del mismo.

Martínez, R. A., Garavito L. B. 2020. En el tercer trimestre la hemorragia obstétrica afecta al 3-5% de los embarazos, y más del 20% de los partos pretérminos tienen como causa una hemorragia. (34)

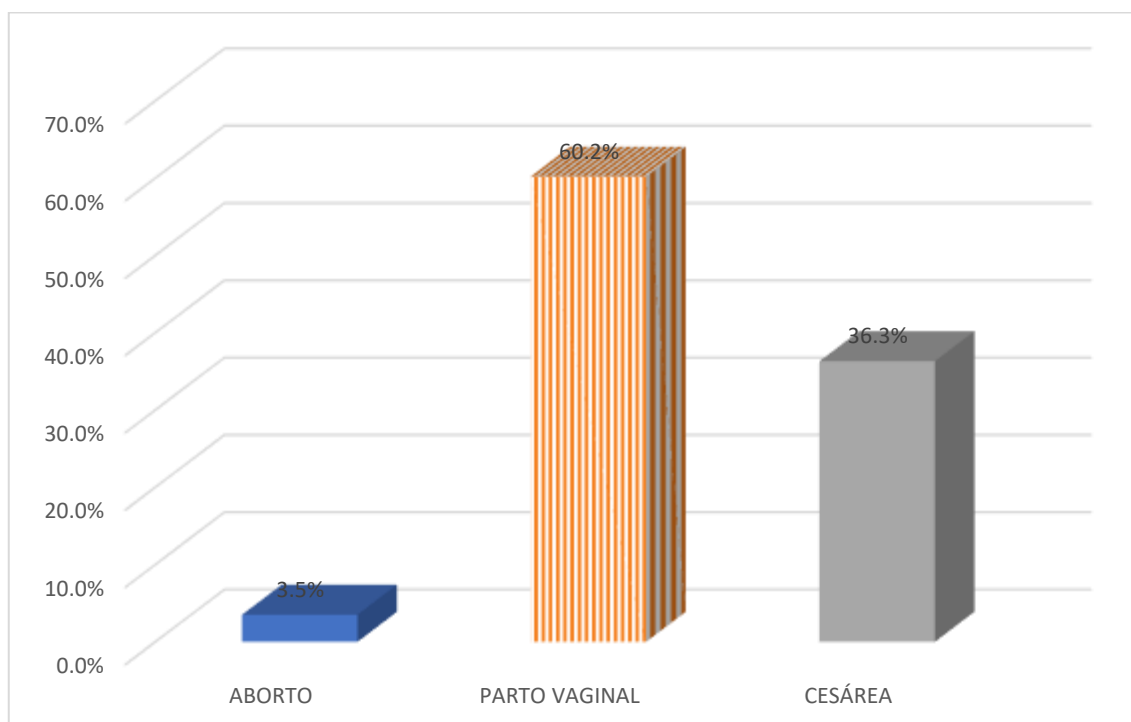
Afirmaciones que coinciden con los resultados encontrados en esta investigación hemorragias del tercer trimestre en el 2.7%.

**TABLA 10. FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN
PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2023**

FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO	TOTAL	
	fi	%
Aborto	4	3.5
Parto vaginal	68	60.2
Cesárea	41	36.3
TOTAL	113	100.0

Nota. Ficha de recolección de datos

FIGURA 10. FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CONTROLADAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2023



Nota. Tabla 10

La forma de finalización del embarazo, en el 3.5% de casos fue en aborto, en el 60.2% en parto vaginal y en el 36.3% en cesárea.

Según Flores Quispe, Y. en su estudio encontró la forma de parto por cesárea 40.8% ($p > 0.001$). (15)

Ortiz Ortiz, M. B. Del total de partos que fue de 5501 en los años 2018 y 2019, se obtuvo una prevalencia de cesárea del 41.55%. (2)

La frecuencia de atención de parto por cesárea es de 36.3%, porcentaje similar el que indican los autores citados.



CONCLUSIONES

- PRIMERA** Se determino los riesgos obstétricos relacionados con la forma de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal en la Institución Prestadora de Salud Santa María durante el año 2023. Se acepta la hipótesis planteada.
- SEGUNDA** Se identifico los riesgos obstétricos personales como: primigesta en el 55.7% ($p=0.05$), edad extrema en el 19.5% ($p=0.001$), y el índice de masa corporal normal en el 71.6% ($p=0.05$) si están relacionados con la forma de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal.
- TERCERA.** Se selecciono los riesgos obstétricos del embarazo como: alto riesgo obstétrico en el 28.4% ($p=0.02$), atención prenatal de calidad en el 64.6% ($p=0.05$), las infecciones urinarias en el 31.0% ($p=0.02$), preeclampsia en el 8.9% ($p=0.05$). la anemia leve en el 14.2% ($p=0.05$), y las hemorragias del primer trimestre en el 5.3% ($p=0.05$) si están relacionados con la forma de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal.
- CUARTA** Se estableció que la forma de finalización del embarazo, en el 3.5% de casos fue en aborto, en el 60.2% en parto vaginal y en el 36.3% en cesárea en pacientes que acudieron a control prenatal a la IPRESS Santa María más frecuente es el parto vaginal.



RECOMENDACIONES

- PRIMERA** A la Jefatura de la Institución prestadora de Salud Santa María, coordinar con todo el equipo de salud, de atención primaria de su establecimiento para promover la atención del parto vaginal e informar sobre los riesgos quirúrgicos de las cesáreas innecesarias.
- SEGUNDA** A la Jefa de obstetras que laboran en la institución prestadora de salud Santa María, colgar murales en el establecimiento de salud con los factores de riesgo reproductivo con la finalidad de informar a las mujeres en edad fértil sobre el peligro de embarazarse cuando tienen factores de riesgo muchas veces modificables con estilos de vida saludables.
- TERCERA** A las obstetras que laboran en la institución prestadora de salud Santa María, realizar la captación precoz de las embarazadas en el primer trimestre del embarazo con la finalidad de brindar tratamiento oportuno a las infecciones que se relacionan con abortos como es el caso de las urinarias y cérvico vaginales.
- CUARTA** A las obstetras que laboran en la institución prestadora de salud Santa María, brindar opciones anticonceptivas seguras a mujeres que finalizaron la gestación en cesárea y de este modo prevenir el riesgo de rotura uterina en gestaciones con periodo intergenésico corto y a las pacientes con aborto realizar interconsulta con el psicólogo con la finalidad de favorecer su pronta recuperación por la pérdida del embarazo.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Machado, J. R. U., Maldonado, C. B. V., Zambrano, N. S. B. ¿ Cesárea innecesaria?: una mirada bioética a esta modalidad del nacimiento en Chile y Venezuela. Gaceta Médica de Caracas, 132(1).2024.
2. Ortiz M. B. Prevalencia de cesárea segmentaria, sus indicaciones y factores de riesgo en gestantes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2021.
3. Bruna L. C. Tipo de cesárea según clasificación de Robson Hospital Carlos Monge Medrano 2020.
4. Lopez, D. Factores epidemiológicos de riesgo asociados al aborto espontáneo. Revista Internacional de Salud Materno Fetal. 2020.
5. Tapia, M. D. L. Á. S., Armijos, V. Y. G. Infecciones vaginales y complicaciones durante el embarazo en usuarias del Centro de Salud Universitario de Motupe–Loja. Cedamaz, 11(2), 119-123. 2021.
6. Torres O. D., Hernández I., Meneses C., Ruvalcaba J. C. Infección urinaria como factor de riesgo para parto pretérmino. Journal of Negative and No Positive Results, 5(11), 1426-1443. 2020.
7. Herrera A. V. Conocimiento del riesgo obstétrico en mujeres embarazadas de la parroquia Izamba (Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato/Facultad de Ciencias de Salud. 2023.
8. Betancourt, D. F. L., Montero, G. S. C., Amangandi, F. S. C., & Toro, S. I. P. Complicaciones del embarazo asociadas a la presencia de anemia: Un estudio en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el periodo diciembre 2022-abril 2023. Domino de las Ciencias, 9(3), 995-1009. 2023.



9. Paucar L. V. Factores asociados al riesgo obstétrico en pacientes que acuden al Hospital de Acobamba 2023.
10. Prado, N. Características gineco-obstétricas de las pacientes con diagnóstico de aborto atendidas en el Centro de Salud Pichari, Cusco 2021.
11. Rodríguez M. I. Factores obstétricos, sociodemográficos e institucionales y el cumplimiento de la atención prenatal reenfocada. Puesto de Salud Manuel Arévalo, 2020.
12. Yactayo F. S., Quiñonez K. M. Características de la atención prenatal reenfocada en tiempos de pandemia Covid 19 en Gestantes Atendidas en el Hospital Rezola de Cañete en el 2021.
13. Jiménez Carrasco, R. S. Factores de las gestantes con infección del tracto urinario relacionados con el tipo de parto según edad gestacional. Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2020.
14. Arapa, Y. A., Chipana N. Y. Anemia materna y su relación con el estado de salud de los recién nacidos atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca-2022.
15. Flores, Y. Determinantes materno-fetales en la condición del parto en pacientes con Covid 19 Atendidas en la Red de Salud San Román-2023.
16. Velásquez G. R. Estado nutricional en gestantes de dos regiones a mayor de 3700 msnm REUNIS 2023.
17. Villón E. M. Riesgo obstétrico y bienestar psicológico en gestantes. Hospital básico Dr. José Garcés Rodríguez. Salinas, 2023 (Bachelor's thesis, La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena, 2023).



18. Cobos, L. S. Q., Manzaba, A. M. P., Uyungara, E. M. P., Pin, E. A. P., Pinargote, J. J. P., Malataxi, J. P. P., Cordova, N. S. P. Prevención del Embarazo Adolescente y Construcción de Masculinidades Positivas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(1), 4205-4219. 2024.
19. Herrera, J. T. G. Causas y consecuencias sistémicas de la obesidad y el sobrepeso. *Revista Educação e Humanidades*, 1(2, jul-dez), 157-179. 2020.
20. Guzmán, J. K., Rojas, A. M. V., López, A. B. V. Embarazo de alto riesgo. *Reciamuc*, 7(1), 371-380. 2023.
21. Núñez D. J., Delvalle-Santander, D. C., Ruiz-Valdez, O. M. Frecuencia de hipotiroidismo subclínico en gestantes atendidas en servicios materno-infantiles del Ministerio de Salud Pública desde el 2017 al 2019. *Revista científica ciencias de la salud*, 3(2), 39-45. 2021.
22. Heredia Y. L., Mejía A. M. Complicaciones materno-fetales en gestantes de 18–25 años con infecciones de vías urinarias, atendidas en el Hospital General IESS Babahoyo, 2023.
23. Pereira, L. A. S. Estados hipertensivos del embarazo. Decálogos y algoritmos en ginecología y obstetricia, 77. 2024.
24. Ccoscco V. S., Espinoza K. R. Prevalencia de la Anemia en gestantes atendidas en el centro de salud de Chilca, 2022.
25. Quispe, K. J. Factores asociados a las hemorragias de la primera mitad del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa 2023.



26. Vázquez, J. G. Hemorragia intraparto y lesión renal aguda en pacientes con finalización del embarazo mediante cesárea. Ginecología y obstetricia de México, 88(4), 223-229.2020.
27. Hernández Y. E., Acevedo , O. D. La interrupción voluntaria del embarazo y su panorama político, social y económico en Colombia. 2021.
28. Nájera, G. F. R., Barquero, F. A. C., Bermúdez, C. A. U. Analgesia obstétrica para el parto vaginal: eficacia y efectos adversos. Revista Médica Sinergia, 5(01), 332. 2020.
29. Rozo M. D., Daza M. D., Camilo, S. Estimación de la frecuencia del parto vaginal instrumentado en Colombia Estudio transversal de registros poblacionales. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 73(4), 358-368.2022.
30. Ramos, M., Montenegro, N., Botello, K. Comparación del proceso perinatal de la OPS/OMS y Minsa Panamá. Revista Semilla Científica, (4), 107-119.2023.
31. Carrillo P., García A., Soto M., Rodríguez G., Pérez, J., Martínez D. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. Revista de la facultad de medicina (Mexico), 64(1), 39-48.2021.
32. Vázquez J. G. Hemorragia intraparto y lesión renal aguda en pacientes con finalización del embarazo mediante cesárea. Ginecología y obstetricia de México, 88(4), 223-229. 2020.
33. Zerna C. M., Alvarado A. M., Herrera J. A., Martin, F. M. Identificación de riesgos obstétricos en tiempos de COVID-19 en un área comunitaria de salud, Ecuador. Revista Información Científica, 101(3). 2022.



34. Martínez, R. A., Garavito L. B. Estimación por gravimetría de sangrado en material quirúrgico y correlación con cambios hemodinámicos en pacientes sometidas a cesárea segmentaria.2020.



ANEXOS



ANEXO 1. MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.

N	HC	Nro embarazos	Edad	IMC	Riesgo obstétrico	Control prenatal	Infecciones maternas	Enfermedades hipertensivas	Anemia	Hemorragias	Forma de finalización
		1) Primigesta	1) ≤17 años	a) bajo peso <19.8	1) Alto	1) Alta calidad (prec)	1) Cérvico vaginales	1) Preeclampsia	1) No presentó	1) Primer trimestre	1) Aborto
		2) Segundigesta	2) 18 a 35 años	b) normal 19.8 a 26.6	2) Medio	2) Baja calidad	2) Infecciones urinarias	2) Eclampsia	2) Leve	2) Segundo trimestre	2) Parto vaginal
		3) Multigesta	3) ≥36 años	c) sobrepeso 26.6 a 29.9	3) Bajo		3) No presentó	3) Ninguna	3) Moderada	3) No presentó	3) Cesárea
		4) Granmultigesta		d) obesidad >30					4) Severa		
1	18534	1	3	2	3	2	3	3	1	3	2
2	75	1	2	2	3	1	2	3	2	3	2
3	15477	3	2	3	3	1	2	3	1	1	2
4	18751	1	1	2	2	1	2	3	1	3	3
5	18943	3	2	2	3	2	2	3	1	1	1
6	18639	1	1	2	2	1	2	3	1	3	2
7	18545	1	2	2	3	1	2	3	2	3	2
8	18531	1	2	3	3	1	3	3	1	3	3
9	18772	1	2	2	3	1	2	3	2	3	3
10	18618	1	2	2	3	1	2	3	1	3	2
11	18731	1	2	2	3	1	2	3	1	3	2
12	14070	2	3	2	3	2	2	3	1	3	2
13	18628	1	2	2	3	2	3	3	2	3	2
14	18498	1	2	2	2	1	2	3	1	3	2
15	18527	1	2	2	3	1	3	3	1	3	2
16	18607	1	2	2	2	2	3	3	1	2	1
17	18630	1	2	2	3	2	3	3	1	3	2
18	18687	1	1	2	1	1	2	3	3	3	3
19	79804	1	1	2	2	1	3	3	1	3	2
20	18560	1	2	2	2	1	2	3	1	3	2
21	18583	1	2	2	3	1	3	1	1	3	3
22	17994	3	2	2	3	1	2	3	1	3	2
23	18576	1	2	3	3	1	3	3	1	3	2
24	18621	1	2	2	3	1	2	3	3	3	2
25	18461	1	2	2	3	1	2	3	3	2	3
26	13045	3	3	2	2	1	3	3	1	3	3
27	18462	3	3	2	3	1	3	3	1	3	3

N	HC	Nro embarazos	Edad	IMC	Riesgo obstétrico	Control prenatal	Infecciones maternas	Enfermedades hipertensivas	Anemia	Hemorragias	Forma de finalización
		1) Primigesta	1) ≤17 años	a) bajo peso <19.8	1) Alto	1) Alta calidad (prec)	1) Cérvico vaginales	1) Preeclampsia	1) No presentó	1) Primer trimestre	1) Aborto
		2) Segundigesta	2) 18 a 35 años	b) normal 19.8 a 26.6	2) Medio	2) Baja calidad	2) Infecciones urinarias	2) Eclampsia	2) Leve	2) Segundo trimestre	2) Parto vaginal
		3) Multigesta	3) ≥36 años	c) sobrepeso 26.6 a 29.9	3) Bajo		3) No presentó	3) Ninguna	3) Moderada	3) No presentó	3) Cesárea
		4) Granmultigesta		d) obesidad >30					4) Severa		
28	18736	1	2	2	2	2	3	3	2	3	2
29	18471	1	2	2	3	1	3	3	1	3	3
30	18370	2	2	2	3	1	2	3	1	3	2
31	167563	1	2	2	3	1	3	3	1	3	2
32	18414	2	2	3	3	2	3	3	1	3	2
33	18601	1	2	2	2	1	2	3	3	3	3
34	18310	1	2	2	3	1	2	3	2	3	2
35	17455	3	2	2	2	1	2	3	1	3	2
36	15582	2	2	2	3	1	2	3	1	3	2
37	6380	1	2	2	3	1	3	3	1	3	2
38	18424	2	2	3	3	1	2	3	1	3	3
39	18501	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3
40	18388	1	2	2	3	2	3	3	1	3	2
41	18410	1	2	3	3	2	3	1	1	3	3
42	18428	1	2	2	3	2	3	3	1	3	2
43	18375	1	2	2	3	1	3	3	1	3	3
44	14385	1	2	2	2	2	2	3	1	3	2
45	18313	1	2	2	3	1	2	3	1	3	2
46	18349	2	2	2	3	1	3	3	1	3	2
47	18485	4	2	3	2	2	2	3	3	3	3
48	14326	2	2	2	3	1	3	1	1	3	3
49	13401	2	2	2	2	1	2	1	3	3	3
50	18171	1	2	2	3	1	3	3	1	3	2
51	18213	3	2	3	3	1	3	3	1	3	2
52	18187	3	3	3	3	1	3	3	1	3	3
53	18287	3	2	2	3	1	2	3	1	3	2
54	18510	1	2	2	1	2	3	3	1	3	2



N	HC	Nro embarazos	Edad	IMC	Riesgo obstétrico	Control prenatal	Infecciones maternas	Enfermedades hipertensivas	Anemia	Hemorragias	Forma de finalización
		1) Primigesta	1) ≤17 años	a) bajo peso < 19.8	1) Alto	1) Alta calidad (pred)	1) Cérvico vaginales	1) Preeclampsia	1) No presentó	1) Primer trimestre	1) Aborto
		2) Segundigesta	2) 18 a 35 años	b) normal 19.8 a 26	2) Medio	2) Baja calidad	2) Infecciones urinarias	2) Eclampsia	2) Leve	2) Segundo trimestre	2) Parto vaginal
		3) Multigesta	3) ≥36 años	c) sobrepeso 26 a 30	3) Bajo		3) No presentó	3) Ninguna	3) Moderada	3) No presentó	3) Cesárea
		4) Granmultigesta		d) obesidad > 30					4) Severa		
55	14180	2	2	2	3	2	2	3	1	3	1
56	1688	1	1	2	3	1	2	3	3	3	2
57	17353	1	2	2	3	1	2	3	1	3	2
58	18428	1	3	2	3	2	2	3	2	3	1
59	12861	1	2	2	3	1	3	3	1	3	2
60	11318	1	2	2	2	1	3	3	1	3	2
61	18632	2	2	2	3	1	3	3	1	3	3
62	18453	1	2	3	2	1	2	3	1	3	3
63	18490	2	2	3	3	2	3	3	1	2	3
64	15843	2	2	2	3	1	2	3	3	3	2
65	18573	1	2	2	3	1	3	3	2	3	3
66	18516	3	3	2	2	2	3	1	1	3	3
67	18230	2	2	2	3	2	3	3	1	3	2
68	17393	3	3	2	2	2	2	3	3	3	2
69	7637	1	3	2	3	1	2	3	4	3	2
70	18346	2	3	2	3	1	2	3	3	3	3
71	18272	1	2	3	3	1	1	3	1	3	3
72	18291	1	2	1	3	1	3	3	1	3	2
73	18493	2	2	2	3	1	3	3	2	3	2
74	18176	1	2	2	3	1	2	3	1	3	2
75	18544	1	2	2	1	2	3	3	1	3	2
76	17023	1	2	2	1	2	2	3	2	3	2
77	18250	2	2	2	3	1	2	3	1	3	2
78	15843	2	2	2	2	1	2	1	1	3	3
79	12575	3	2	3	3	1	2	3	1	3	2
80	14421	1	3	3	2	1	2	1	1	3	3
81	18212	3	3	3	3	1	3	3	1	3	2

N	HC	Nro embarazos	Edad	IMC	Riesgo obstétrico	Control prenatal	Infecciones maternas	Enfermedades hipertensivas	Anemia	Hemorragias	Forma de finalización
		1) Primigesta	1) ≤17 años	a) bajo peso < 19.8	1) Alto	1) Alta calidad (pred)	1) Cérvico vaginales	1) Preeclampsia	1) No presentó	1) Primer trimestre	1) Aborto
		2) Segundigesta	2) 18 a 35 años	b) normal 19.8 a 26	2) Medio	2) Baja calidad	2) Infecciones urinarias	2) Eclampsia	2) Leve	2) Segundo trimestre	2) Parto vaginal
		3) Multigesta	3) ≥36 años	c) sobrepeso 26 a 30	3) Bajo		3) No presentó	3) Ninguna	3) Moderada	3) No presentó	3) Cesárea
		4) Granmultigesta		d) obesidad > 30					4) Severa		
82	6036	1	2	3	3	1	2	3	2	3	2
83	3758	3	3	3	2	1	2	3	1	3	2
84	18488	1	3	3	3	1	2	3	3	3	2
85	18122	1	3	3	3	1	2	3	1	3	2
86	18215	1	2	3	3	2	2	3	1	3	2
87	17253	1	2	3	1	2	3	3	1	3	3
88	18429	2	2	2	1	2	3	3	4	3	2
89	18208	2	2	3	2	1	3	3	2	3	3
90	18037	1	2	2	3	1	3	3	2	3	3
91	18238	3	3	3	3	1	3	3	1	3	3
92	18251	1	3	3	2	2	3	3	3	3	3
93	1033	1	3	3	2	2	3	3	1	3	3
94	18096	3	3	3	2	1	2	3	1	3	3
95	17116	1	3	3	2	1	3	3	2	3	3
96	17883	2	2	2	2	2	3	3	1	3	3
97	18188	1	2	2	2	2	3	3	1	3	3
98	18188	2	2	3	2	1	3	3	2	3	3
99	18288	2	2	3	2	1	3	3	2	3	3
100	18542	2	2	2	3	2	3	3	2	3	3
101	18258	3	2	2	3	1	3	3	1	3	3
102	13798	2	2	2	3	1	3	3	2	3	3
103	18074	1	2	2	3	1	3	3	1	3	3
104	18040	1	2	2	3	1	3	3	1	3	3
105	18025	1	2	2	3	2	3	3	1	3	3
106	18151	2	2	2	3	2	3	3	1	3	3
107	18183	2	2	2	3	2	3	3	1	3	3
108	18183	1	2	2	3	2	3	3	1	3	3

N	HC	Nro embarazos	Edad	IMC	Riesgo obstétrico	Control prenatal	Infecciones maternas	Enfermedades hipertensivas	Anemia	Hemorragias	Forma de finalización
		1) Primigesta	1) ≤17 años	a) bajo peso < 19.8	1) Alto	1) Alta calidad (pred)	1) Cérvico vaginales	1) Preeclampsia	1) No presentó	1) Primer trimestre	1) Aborto
		2) Segundigesta	2) 18 a 35 años	b) normal 19.8 a 26	2) Medio	2) Baja calidad	2) Infecciones urinarias	2) Eclampsia	2) Leve	2) Segundo trimestre	2) Parto vaginal
		3) Multigesta	3) ≥36 años	c) sobrepeso 26 a 30	3) Bajo		3) No presentó	3) Ninguna	3) Moderada	3) No presentó	3) Cesárea
		4) Granmultigesta		d) obesidad > 30					4) Severa		
109	500	1	2	2	3	1	3	3	1	3	2
110	18035	1	2	3	2	1	2	3	1	3	2
111	18214	2	3	2	1	2	3	3	2	3	2
112	18083	1	2	2	2	2	3	1	1	3	3
113	18114	1	2	2	3	2	3	3	1	3	3



ANEXO 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
PG. ¿Cuáles son los riesgos obstétricos asociados a los diferentes tipos de finalización del embarazo en las pacientes que recibieron control prenatal en la Institución Prestadora de Salud Santa María durante el año 2023?	OG. Determinar los riesgos obstétricos relacionados con la forma de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal en la Institución Prestadora de Salud Santa María. 2023.	HG. La forma de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal a la IPRESS Santa María más frecuente es el parto vaginal y se relaciona con riesgos obstétricos personales de la embarazada y otros que se presentan en el embarazo.	1. Riesgos obstétricos	1.1 Personales maternos	1.1.1 Número de gestaciones 1.1.2 Edad 1.1.3 IMC	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN: No experimental. TIPO: Básica relacional y de corte transversal. MÉTODO: Hipotético deductivo, cuantitativo POBLACIÓN: N° 125 pacientes MUESTRA: El 100% de la población TÉCNICA: V1 Análisis documental V2 Análisis documental INSTRUMENTO V1 Ficha de recolección de datos V2 Ficha de recolección de datos
PE 1. ¿Cuáles son los riesgos obstétricos personales relacionados con la forma de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal?	OE 1.- Identificar los riesgos obstétricos personales relacionados con la forma de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal.	HE1. Los riesgos obstétricos personales como: edad extrema, multiparidad y el índice de masa corporal normal si están relacionados con la forma de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal.		1.2 Del embarazo	1.2.1 Riesgo obstétrico en 1ra atención prenatal 1.2.2 Control prenatal 1.2.3 Infecciones maternas 1.2.4 Enfermedades hipertensivas 1.2.5 Anemia 1.2.6 Hemorragias	
PE 2. ¿Cuáles son los riesgos obstétricos del embarazo relacionados con la forma de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal?	OE 2.- Seleccionar los riesgos obstétricos del embarazo relacionados con la forma de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal.	HE2. Los riesgos obstétricos del embarazo como: alto riesgo obstétrico, atención prenatal de calidad, infecciones urinarias, preeclampsia anemia leve, y las hemorragias de la primera mitad si están relacionados con la forma de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal.				
PE 3. ¿Cuáles son las formas de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal?	OE 3.- Establecer las formas de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal.	HE3. La forma de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal a la IPRESS Santa María más frecuente es el parto vaginal.	2. Forma de finalización del embarazo		2.2 Forma de finalización	



ANEXO 3 INSTRUMENTO FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA:..... N°

1.1.1 Paridad	a) Primigesta b) Segundigesta c) Multigesta d) Gran multigesta
1.1.2 Edad	a) ≤ 17 años b) 18 a 35 años c) ≥ 36 años
1.1.3 IMC	a) Bajo peso < 19.8 b) Normal 19.8 a 26 c) Sobrepeso 26 a 29 d) Obesidad > 30
1.2.1 Riesgo obstétrico en 1ra atención prenatal	a) Bajo b) Medio c) Alto
1.2.2 Control prenatal	a) Alta calidad (precoz, periódico y completo) b) Baja calidad
1.2.3 Infecciones maternas	a) Cérvico vaginales. b) Infecciones urinarias. c) No presentó.
1.2.4 Enfermedades hipertensivas	a) Preeclampsia b) Eclampsia c) Ninguna
1.2.5 Anemia	a) No presentó b) Leve c) Moderada d) Severa
1.2.6 Hemorragias	a) Primer trimestre b) Segundo trimestre c) No presentó
2.2 Forma de finalización	a) Aborto c) Parto vaginal c) Cesárea

ANEXO 4 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Ficha de Evaluación de
Expertos

I. Datos generales

Apellido y nombres: Zúñiga Zúñiga Giuliana BrigitteCargo: DoctorInstitución donde labora: Mi.USA

Instrumento de investigación: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título de la investigación: RIESGOS OBSTÉTRICOS RELACIONADOS CON LA FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARIA. 2024, imprescindible contar con la aprobación para poder aplicar el instrumento; se aprueba el instrumento mencionado según juicio del experto:

Indicadores	Criterios	Deficiente 1-20	Regular 21-40	Buena 41-60	Muy buena 61-80	Excelente 81-100
Claridad	Formulado con lenguaje apropiado				☒	
Objetividad	Expresa en conductas observables				☒	
Organización	Existe lógica entre variables				☒	
Suficiencia	Comprende los aspectos cualitativos y cuantitativos				☒	
Intencionalidad	Valora aspectos de contenido científico.				☒	
Consistencia	Entre problema, objetivos e hipótesis				☒	
Metodología	Corresponde al propósito de la investigación				☒	

II. Opinión de aplicación: FavorableIII. Promedio de valoración: 8.0/

Lugar y fecha: Juliaca, 15 Marzo 2023

.....

Dr. Giuliana Zúñiga
CUR: 0449



Ficha de Evaluación de Expertos

I. Datos generales

Apellido y nombres: Cueva Rosal Esperanza

Cargo: Doctor

Institución donde labora: MINSA

Instrumento de investigación: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título de la investigación: RIESGOS OBSTÉTRICOS RELACIONADOS CON LA FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARIA. 2024, imprescindible contar con la aprobación para poder aplicar el instrumento; se aprueba el instrumento mencionado según juicio del experto:

Indicadores	Criterios	Deficiente 1-20	Regular 21-40	Buena 41-60	Muy buena 61-80	Excelente 81-100
Claridad	Formulado con lenguaje apropiado				/	
Objetividad	Expresa en conductas observables				/	
Organización	Existe lógica entre variables				/	
Suficiencia	Comprende los aspectos cualitativos y cuantitativos				/	
Intencionalidad	Valora aspectos de contenido científico.				/	
Consistencia	Entre problema, objetivos e hipótesis				/	
Metodología	Corresponde al propósito de la investigación				/	

II. Opinión de aplicación: Favorable

III. Promedio de valoración: 80%

Lugar y fecha: Juliaca, 15 Marzo 2023

E. Cueva Rosal
DNI 02558176

Ficha de Evaluación de Expertos

I. Datos generales

Apellido y nombres: BERNAL SALAS GABRIEL
 Cargo: COORDINADOR DE GESTIÓN DEL CALIDAD
 Institución donde labora: MINSA - RED SAN ROMÁN

Instrumento de investigación: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título de la investigación: RIESGOS OBSTÉTRICOS RELACIONADOS CON LA FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARIA. 2024, imprescindible contar con la aprobación para poder aplicar el instrumento; se aprueba el instrumento mencionado según juicio del experto:

Indicadores	Criterios	Deficiente 1-20	Regular 21-40	Buena 41-60	Muy buena 61-80	Excelente 81-100
Claridad	Formulado con lenguaje apropiado				/	
Objetividad	Expresa en conductas observables				/	
Organización	Existe lógica entre variables				/	
Suficiencia	Comprende los aspectos cualitativos y cuantitativos				/	
Intencionalidad	Valora aspectos de contenido científico.				/	
Consistencia	Entre problema, objetivos e hipótesis				/	
Metodología	Corresponde al propósito de la investigación				/	

II. Opinión de aplicación: FAVORABLE

III. Promedio de valoración: 80%

Lugar y fecha: Juliaca, 15 Marzo 2023


 MINSA
 RED DE SALUD SAN ROMÁN
 Dra. Gabriela Bernal Salas
 GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

ANEXO 5. AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN

Carta solicitud permiso para realizar investigación:

Sr. Dra. Jefa de la IPRESS Santa María

Irene Zambrana

Me dirijo a usted en calidad de investigadora interesada en desarrollar una investigación sobre: RIESGOS OBSTÉTRICOS RELACIONADOS CON LA FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARIA. 2024, me gustaría solicitar su autorización para llevar a cabo este estudio dentro del ámbito de éste establecimiento de salud.

Tengo experiencia previa en el área objeto de estudio, habiendo realizado el internado anteriormente. Por lo tanto, considero que poseo el asesor y las habilidades necesarias para llevar a cabo esta investigación de manera eficiente y rigurosa.

El objetivo principal de mi investigación es: Determinar los riesgos obstétricos relacionados con la forma de finalización del embarazo en pacientes que acudieron a control prenatal en la Institución Prestadora de Salud Santa María. 2024. Además, contaré con un equipo de trabajo altamente capacitado para asegurar la calidad y validez de los resultados obtenidos. Por todo lo expuesto anteriormente, le solicito amablemente su autorización para realizar esta investigación dentro del ámbito de su institución. Agradezco sinceramente su tiempo y atención a este asunto.

Juliaca 01 Abril del 2024



Nombre: LISBETH TIPO COPACANDORI
DNI N° 60295797

La jefatura de la IPRESS Santa María. PROVEIDO. Favorable, se autoriza a coordinar con las jefaturas de Materno perinatal para la recolección de la información que requiere para su tesis.

Juliaca 03 abril del 2024



MINISTERIO DE SALUD
RED DE SALUD SAN BORJA

Irene Zambrana Corderi
GIRLLANO DENTISTA
C.O.P. 18920

TABLAS DE CHI CUADRADO

TABLA 1

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
2	2.23	-0.23	0.05	0.02
1	0.81	0.19	0.03	0.04
1	0.92	0.08	0.01	0.01
0	0.04	-0.04	0.00	0.04
45	37.91	7.09	50.25	1.33
14	13.84	0.16	0.03	0.00
9	15.65	-6.65	44.17	2.82
0	0.60	-0.60	0.36	0.60
16	22.86	-6.86	47.04	2.06
8	8.35	-0.35	0.12	0.01
16	9.43	6.57	43.12	4.57
1	0.36	0.64	0.41	1.12
113	113.00			12.62

TABLA 2

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
2	0.18	1.82	3.32	18.78
1	3.22	-2.22	4.93	1.53
1	0.60	0.40	0.16	0.26
0	3.01	-3.01	9.05	3.01
55	54.76	0.24	0.06	0.00
13	10.23	2.77	7.67	0.75
3	1.81	1.19	1.41	0.78
35	33.02	1.98	3.93	0.12
3	6.17	-3.17	10.04	1.63
113	113.00			26.85

TABLA 3

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
0	0.04	-0.04	0.00	0.04
2	2.87	-0.87	0.75	0.26
1	0.88	0.12	0.01	0.01
1	0.21	0.79	0.62	2.92
0	0.60	-0.60	0.36	0.60
56	48.74	7.26	52.66	1.08
10	15.04	-5.04	25.44	1.69
2	3.61	-1.61	2.59	0.72
1	0.36	0.64	0.41	1.12
23	29.39	-6.39	40.82	1.39
14	9.07	4.93	24.30	2.68
3	2.18	0.82	0.68	0.31
113	113.00			12.82



TABLA 4

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
1	0.57	0.43	0.19	0.33
3	2.30	0.70	0.49	0.21
0	1.13	-1.13	1.28	1.13
1	9.63	-8.63	74.45	7.73
35	39.12	-4.12	16.93	0.43
23	19.26	3.74	14.01	0.73
5	5.81	-0.81	0.65	0.11
27	23.58	3.42	11.67	0.49
9	11.61	-2.61	6.82	0.59
104	113.00			11.76

TABLA 5

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
0	2.58	-2.58	6.68	2.58
4	1.42	2.58	6.68	4.72
46	43.93	2.07	4.29	0.10
22	24.07	-2.07	4.29	0.18
27	26.49	0.51	0.26	0.01
14	14.51	-0.51	0.26	0.02
113	113.00			7.60

TABLA 6

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
1	0.67	0.33	0.11	0.16
3	1.24	1.76	3.10	2.50
0	2.09	-2.09	4.36	2.09
11	11.43	-0.43	0.19	0.02
14	21.06	-7.06	49.87	2.37
43	35.50	7.50	56.18	1.58
7	6.89	0.11	0.01	0.00
18	12.70	5.30	28.10	2.21
16	21.41	-5.41	29.24	1.37
113	113.00			12.30



TABLA 7

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
0	0.35	-0.35	0.13	0.35
0	0.04	-0.04	0.00	0.04
4	3.61	0.39	0.15	0.04
2	6.02	-4.02	16.14	2.68
0	0.60	-0.60	0.36	0.60
66	61.38	4.62	21.34	0.35
8	3.63	4.37	19.11	5.27
1	0.36	0.64	0.41	1.12
32	37.01	-5.01	25.09	0.68
113	113.00			11.13

TABLA 8

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
4	3.22	0.78	0.61	0.19
0	0.57	-0.57	0.32	0.57
0	0.18	-0.18	0.03	0.18
0	0.04	-0.04	0.00	0.04
61	54.76	6.24	38.92	0.71
6	9.63	-3.63	13.16	1.37
1	3.01	-2.01	4.04	1.34
0	0.60	-0.60	0.36	0.60
26	33.02	-7.02	49.25	1.49
10	5.81	4.19	17.60	3.03
4	1.81	2.19	4.78	2.63
1	0.36	0.64	0.41	1.12
113	113.00			13.26

TABLA 9

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
4	0.21	3.79	14.35	67.55
0	0.11	-0.11	0.01	0.11
0	3.68	-3.68	13.55	3.68
2	3.61	-1.61	2.59	0.72
0	1.81	-1.81	3.26	1.81
66	62.58	3.42	11.67	0.19
0	2.18	-2.18	4.74	2.18
3	1.09	1.91	3.65	3.36
38	37.73	0.27	0.07	0.00
113	113.00			79.58



ANEXO 1 FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital ☒

Fecha de entrega: 22 - 08 - 2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: LISBETH TIPO COPACONDORI
Dirección: COMUNIDAD ÑAUPAPAMPA - DISTRITO ASILLO
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 60295797
Teléfono: 921 038 261 email: copacondorilisbeth@gmail.com

Nombres y Apellidos:
Dirección:
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°:
Teléfono: email:

Facultad y/o Escuela de Posgrado: FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional o Mención: ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
Título o Grado Académico a optar: OBSTETRA
Asesor: Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación ☐ Tesis ☒ Trabajo de Suficiencia Profesional ☐ Trabajo Académico ☐

Título: RIESGOS OBSTÉTRICOS RELACIONADOS CON LA FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN
PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD
SANTA MARÍA. 2023

Palabras claves, (3 a 5 términos): Riesgos obstétricos forma finalización embarazo.

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2}?

1

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

☐ Bachiller ☒ Título ☐ 2da Especialidad ☐ Maestría ☐ Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- ☒ Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- ☐ Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- ☐ No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- ☐ Sí autorizo
- ☒ No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

☐ Internacional

☒ Nacional

Línea de investigación: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - P06

Firma de Autor



huella digital

22 - 08 - 2025

Fecha