



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO A TÉRMINO TARDÍO EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ICA - 2019.

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTOR:

Bach. María Fernanda Magdalena Cabrera Corrales

ASESOR:

Mg. Obst. Liz Miriam Suarez Reynoso

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Sexual y Reproductiva

Huancayo - Perú

2021

DEDICATORIA

A mi madre, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ella he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Ha sido el orgullo y el privilegio de ser su hija. Gracias por ser la mejor Madre.

María Fernanda Magdalena Cabrera Corrales

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Privada de Huancayo “Franklin Roosevelt” por darme la oportunidad de lograr este gran sueño anhelado.

Agradezco al Hospital Santa María del Socorro de Ica por brindarme su valiosa información que fue otorgada para el presente trabajo de investigación.

Agradezco a la Asesora Mg. Liz Miriam Suarez Reynoso por su apoyo, enseñanza y guía en esta etapa tan ansiada.

La autora

PAGINA DE JURADO

Presidenta

Dra. Maria Leonor Romero Santillana

Secretario

Mg. Jin Kelvin Solano Tacsá

Vocal

Mg. Obst. Liz Miriam Suarez Reynoso

DECLARACION JURADA DE AUTENCIDAD

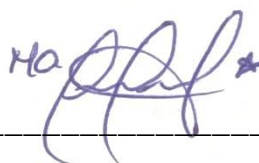
Yo, María Fernanda Magdalena Cabrera Corrales, natural de Ica con DNI 73987539, con domicilio Urb. Campo Alegre C14 declaró bajo juramento y en honor a la verdad:

QUE LA TESIS TITULADA:

“COMPLICACIONES DEL EMBARAZO A TÉRMINO TARDÍO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ICA - 2019.”

Presentado es original e inédito.

De lo que doy fe con mi firma los 15 días del mes de marzo del año 2021.



**MARIA FERNANDA MAGDALENA
CABRERA CORRALES
DNI 73987539**

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
DECLARACION JURADA DE AUTENCIDAD	v
ÍNDICE.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCION.....	9
II. METODO.....	21
2.1. Tipo y Diseño de la Investigación	21
2.2. Operacionalización de variables.....	22
2.3 Población, muestra y muestreo	23
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	23
2.5 Procedimiento	24
2.6 Método de análisis de datos	24
2.7 Aspectos Éticos.....	25
III. RESULTADOS	26
IV. DISCUSION.....	36
V. CONCLUSIONES.....	39
VI. RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS	41
ANEXOS.....	44

RESUMEN

La presente investigación tiene como título Complicaciones del embarazo a término tardío en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica – 2019; como problema general: ¿Cuáles son las complicaciones del embarazo a término tardío en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, enero a octubre 2019? Como también planteo el objetivo general: Describir las complicaciones del embarazo a término tardío en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, enero a octubre 2019. Para esta investigación no se considerará la hipótesis porque el diseño es descriptivo simple.

Esta investigación fue de tipo no experimental con diseño descriptivo simple y la muestra fue de 82 gestantes; para la recolección de la información se empleó una ficha de recolección de datos validada por juicio de expertos. Se utilizó el paquete estadístico SPSS V24 para la elaboración de tablas y gráficos.

Los resultados obtenidos fueron: dentro de las complicaciones maternas, como Atonía Uterina en un 6,1%; Retención Placentaria en 17,1%, Traumatismo en el Canal de Parto, en un 40,2%. En las complicaciones fetales se observó que el Distrés fetal fue leve en un 63,4%; moderada 24,4% y severa el 12,2%. Con respecto al líquido amniótico fue normal en un 21,95%; leve el 61,0%, moderada el 15,9% y severa el 1,1%. Con respecto a la Macrosomía Fetal, el 51,2% correspondió a los RN con menos de 4 kilos, y el 48,8% a los RN con más de 4 kilos. Respecto al trauma al nacer, el 51,0% no tuvo ningún trauma; el 42,7% con Caput Succedaneum y el 6,1% con céfalo hematoma. Las principales conclusiones maternas fueron Atonía Uterina, retención placentaria y traumatismo en el canal del parto, y las complicaciones fetales se observaron en el Distrés fetal, Macrosomía fetal, Caput Succedaneum y céfalo hematoma.

Palabras clave: Embarazo a término tardío, Complicaciones maternas y Complicaciones fetales.

ABSTRACT

The title of this research is Complications of late-term pregnancy in pregnant women treated at Hospital Santa Maria Del Socorro, Ica - 2019; as a general problem: What are the complications of late-term pregnancy in pregnant women treated at the Santa Maria del Socorro Hospital in Ica, January to October 2019? As I also propose the general objective: Describe the complications of late-term pregnancy in pregnant women treated at the Santa Maria del Socorro Hospital in Ica, January to October 2019. For this research, the hypothesis will not be considered because the design is simple descriptive.

This research is of a non-experimental design of a simple descriptive type and the sample consisted of 82 pregnant; to collect the information, a data collection sheet validated by expert judgment was used. The statistical package SPSS V24 was used for the elaboration of tables and graphs.

The results obtained were: within maternal complications, such as Uterine Antonia in 6.1%; Placental Retention in 17.1%, Trauma in the Birth Canal, in 40.2%. In fetal complications it was observed that fetal distress was mild in 63.4%; moderate 24.4% and severe 12.2%. Regarding the amniotic fluid, it was normal in 21.95%; 61.0% mild, 15.9% moderate and 1.1% severe. Regarding Fetal Macrosomia, 51.2% corresponded to NBs weighing less than 4 kilos, and 48.8% to NBs weighing more than 4 kilos. Regarding the trauma at birth, 51.0% did not have any trauma; 42.7% with Caput Succedaneum and 6.1% with hematoma of the head. The main maternal findings were Uterine Atony, placental retention, and birth canal trauma, and fetal complications were observed in fetal distress, fetal Macrosomia, Caput Succedaneum, and head hematoma.

Key words: Late term pregnancy, maternal complications and fetal complications.

I. INTRODUCCION

La gestación a término es aquel que llega a su culminación entre el periodo de 260-294 días, siendo este el primer día del último de la menstruación; en caso contrario los que nacen antes de las 37 semanas son considerados pre términos. ⁽¹⁾

En este caso se definiría al embarazo a término tardío, ha aquel que se produce en la semana 41 0/6 semanas hasta 41 6/7 semanas, sin embargo, para la OMS y FIGO, se da en la semana 42 de embarazo o mayor de 294 días desde la fecha de ultima menstruación. ⁽²⁾

Estos hallazgos han llevado a una subdivisión del conjunto de los neonatos nacidos a términos por parte de varios grupos de trabajo y de acuerdo a las semanas de gestación en las siguientes categorías: Término temprano para 37 y 38 semanas; y Término tardío a partir de la semana 39, y algunos expertos proponen adicionalmente la categoría de Término completo para la semana 39 y 40. Se destacan, entre estos grupos de trabajo la Institución “National Institute of Child Health and Human Development”, the “American College of Obstetricians and Gynecologists, the “Society for Maternal-Fetal Medicine. El nacimiento a una edad gestacional. ¹

A nivel del mundo, el informe frecuente reportado ha sido del 7% aproximadamente, siendo esta una complicación clínica causada por convenios de importancia en los distintos compromisos maternos y fetales, siendo estos considerados embarazos de alto riesgo. (3)

Para hacer el diagnostico adelantado, se toma como fecha exacta la última menstruación, teniendo un buen control prenatal a través de la ultrasonografía temprana, lo que permitirá determinar una probable fecha de parto o teniendo el nacimiento con una fecha límite. Hoy en día hay muchas herramientas para el diagnóstico del embarazo, pero se requiere que la paciente asuma responsablemente su condición, y una adecuada orientación del, médico tratante. ²

En Latinoamérica la frecuencia varía enormemente de acuerdo con los juicios utilizados, en las que se puede observar que 1 de cada 10 embarazos trasciende más allá de las 40 semanas, siendo el 10% que tiene complicaciones relacionadas al feto. Entre el 4% y 19%, según muestran los estudios los embarazos llegan a alcanzar las 42 semanas, del 2% al 7% llegan hasta las 43 semanas. Considerando otros estudios la repercusión oscila entre el 5% y 8%

(partos) considerándose de alto riesgo ya que se condiciona de manera superior a la morbi-mortalidad. (4)

En Perú la verdadera incidencia de embarazo prolongado no se conoce, pero probablemente es menor de lo que se ha pensado. La frecuencia varía entre 4 y 14%. En el embarazo pos término se encontró una frecuencia alta en gestantes nulíparas y adultas, considerándose que al comienzo del trabajo del parto se realizó espontáneamente (mayor frecuencia), al igual que el parto vaginal. (5)

En el 2015 en nuestro país, existe un porcentaje de 95% de nacidos vivos que fueron a términos (37-42 ss.), el 7% nació Pre término (< 37 ss.) y el 0,01% nació Pos término (>42 ss.). Esto quiere decir que casi 27 mil 1 nacidos vivos durante el 2015, se encontraban entre la semana 37 o menor a ella, el 5% nació inmaduro (<28ss).³

Las complicaciones fetales contienen insuficiencia útero-placentaria, el síndrome de meconio e infecciones intrauterinas; de modo que estas contribuyen al aumento porcentual de muertes perinatales, duplicando a la semana 42, comparadas con los embarazos a término. (6)

Podemos también mencionar que el embarazo pos término, se relaciona con el incremento en la distocia del trabajo de parto y un aumento de daño perineal severo la cual se conecta con la Macrosomía, de modo que se duplica la tasa de las operaciones cesáreas, en donde el tratamiento dependerá de la regularidad de su diagnóstico, de manera que las condiciones maternas y fetales lo permitan, en la que se buscará inducir el trabajo de parto (7)

Podemos mencionar que las Normas del Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología, hacen recomendaciones en la resolución sobre el embarazo, que estas no deben pasar la semana N° 41, ya que esto puede evidenciar una alta morbi-mortalidad materno fetal, debido a que puede inducir a embarazos pos término.⁴

La gran mayoría de embarazos concluyen al finalizar los 280 días, (40 semanas) de amenorrea, teniendo una tasa promedio de 270 días, siendo estos calculados desde el primer día de su última menstruación, en los que los pacientes manifiestan ciclos regulares. Por otro lado, se menciona que los factores que se relacionan a la etnia, a la nutrición, etc., pueden evidenciar efectos durante el desarrollo de su embarazo.⁴

A comienzos de los años 70 (siglo XX), se ha venido investigando sobre la fisiopatología de madurez fetal y placentaria, los cuales se relacionan a los embarazos alargados, en donde se puede apreciar que una decisión de manera oportuna en la edad gestacional, y la interrupción del embarazo puede sobrepasar las 42 semanas de gestación, reduciéndose en su repercusión, la que puede variar con los parámetros establecidos para su diagnóstico y definición.⁵

El aumento de riesgo que va más allá de la semana 42 (edad gestacional), hacen que el producto conceptivo aumente, de tal forma que pueden ocasionar muerte perinatal, anticipando una emisión de meconio, ya que estas vienen acompañadas de dolores fetales.⁶

Para este trabajo de investigación se ha tomado los siguientes antecedentes internacionales y nacionales con respecto a lo investigado:

Para Cifuentes, R, A., en su artículo denominado Propósito de una nueva clasificación del embarazo a término. Resultados neonatales en una clínica de tercer nivel de atención en Cali-Colombia, Colombia, 2016. Se realizó una investigación relaciona a la clasificación del embarazo a término, en la que su objetivo es de aplicar la clasificación del parto a término del American College of Obstetricians and Gynaecologist (ACOG), describiendo un aumento en distintas categorías analizándola de manera exploratoria en las que se emite resultados entre los distintos grupos, siendo la metodología aplicada un estudio de corte transversal, en las que son clasificados como partos de termino temprano a término y termino tardío, en la que se obtuvo los siguientes resultados que mencionan que, de 502 nacidos, el 40% fueron a términos temprano, el 50,7% a términos completos y el 9.6% a términos tardíos, obteniéndose bajos pesos al nacer o pesos promedios del neonato, siendo las complicaciones más frecuentes la asfixia neonatal y Macrosomia fetal. Se pudo llegar a la conclusión de que el embarazo a término ACOG es factible para su aplicación, siendo esta alta en Colombia, en las que no hubo evidencias significativas referentes a los resultados neonatales.⁶

Según Cáceres, W. cuya tesis denominada Características maternas y resultados perinatales en pacientes ingresadas con diagnóstico de embarazo prolongado en el servicio de gineco-obstetricia del heodra- león en el período 2014 – 2016, Nicaragua, 2017. Se realizó una investigación sobre características maternas y resultados perinatales en pacientes ingresadas con diagnóstico de embarazo prolongado en el servicio de gineco-obstetricia del Heodra-León 2016. Nicaragua. Resultados: en las que la mayoría de las pacientes gestantes fueron

primigestas en un 53%, tenían escolaridad secundaria, se dedicaban a ser amas de casa y con estado civil unión estable. El oligoamnios severo se encontró en del 33 % de las pacientes. Los resultados perinatales encontrados fueron: macrosómicos el 2% y líquido meconial el 24%; los principales resultados adversos que se presentaron fueron asfixia (5%), hipoglicemia (3%) y policitemia (1%).⁷

Para Acevedo L. Gómez, m. y Zelaya, Z. en su estudio sobre factores de riesgo asociados a embarazo prolongado y su relación con la morbimortalidad perinatal en el Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa en el periodo de Enero 2014 a Enero 2015. Managua. Cuyo objetivo es determinar los principales factores de riesgo asociados a embarazos prolongados y su relación con la morbimortalidad perinatal. Dentro de los hallazgos encontrados tenemos el aumento de cesáreas, porcentajes altos de Sufrimiento fetal agudo, asfixia perinatal y alteración del líquido amniótico. Llegando a concluir que los factores pueden intervenir desde la atención primaria que garantiza el seguimiento a pacientes para un manejo integral y multidisciplinarios.⁽⁸⁾

Según Lara L,RL. en su investigación sobre comportamiento clínico en los embarazos prolongados y post término en el hospital primario Carlos Centeno, Si una; segundo semestre 2015 Nicaragua. El objetivo general es describir el comportamiento clínico en los embarazos prolongados y post término en el hospital primario Carlos Centeno. La frecuencia del embarazo fue extenso hasta en un 4% y solo el 1% en embarazos post término, en donde se tuvo en cuenta que para las dos patologías en la gran mayoría de pacientes provenían de sitios rurales, donde sus edades fluctuaban entre los 20 a 35 años teniendo un estado nutricional eutrófico (IMC) y no presentando patologías crónicas antes del embarazo, en las que las características gineco-obstétricas más usuales fueron la nuliparidad, la que se resume en que no se encontraron referencias sobre abortos, cesáreas, sin anemia gestacional, pero si una patología frecuente que es el Oligoamnios. Estas repercusiones que fueron encontradas en distintas patologías están dadas por hemorragias post parto de índole secundario en relación a hipotonía uterina, ruptura prematura de membranas y desgarros cervicales, en los que se tuvo que recurrir a intervenciones. Se pudo observar que las repercusiones perinatales en las que se encontraron tuvieron datos de pérdida de bienestar fetal, el síndrome de dificultad respiratoria, acompañados de fiebre e ictericia, pero que no se reportaron muertes maternas ni neonatales tempranas. Los resultados tienen una frecuencia del 4% similar la cual se relaciona con diferentes etnias, en donde la edad predominante es de 20 a 35 años,

en donde un porcentaje significativo de embarazadas tiene índice de masa corporal mayor de lo normal, siendo el caso de embarazo pos término la frecuencia de sobrepeso es baja y dentro de las patologías se evidencio el oligoamnios siendo esta frecuente en ambos casos, teniendo mayor porcentaje en embarazos post términos⁹

Balestena J,GK,BA.; realizo una investigación realizada sobre Comportamiento del embarazo pos término y su asociación con diferentes factores maternos. Bolivia 2015. Cuyos resultados manifestaron, que la incidencia fue del 2% con una tasa de 19.1 x 1000 nacidos vivos; dentro de las complicaciones encontradas tenemos el Oligoamnios. Concluyendo que el embarazo prologado trae consecuencias graves para el feto. ¹⁰

Solar G. realizo una tesis con respecto Factores epidemiológicos y obstétricos relacionados con la morbilidad en las adolescentes embarazadas menores de 15 años atendidas en el hospital regional docente de trujillo 2013 - 2017. Cuyos resultados mostraron, que las características de la madre fueron: estado civil (34%) y la nuliparidad (56%) en relación al embarazo a término tardío. Concluyendo que existe una relación significativa entre ambas variables de estudio. ¹¹

Villchez C. Morbilidad realizo una respectiva investigación sobre la Morbilidad respiratoria en los neonatos de término temprano, completo y tardío en el Hospital Regional Docente De Trujillo 2016. En sus resultados se dio a conocer que, de 150 RN, que las complicaciones por que atravesaron los neonatos fue: taquipnea transitoria 42%, la enfermedad de membrana hialina 89%; el síndrome de aspiración meconial 48%, concluyendo que los factores de riesgo están asociados a un embarazo a término tardío. ¹³

Según Miranda M. realizo un estudio sobre los Factores maternos y perinatales en el embarazo prolongado diagnosticado por ecografía en el Hospital Hipólito Unanue-Tacna, 2016, en las que se pudo obtener los siguientes resultados que fueron que la incidencia sea de 0,021, teniendo entre los factores maternos a la oligohidramnios y anemia que representan el 16,9%, desproporción céfalo-pélvica con un 15.5%, la diabetes representado con un 2.8% y la insuficiencia placentaria con un 9.9%, teniendo en los factores perinatales a la Macrosomía fetal con un 28.2%, el sufrimiento fetal representado con un 8.5% el síndrome de aspiración meconial dado en un 4.2% y las malformaciones congénitas con un 2.8%, esto se concluye en que los resultados maternos y perinatales presentan un diagnostico en su embarazo prolongado, dados por la ecografía. ¹⁴

También se hablará con respecto a la variable “Embarazo a término tardío”, tomare en cuenta las bases teóricas: El embarazo a término tardío es la que se relaciona a más de 42 semanas, la que se representa con > 294 días, o 14 días después de la fecha límite del parto (FPP). Estos datos están sustentados por las Organizaciones Internacionales como son la OMS, ACOG. FIGO. Estos presentan un peso adecuado, que puede ser grande o pequeño que se da en la EG, dado el percentil que tienen al nacer en su peso, basados en las tablas de crecimiento fetal (RN pos maduros) ¹⁵

Esta incidencia varía entre el 5% y 8% de los partos, lo que se considera como alto riesgo, la que produce una mayor morbimortalidad perinatal, utilizándose el termino de embarazo en las que se refieren a las vías de prolongación que se dan entre las semanas 41 y 42 de amenorrea. El término del embarazo de termino tardío etiológicamente está referido a estos puntos: a) Causas endocrinas-paracrinas feto placentarias, en donde la hipoplasia suprarrenal, los bajos niveles estrogénicos fetales, la hipofisaria están relacionados la gestación prolongada, b) La predisposición genética (materna y paterna), dados en las líneas familiares (hermanas, madres), en las que se puede tener en consideración explicaciones cronológicas prolongadas, c) El mecanismo de desencadenamiento del parto. La deducción en la liberación de óxido nítrico por el cérvix puede retrasar el inicio del parto, d) Otros factores que pueden estar implicados en la gestación prolongada, que pueden deberse a la obesidad, la raza blanca e hipotiroidismo. ¹⁶

Dentro de la función placentaria existen carencias, la cual podemos definirla como el caso de la falta o deficiencia de la sulfatasa placentaria, la que soporta un nivel pequeño de estrógenos, trayendo como consecuencia la alteración de la maduración cervical. (17)

También podemos mencionar que dentro de las membranas fetales encontramos fallas, donde la decidua es rica en prostaglandinas PGs sobretodo la PGF2a, otra también es el amnios (alto en PGs), principalmente PGE2, siendo todo lo opuesto el corion cataboliza, las PGs seguido de 15 hidroxiprostaglandin deshidrogenasa. Lo antes mencionado conlleva a un desbalance en el sistema expresado de forma deficiente en la producción de PGs, lo que lleva a dilatar en la maduración cervical. (17)

La fisiopatología de los problemas perinatales en el Recién Nacido pos maduro, tienen su inicio en la existencia o no de 3 complicaciones que siempre están asociadas, las cuales

mencionamos: a) Disfunción placentaria; en donde el feto tiene a ser pequeño para la EG, siendo los problemas conectados con la desnutrición, en donde se añade una alta incidencia de hipoxia y acidosis fetal, b) La Macrosomía fetal; en donde los problemas se interconectan con el trauma del parto, c) Malformación fetal; o también conocido como anencefalia, síndrome de Shekel o cromosomopatías (trisomías 16 y 18), que son las más recurrentes. Para todo esto se necesita la integración del eje hipofiso-suprarrenal para el inicio normal del parto. (17)

Podemos decir que la prolongación del embarazo trae consigo la fisiológica reducción de la función placentaria, esto hace que exista una disminución que se da de forma progresiva respecto a la oxigenación y nutrición fetal respectivamente. Si existe un prolongado exceso de la gestación se puede decir incluso que el feto está sano y es pequeño, donde manifiesta signos de postmadurez, en las que se viene desarrollando en las diferentes etapas clínicas. (17)

Dentro de los factores que predisponen el embarazo prolongado existen causas recurrentes, cuando son prolongados ocurre un error estimado que se da dentro de su edad gestacional. Cuando esto ocurre realmente (embarazo post término) se puede afirmar que la causa es desconocida. Existen los factores que presentan siempre riesgo las que comúnmente son muy identificables: Primiparidad y el embarazo post término previo, en donde se asocia a la falta de sulfato placentario o anencefalia fetal, en donde la genética predispone la intervención prolongada del embarazo. (18)

La asociación de las complicaciones con la Macrosomía fetal puede incluir trabajos de partos alargados, teniendo una desproporción cefalopélvica y distocia de hombros, en la cual existen riesgos que resultan del daño neurológico u ortopédico. Hacemos mención en los datos aportados por Spellacy y otros colaboradores, también Rosen y también sus colaboradores, estos manifiestan que en el caso de la Macrosomía debe de ser una opción la operación de cesárea. (18)

El 20% de los fetos post términos aproximadamente padecen del síndrome de dismadurez, o también se corre el riesgo del síndrome de la aspiración de meconio en las que los neonatales se complican por la hipoglicemia, convulsiones e insuficiencia respiratoria. (18)

Dentro de la fisiopatología podemos mencionar que el estado metabólico del feto que se da previo al insulto hipóxico-isquémico, en donde tiene como referencias la edad gestacional, el cual condicionando su adaptación y potenciales. Dentro de la redistribución del flujo sanguíneo existe un aumento que va hacia el corazón, suprarrenales y cerebro, y esto con el paso del tiempo hace que exista una disminución hacia otros órganos vitales del cuerpo humano como son el riñón, intestino y pulmones. Dicho progreso de la hipoxia fetal es que anula la centralización que van directo hacia los órganos vitales, en los que fracasan los mecanismos autorregulados del flujo cerebral. (19)

La edad gestacional, la nutrición fetal, son factores que condicionan las posibilidades adaptativas del feto. Es aquí donde se producen los cambios bioquímicos que son los únicos responsables de la acidosis mixta (metabólica y respiratoria), en donde se activa el glutamato y AMP cíclico que permite que exista una entrada masiva de calcio iónico que se da en el citoplasma celular, que activa el óxido nítrico-sintetasa, en donde la producción eleva su óxido nítrico las que forman peroxinitritos. Otro punto es el estrés oxidativo el cual afecta la mitocondria que agrava la insuficiencia energética celular, el cual permite crear un estado de hiperexcitabilidad neuronal, la cual conduce a la necrosis neuronal que activa la vía de la muerte que se programa, teniendo un aumento de la lesión de inicio. (20)

Consideraciones con los fetos pos término grandes para la Edad Gestacional o macrosómicos, en las que se puede obtener el 20% ó 30%. Esto hace que la placenta mantenga una funcionalidad en su nivel que está por encima de la semana número 42, y que el neonato pos término, podría tener un peso de 4500g. El origen de la Macrosomía fetal habita en la gestación prolongada, y más no en un proceso diabético, en donde se relaciona con el parto, el trauma materno y/o fetal, que se ve reflejado de las maniobras extraídas, siendo 12 veces más recurrentes en los fetos (+ de 4500 g.), teniendo especial atención en la distocia de los hombros, en los que puede recaer cuadros típicos de asfixia, parálisis frénica o braquial, fracturas, traumatismo o la muerte neonatal. (17)

La gestación del embarazo prolongado, toma una importancia ya que es una gestación anticipada, la que aumenta el riesgo de poder volverse a presentar y que se da en la semana 41 de la gestación. Esta recurrencia ha quedado ya demostrado en distintos estudios que están relacionados a la gestación prolongada. (21)

El embarazo a término es aquel que termina entre tres semanas antes y dos después de la fecha estimada del parto donde incluye un periodo de 6 semanas en la época de mayor crecimiento fetal, y cuando se considera que están maduros los sistemas para un recién nacido sano. Sin embargo, esta ha sido cuestionada por estudios que han mostrado una mayor frecuencia de complicaciones neonatales en los embarazos de 37,0 a 38,6 semanas que en aquellos de 39 a 41 semanas. Según estas observaciones, hubo una propuesta del colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), donde propone una nueva clasificación del embarazo a término, en la cual los embarazos entre 37 semanas 0/7 días y 38 semanas 6/7 días se denominan embarazos a término temprano; los que tienen entre 39 semanas 0/7 días y 40 semanas 6/7 días son embarazos a término; los de 41 semanas 0/7 días y 41 semanas 6/7 días, término tardío, y los de 42 semanas 0 días y más, pos término. Esta clasificación, sin embargo, es motivo de controversia ya que su implementación no ha tenido el impacto esperado en términos de ingresos a las unidades de cuidados intensivos neonatales y un posible incremento de Macrosomía y muerte fetal. (14)

Al conocer la fecha la paciente debe de acomodarse, para poder ajustar una ecografía más anticipada; también dado en pacientes con ciclos de forma regular, el último periodo menstrual regular, no tener precedentes de anticonceptivos orales (últimos 3 meses), ni de lactancia, la cual se debe de tomar el día primero de la última menstruación. (22)

El trauma obstétrico corresponde a las lesiones que son duraderas y se dan en pleno parto, que son necesarias para la atención neonatal, que se da por la acción por el padecimiento de la madre y su recién nacido. Estos traumas obstétricos, se dan por la mecánica del feto ya que sigue una línea que son el canal del parto, la presión o tracción, que se da en la manipulación (parto). Existen distintos tipos de variedades de traumas, los que incluyen a los casi fisiológicos y los graves que pueden lograr conducir a la muerte, del feto pudiendo dejar secuelas durante su vida, como pueden ser: erosiones, contusiones, lesiones craneales, etc. (23)

El manejo terapéutico recae en la madurez cervical (cuello maduro): Los pacientes con cuello maduro y un índice alto de Bishop (>4) es un posible candidato a la inducción, pero luego tenemos lo contrario es que el cuello inmaduro en las que se presentan dos alternativas, la maduración cervical con oxitocina, o las pruebas de bienestar fetal, teniendo un manejo expectante. (23)

Otro punto a tener en cuenta es la edad gestacional (42 semanas o más), en la que sobresale el cuello maduro, que induce al trabajo de parto, por lo que se debe considerar que 41 semanas debe ser inducido. (24)

El cuello inmaduro, el que considera que se debe madurar y poder inducir el trabajo de parto, utilizando pruebas de bienestar fetal, que llegan hasta su fin en la semana 42 y de esa manera inducir a la edad gestacional. (24)

Resultados de las pruebas de bienestar fetal, en las que existe alteraciones de las pruebas de bienestar fetal, por lo que se debe terminar el embarazo indicado de forma independiente de la madurez cervical y la edad gestacional respectivamente. (24)

Manifestaciones clínicas de la HPP, de acuerdo a Herschderfer un 60% de todas las muertes maternas ocurren en el periodo postparto y un 45% en las primeras 24 horas.²⁶

Las tres causas más frecuentes de HPP son: Atonía uterina (50-60%), placenta retenida, restos placentarios (20-30%), laceraciones cervicales y/o vaginales (10%). Todos ellos representan aproximadamente el 95% de todas las causas de HPP: a) Atonía Uterina: Es la causa principal de la HPP. Se presenta en uno de cada 20 partos, representa el 80% de las HPP y es responsable de 50% de las muertes maternas en países pobres. Los factores de riesgo son: sobre distensión uterina por gestación múltiple, hidramnios o Macrosomía fetal, agotamiento muscular por parto prolongado, rápido y/o gran multiparidad; y corioamnionitis por rotura prematura de membrana. Se caracteriza por la incapacidad del útero para contraerse y mantener la contracción durante el puerperio inmediato.²⁶ Al examen físico se evidencia sangrado transvaginal abundante, rojo rutilante continuo, no doloroso. Se palpa un útero aumentado de tamaño flácido con poca o nula respuesta a la estimulación manual. Al examinar el canal del parto, no se evidencia laceraciones, el cuello uterino está dilatado y los signos vitales se alteran dependiendo de la cuantía de la pérdida hemática. b) Retención Placentaria: Si luego del manejo activo del alumbramiento y realizar la tracción controlada del cordón, la placenta permanece retenida después de 30 minutos, se establece el diagnóstico de placenta retenida. El primer paso en el manejo de esta patología es la inyección venosa intraumbilical de oxitocina: 10-20 U diluidas en 20 ml de solución fisiológica. Si luego de 15 a 30 minutos no se observa signos de desprendimiento se debe realizar una extracción manual de la placenta. Se encuentra contraindicada la administración de ergonovínicos, porque puede ocasionar una contracción uterina tónica que retardaría más

la expulsión. c) Restos Placentarios: El sangrado uterino persistente, secundario a la expulsión incompleta de la placenta, lo que impide una contracción uterina eficaz por lo que se presenta un sangrado persistente. La conducta más adecuada es la revisión de cavidad uterina y legrado instrumental. d) Traumatismo del Canal del Parto: Asociado a un parto instrumentado, a la presencia de un feto macrosómicos, a un parto que ocurre antes de la dilatación cervical completa.²⁶ La hemorragia transvaginal puede ser secundaria a laceraciones del cuello uterino o de la vagina, la severidad de estas lesiones varía de acuerdo con su extensión, desde una pequeña solución de continuidad en la mucosa hasta un desgarro cervical con extensión a parametrio. Se manifiesta con una hemorragia persistente pero menos cuantiosa que en la atonía y la retención de tejidos. Su reparación debe realizarse inmediatamente luego de constatarse el desgarro. Los Cervicales se suturan en quirófano bajo anestesia general y los vaginales o perineales pueden resolverse en sala de partos, poniendo atención a la formación de hematomas.²⁶

Se debe de tener muy claro el tema de la justificación, la cual está dada por los siguientes puntos. Teórica: La investigación incrementará el conocimiento sobre las complicaciones maternas y fetales del embarazo a término tardío lo que es de utilidad a la hora de tomar decisiones basadas en la evidencia ya que existe una frecuencia que varía entre 4 y 14%. En el embarazo pos término se encontró en mayor frecuencia en pacientes adultas y nulíparas. Práctica: El estudio está diseñado para resolver un problema que se encuentra poco conocida sobre bases científicas locales. Metodológica: La investigación está diseñada científicamente sobre la estructura propuesta por la universidad que es de utilidad para futuras investigaciones. Social: El estudio resolverá un problema cuyos beneficios recaerá en la salud de la gestante como del producto.²⁵

Es por eso que, basado en toda esta problemática, antecedentes y bases teóricas, me planteo el problema general: ¿Cuáles son las complicaciones del embarazo a término tardío en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, enero a octubre 2019? Y como problemas específicos: 1) ¿Cuáles son las complicaciones maternas del embarazo a término tardío en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, enero a octubre 2019? y 2) ¿Cuáles son las complicaciones fetales del embarazo a término tardío en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, enero a octubre 2019?

Como también planteo el objetivo general del trabajo de investigación es la de Describir las complicaciones del embarazo a término tardío en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, enero a octubre 2019. Teniendo como objetivos específicos: 1) Identificar las complicaciones maternas del embarazo a término tardío en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, enero a octubre 2019 y 2) Identificar las complicaciones fetales del embarazo a término tardío en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, enero a octubre 2019. Para esta investigación no se considerará la hipótesis porque el diseño es Descriptivo Simple.

II. METODO

2.1. Tipo y Diseño de la Investigación

Tipo

Descriptivo, Este estudio se dirige fundamentalmente a la descripción de fenómenos sociales o educativos en una circunstancia temporal y especial determinada.²⁵

Diseño:

No experimental

M ——— **O**

M= Muestra

O = Observación de la muestra

2.2. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
EMBARAZO A TÉRMINO TARDÍO	Es la gestación que dura más de 41 semanas (>294 días) o 14 días después de la fecha probable de parto (FPP) ¹	Es un estudio preliminar de uno a mayor escala de tipo cuantitativo, correlacional, descriptivo, transversal y retro-prospectivo en gestantes a término y pos término con edad gestacional de 37 a 42 semanas.	<ul style="list-style-type: none"> - Complicaciones maternas - Complicaciones fetales 	<ul style="list-style-type: none"> - Atonía uterina - Retención placentaria - Traumatismo del canal de parto - Distrés fetal - Líquido amniótico por Ecografía - Macrosomía fetal - Trauma al nacer 	Nominal

2.3 Población, muestra y muestreo

Población

La población es conjunto de personas que vive en un área geográfica determinada y cuyo número se calcula a instancias de una evaluación estadística ²⁵ Por lo tanto, la población estará conformada por todas las gestantes que tuvieron embarazo a término tardío atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, de enero a octubre que son 82.

Muestra:

Estudia una parte de ella que va ser representativa al resto de la población, al final puede generalizar los resultados a toda población.²⁵; Por lo tanto, no tiene muestra porque se está trabajando con el 100% de la población.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnicas de recolección de datos

Documental pues se limitará a la obtención de datos de documentos históricos como la revisión de las historias clínicas. ²⁵

Instrumentos

Ficha de recolección de datos elaborados para obtener los datos necesarios para la investigación. ²⁵

Técnicas de procesamiento de análisis e Interpretación de datos

El análisis estadístico se realizará con estadística descriptiva como frecuencias absolutas, y porcentajes.

Los datos obtenidos en la investigación serán tabulados en el programa estadístico SPSS v24 de donde se obtendrán los estadísticos descriptivos e inferenciales y las tablas.

Validez

Se define como suma importancia al momento que se emplean las pruebas para seleccionar a los candidatos más aptos para un empleo, en los programas de admisión, en la adscripción de pacientes a tratamientos, etc.; en estos casos, la evaluación de la utilidad de la prueba suele cuantificarse mediante la correlación entre sus puntuaciones y las de alguna medida del criterio.²⁵. Asimismo, la ficha de recolección de datos ha sido validada por tres obstetras: dos con grado de magister y una con grado de doctor:

VALIDADORES	GRADO ACADEMICO
Obst. Lina Yubana Cárdenas Pineda	Doctor
Obst. Esther Elisa García Chaiña	Magister
Obst. Liz Miriam Suárez Reynoso	Magister

Fuente: Elaboración propia

Confiabilidad

Para esta investigación de trabajo no se realizó una confiabilidad ya que es una ficha de recolección de datos.

2.5 Procedimiento

El procedimiento que se ha realizado para este trabajo de investigación es a través de la recolección de datos donde se obtuvo de las historias clínicas del Hospital Santa María Del Socorro De Ica. Las historias clínicas que se buscó fueron principalmente basadas en el embarazo a término tardío que fue atendido en ese hospital.

2.6 Método de análisis de datos

El análisis de datos se realizó a través del programa estadístico SPSS V24 donde fue vaciado la información de la recolección de datos que se obtuvo a través de las historias clínicas, estos datos obtenidos serán tabulados como frecuencias absolutas y porcentajes.

2.7 Aspectos Éticos

Los datos recolectados de las historias clínicas son utilizados exclusivamente para la investigación. En cada historia clínica fue identificada por un número, siendo anónima la publicación de los resultados del estudio.

III. RESULTADOS

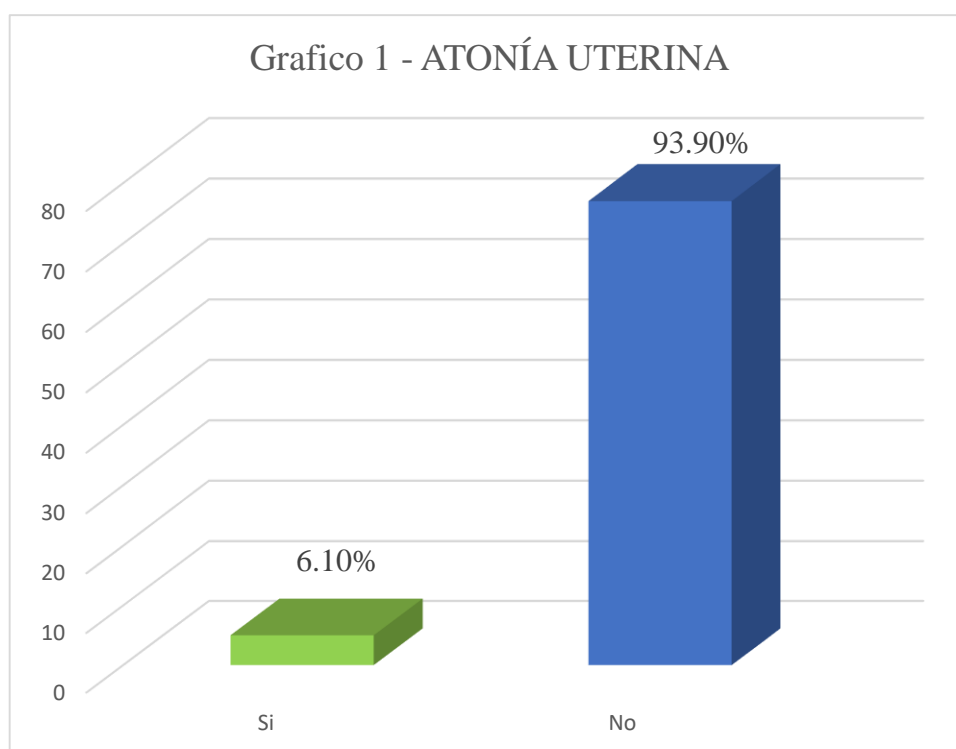
Variable - Embarazo a término tardío

COMPLICACIONES MATERNAS

TABLA 1. ATONÍA UTERINA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	5	6,10	6,10	6,10
No	77	93,90	93,90	100,0
Total	82	100,0	100,0	

Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas



Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas

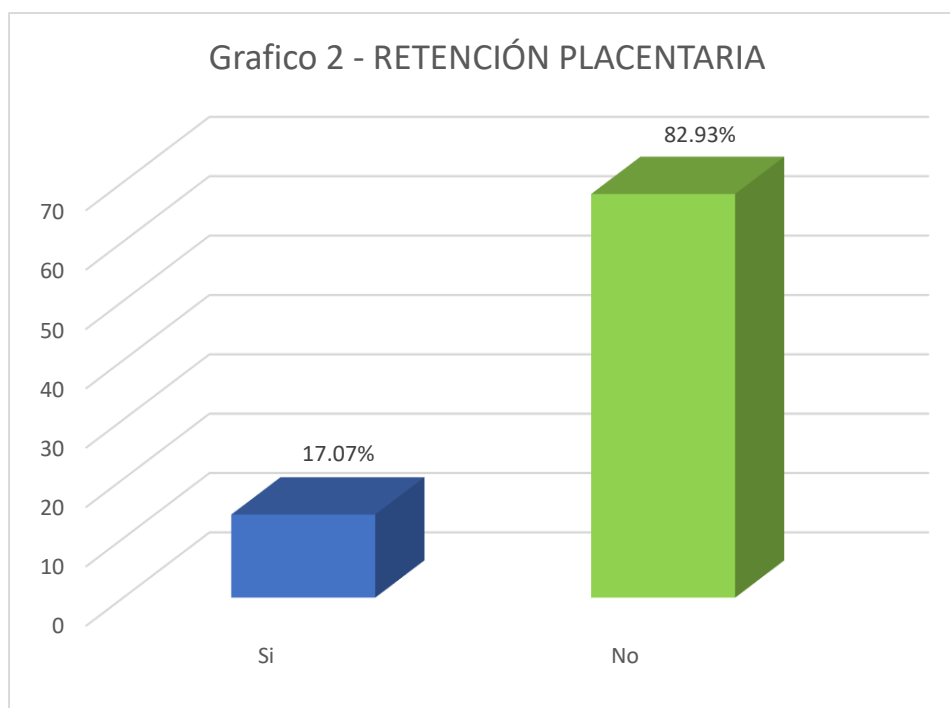
Análisis e interpretación de datos

En cuanto a las complicaciones maternas por atonía uterina, el 6,10% (5 gestantes), sí tuvieron esta complicación; en tanto, el 93,90% (77 gestantes) no la tuvieron, de una población en estudio de 82 gestantes.

TABLA 2. RETENCIÓN PLACENTARIA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	14	17,07	17,07
	No	68	82,93	100,0
	Total	82	100,0	100,0

Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas



Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas

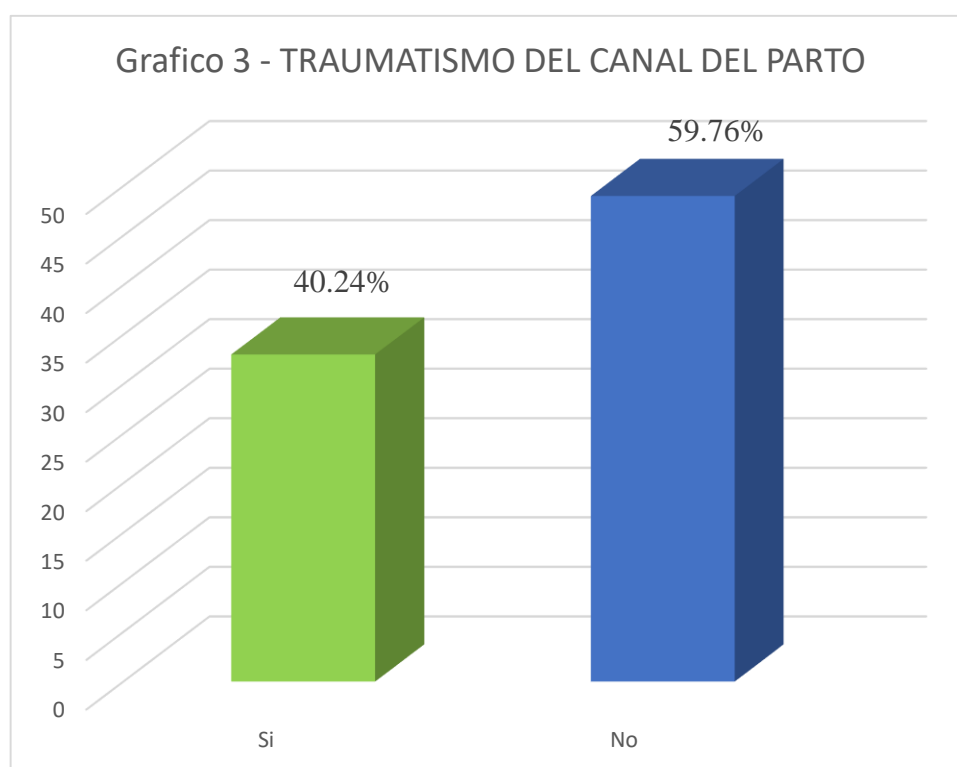
Análisis e interpretación de datos

Los resultados indican que las complicaciones maternas por retención placentaria, donde la frecuencia de la respuesta sí tuvieron el 17, 07% (14 gestantes); en tanto, el 82,93% (68 gestantes) manifestaron que no las tuvieron, de una población de 82 gestantes.

TABLA 3 TRAUMATISMO DEL CANAL DEL PARTO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	33	40,24	40,24	40,24
No	49	59,76	59,76	100,0
Total	82	100,0	100,0	

Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas



Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas

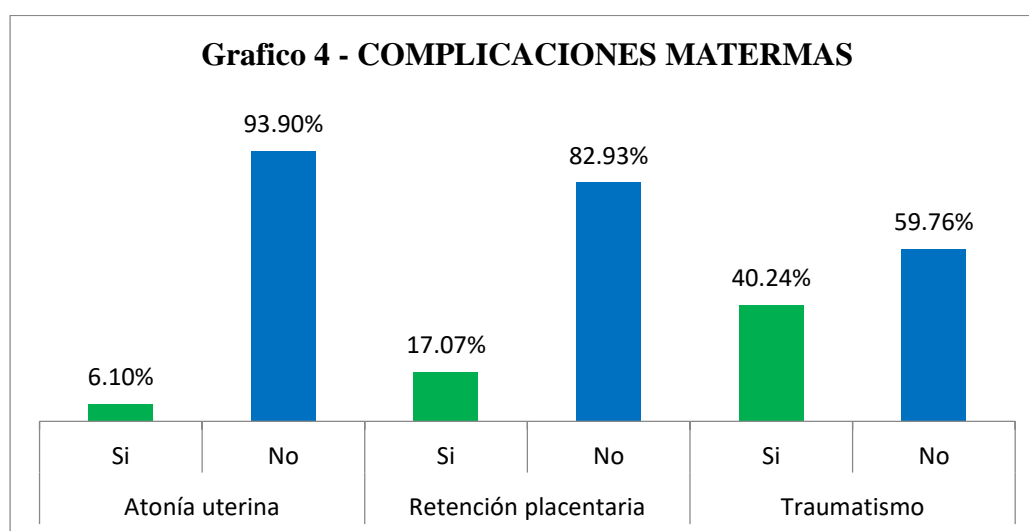
Análisis e interpretación de datos

Los resultados indican que las complicaciones maternas por traumatismo del canal del parto, indican que con un 40.24% (33 gestantes) si presentaron esta complicación; en tanto, el 59.76% (49 gestantes) manifestaron que no las tuvieron, de una población de 82 gestantes.

TABLA 4: COMPLICACIONES MATERNAS

Dimensiones	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Atonía uterina	Si	5	6.10	6.10	6.10
	No	77	93.90	93.90	100.0
	Total	82	100.0	100.0	
Retención placentaria	Si	14	17.07	17.07	17.07
	No	68	82.93	82.93	100.0
	Total	82	100.0	100.0	
Traumatismo	Si	33	40.24	40.24	40.24
	No	49	59.76	59.76	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas



Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas

Análisis e interpretación de datos

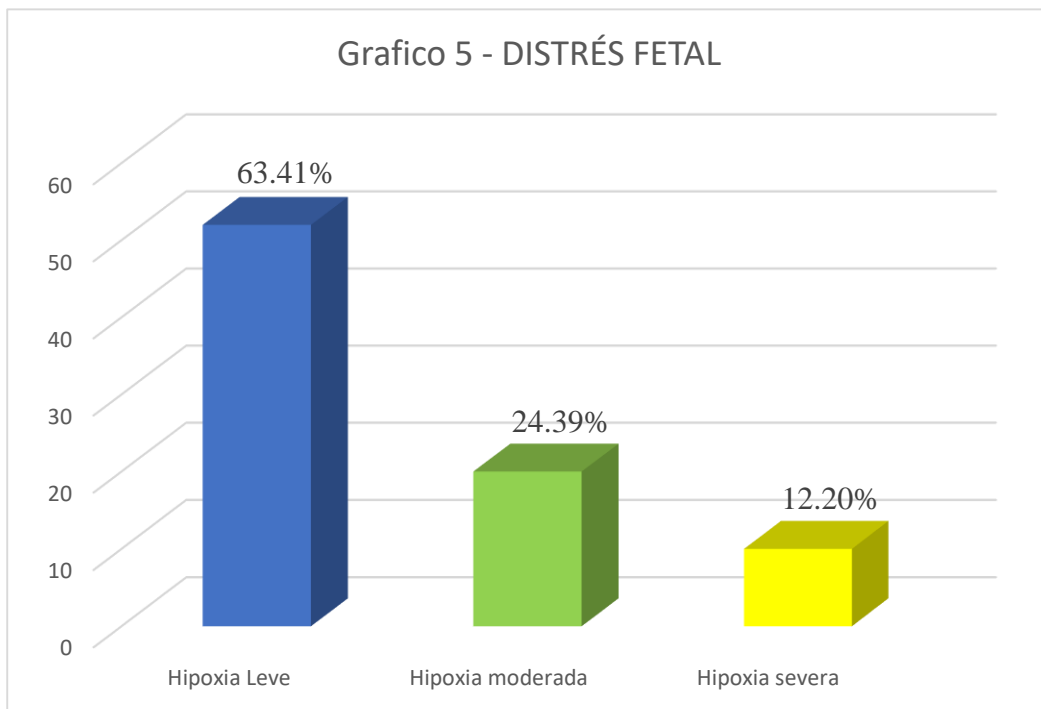
Los resultados de las complicaciones maternas, comparativamente, indican que el 6,10% sí tuvieron atonía uterina; mientras que el 93,90% no tuvieron. Con respecto a la retención placentaria el 17,07% sí las tuvieron; mientras que el 82,93% no tuvieron. Finalmente, las mujeres embarazadas, en un 40,24% tuvieron traumatismo; en tanto el 59,76% no las tuvieron.

COMPLICACIONES FETALES

TABLA 5. DISTRÉS FETAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hipoxia Leve	52	63,41	63,41
	Hipoxia moderada	20	24,39	87,8
	Hipoxia severa	10	12,20	100,0
	Total	82	100,0	

Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas



Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas

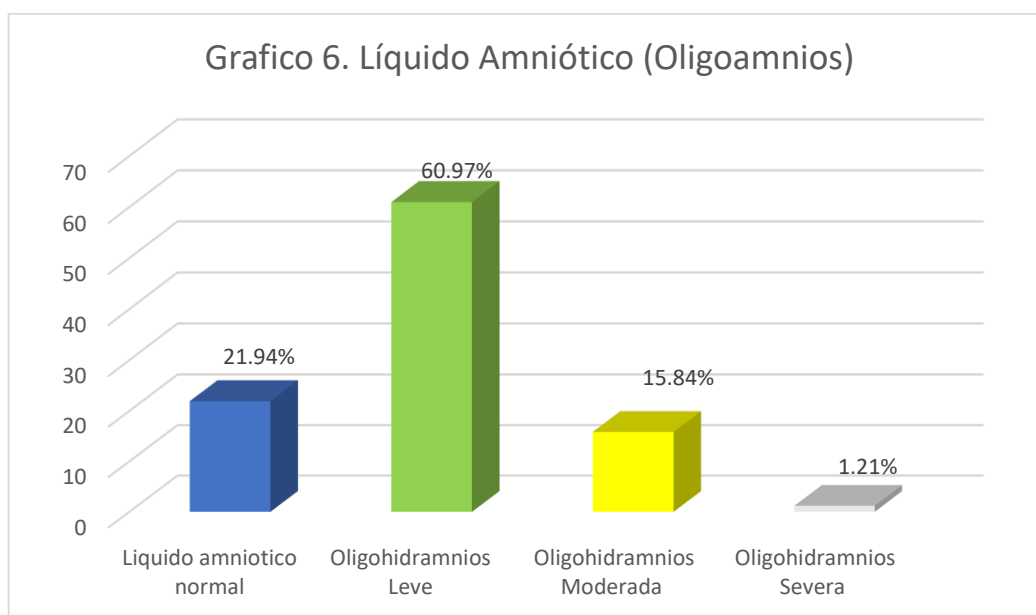
Análisis e interpretación de datos

Los resultados de las complicaciones fetales de la encuesta nos indican que el 63,41% tuvieron Distrés fetal o hipoxia leve (52 gestantes); en tanto, el 24,39% tuvieron Distrés fetal o hipoxia moderada (20 gestantes); y tan solo el 12,20% tuvieron Distrés fetal o hipoxia severa (10 gestantes).

Tabla 6. Líquido Amniótico (Oligoamnios)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Normal	18	21,95	21,95	21,95
Oligoamnios Leve	50	60,98	60,98	82,93
Válido Oligoamnios Moderada	13	15,85	15,85	98,78
Oligoamnios Severa	1	1,22	1,22	100,0
Total	82	100,0	100,0	

Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas



Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas

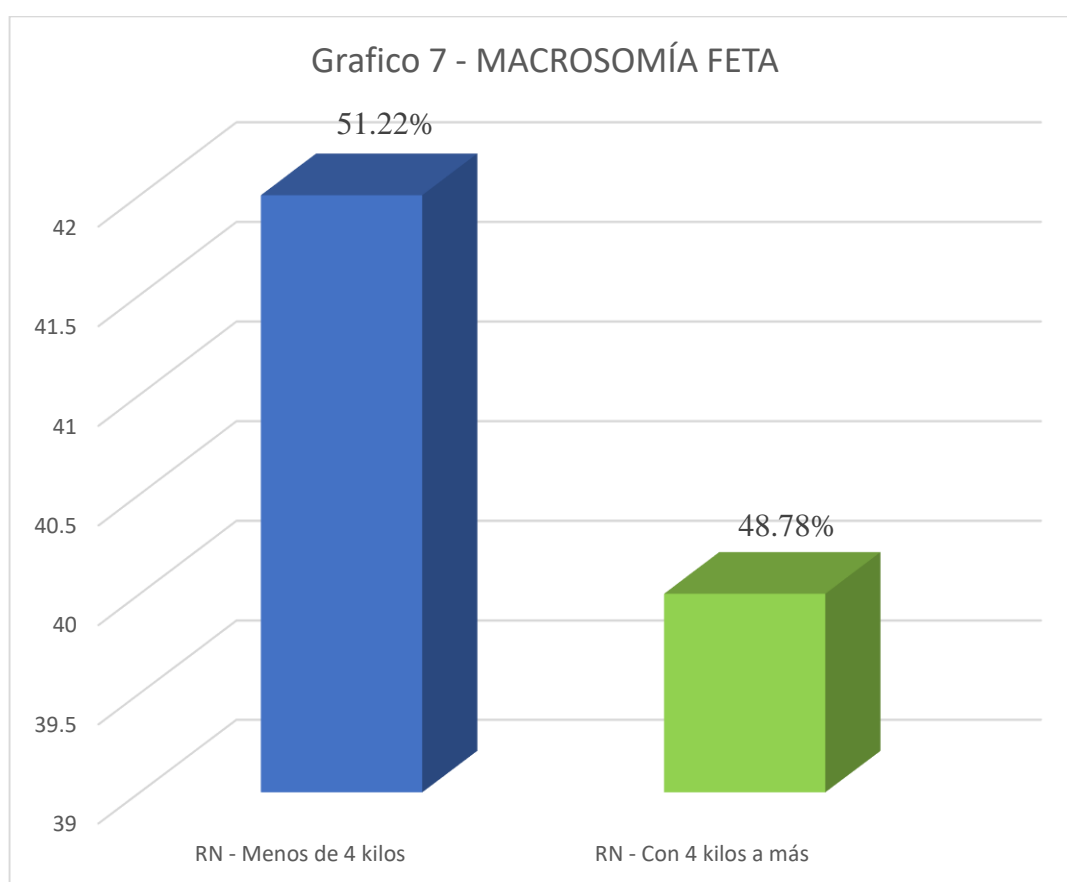
Análisis e interpretación de datos

La tabla N° 06 nos muestra que el líquido amniótico en forma normal es 21.95 % (18 gestantes), en donde hay una disminución y se le denomina Oligoamnios, por lo que se considera en la tabla de los datos obtenido es: Oligoamnios leve con un 60.98% (50 gestantes), Oligoamnios moderado con un 15.85% (13 gestantes) y por ultimo un Oligoamnios severo con un 1.22% (1 gestante).

TABLA 7. MACROSOMÍA FETAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	RN - Menos de 4 kilos	42	51,22	51,22
	RN - Con 4 kilos a más	40	48,78	100,0
	Total	82	100,0	

Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas



Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas

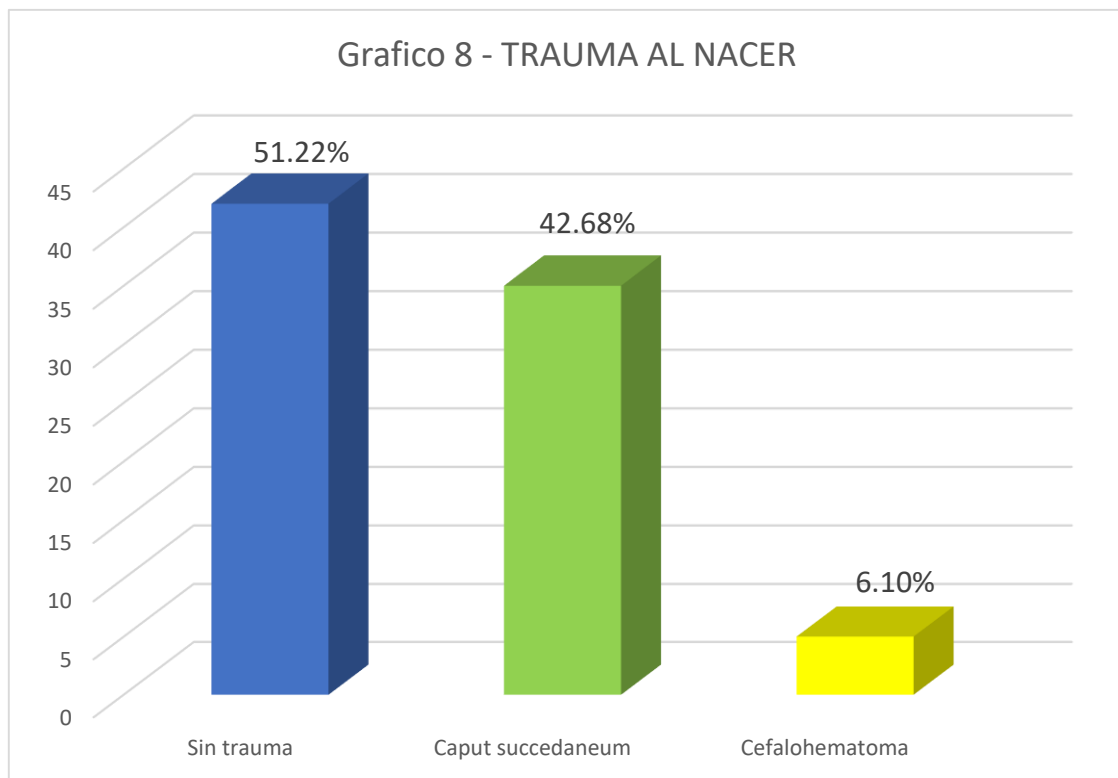
Análisis e interpretación de datos

Los resultados de las complicaciones fetales de la encuesta respecto a la Macrosomía fetal en RN con menos de 4 kilos fueron del 51,22% (42 nacidos), mientras que los RN con 4 kilos a más fue de 48,78% (40 nacidos).

TABLA 8. TRAUMA AL NACER

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin trauma	42	51,22	51,22
	Caput Sucedaneum	35	42,68	93,9
	Cefalohematoma	5	6,10	100,0
	Total	82	100,0	

Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas



Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas

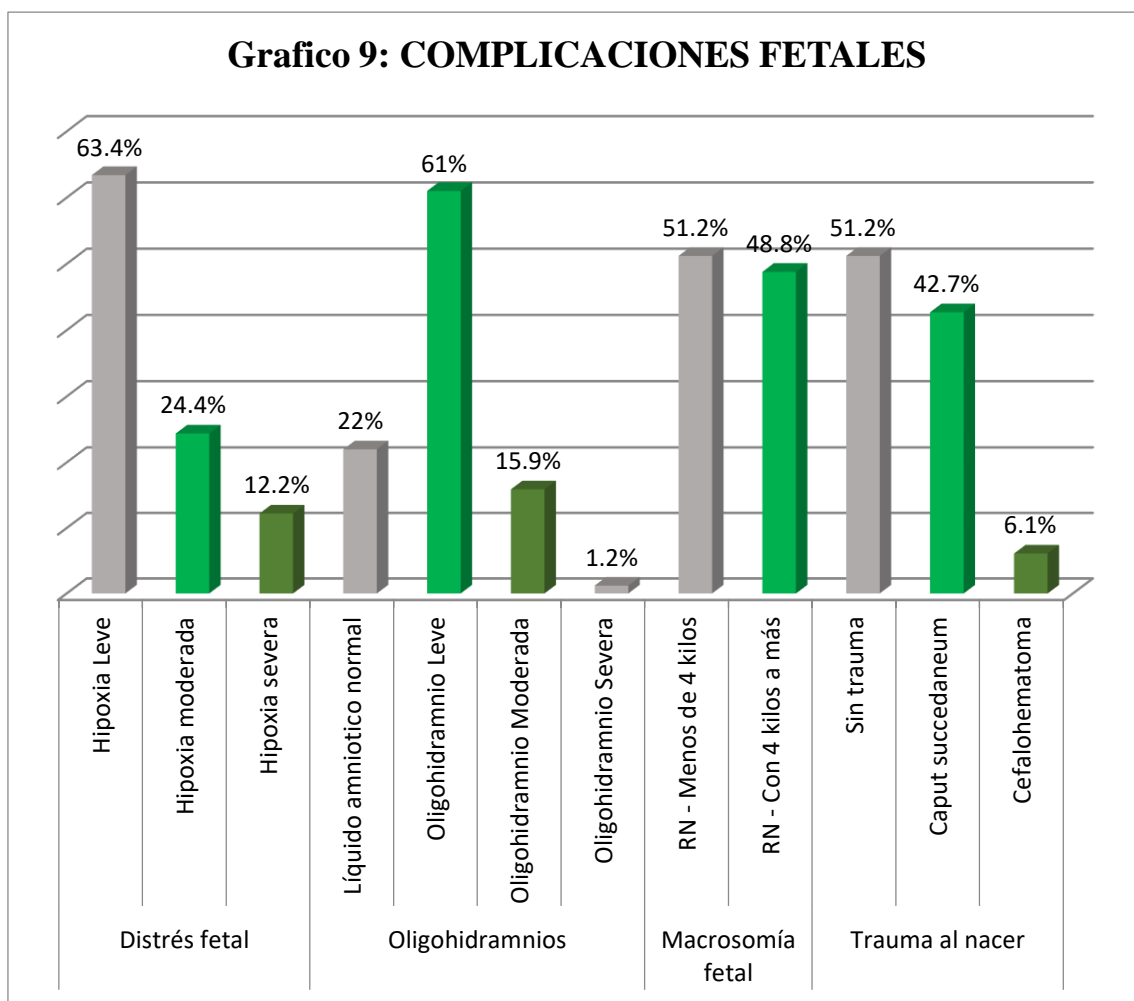
Análisis e interpretación de datos

Los resultados de las complicaciones fetales de la encuesta, respecto a los traumas al nacer con Cefalohematoma fue de 6,10% (5 nacidos); con Caput Sucedaneum fue de 42,68% (35 nacidos), en tanto un 51,22% no registra trauma al nacer (42 nacidos).

TABLA 9: COMPLICACIONES FETALES

Dimensiones	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Distrés fetal	Hipoxia Leve	52	63.41	63.41	63.41
	Hipoxia moderada	20	24.39	24.39	87.8
	Hipoxia severa	10	12.20	12.20	100.0
Total		82	100.0	100.0	
Líquido Amniótico (Oligoamnios)	Normal	18	22.95	22.95	22.95
	Oligoamnios Leve	50	60.98	60.98	83.93
	Oligoamnios Moderada	13	15.85	15.85	98.78
	Oligoamnios Severa	1	1.22	1.22	100.0
Total		82	100.0	100.0	
Macrosomía fetal	RN - Menos de 4 kilos	42	51.22	51.22	51.22
	RN - Con 4 kilos a más	40	48.78	48.78	100.0
Total		82	100.0	100.0	
Trauma al nacer	Sin trauma	42	51.22	51.22	51.22
	Caput Succedaneum	35	42.68	42.68	93.9
	Cefalohematoma	5	6.10	6.10	100.0
Total		82	100.0	100.0	

Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas



Fuente: Datos recolectados de las historias clínicas

Análisis e interpretación de datos

En un análisis comparativo sobre las complicaciones fetales se tienen los siguientes resultados:

- a) **Distrés fetal:** hipoxia leve, 63, 41%; hipoxia moderada, 24,39% e hipoxia severa, 12,20%. Indica que hay un alto porcentaje de prevención y cuidado de la paciente.
- b) **Oligohidramnios:** normal, 22.95%; leve 60.98%; moderada, 15,85 % y severa, 1,22%. Esto indica que hay condiciones para una buena salud de la paciente y del feto.
- c) **Macrosomía fetal:** RN con menos de 4 kilos, 51,22%; RN con más de 4 kilos, 48,78%. Requiere de una adecuada atención.
- d) **Trauma al nacer:** Sin trauma, el 51,22%; Caput Succedaneum, el 42,68% y con Cefalohematoma, el 6,10%. Se requiere atención oportuna.

IV. DISCUSIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el embarazo a término tardío es la que llega a 42 semanas o mayor a 294 días, contados desde la última menstruación. A nivel mundial el embarazo a término tardío es del 7%, presentándose complicaciones maternas y fetales, por lo que es un embarazo de alto riesgo. En América Latina, 1 de cada 10 embarazos van más allá de 40 semanas. En el caso del Perú la frecuencia varía entre 4% y 14%; aunque en el año 2015 fue de 0,01%. Muy por el contrario existe una mayor frecuencia de complicaciones neonatales en aquellos embarazos que van desde los 37 a 38.6 semanas en diferencia a aquellos de 39 a 41 semanas en la que se propone una nueva clasificación denominadas termino temprano (39 semanas 0/7 días y 38 semanas 6/7 días), embarazos a término que van desde las 39 semanas 0/7 días y 40 semanas 6/7 días de 41 semanas 0/7 días y 41 semanas 6/7 días se denomina termino tardío y de 42 semanas 0 días y más pos término.

La unidad de análisis de esta investigación es de 82 gestantes con embarazo a término tardío, en lo que se presentó complicaciones maternas y fetales, tal como señalamos a continuación:

Las complicaciones maternas del embarazo a término tardío con referencia a la Retención Placentaria sí las tuvo el 17,1% y el 82,9% no la tuvo; con referencia al Traumatismo el 40,2% sí la tuvo, mientras que el 59,8% no la tuvo. Y del mismo modo, de acuerdo a Herschderfer, un 60% de todas las muertes maternas ocurren en el periodo postparto y un 45% en las primeras 24 horas. Atonía Uterina: Es la causa principal de la HPP. Se presenta en uno de cada 20 partos, representa el 80% de las HPP y es responsable de 50% de las muertes maternas en países pobres; Retención Placentaria: Si luego del manejo activo del alumbramiento y realizar la tracción controlada del cordón, la placenta permanece retenida después de 30 minutos, se establece el diagnóstico de placenta retenida.; Restos Placentarios: El sangrado uterino persistente, secundario a la expulsión incompleta de la placenta, lo que impide una contracción uterina eficaz por lo que se presenta un sangrado persistente. La conducta más adecuada es la revisión de cavidad uterina y legrado instrumental; Traumatismo del Canal del Parto: Asociado a un parto instrumentado, a la presencia de un feto macrosómicos, a un parto que ocurre antes de la dilatación cervical completa

Las complicaciones fetales están referidas al Distrés Fetal, donde el 63,4% tuvo hipoxia leve (52), el 24,4% tuvo hipoxia moderada (20) y el 12,2% (10) hipoxia severa; con referencia al Líquido Amniótico el 22% (18) fue normal, el 61% (50) fue leve, el 15,% (13) fue moderada, y el 1,2% (1) fue severa; luego la Macrosomía Fetal en RN, con menos de 4 kilos fue de 51,2% (42), en tanto, en RN con 4 kilos o más fue 48,8% (40), y, finalmente, el Trauma al Nacer, los resultados indican que el 51,2% (42) no tuvieron ningún trauma, en tanto el trauma Caput Succedaneum fue de 42,7% (35),y, con respecto, al Cefalohematoma los resultados indican que fue de 6,1% (5). Y también estos resultados guardan relación con el trabajo de investigación de Cifuentes, R, A., en su artículo denominado realizado en una Clínica del tercer nivel de Cali, Colombia, en el año 2016, en el que se indica que de 503 nacidos el 40% fueron a términos temprano, el 50,7% a términos completos y el 10% a términos tardíos, dentro de las cuales las complicaciones fueron: asfixia neonatal y Macrosomía fetal.

Según Cáceres, W. cuya tesis denominada Características maternas y resultados perinatales en pacientes ingresadas con diagnóstico de embarazo prolongado en el servicio de gineco-obstetricia del Heodra-León 2016. Nicaragua, los resultados indican que la mayoría de las pacientes fueron primigestas en un 53%, el oligoamnios severo se encontró en del 33 % de las pacientes. Los resultados perinatales encontrados fueron: macrosómicos el 2% y líquido meconial el 24%; los principales resultados adversos que se presentaron fueron: asfixia (5%), hipoglicemia (3%) y policitemia (1%), comparando con los resultados recolectado del Hospital Santa Maria del Socorro de Ica fueron el líquido amniótico en forma normal es 21.95 % (18 gestantes), en donde hay una disminución y se le denomina Oligoamnios, por lo que se considera en la tabla de los datos obtenido es: Oligoamnios leve con un 60.98% (50 gestantes), Oligoamnios moderado con un 15.85% (13 gestantes) y por ultimo un Oligoamnios severo con un 1.22% (1 gestante).

Para Acevedo L. GM,ZZ cuya investigación es sobre factores de riesgo asociados a embarazo prolongado y su relación con la morbimortalidad perinatal en el Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa en el periodo de Enero 2014 a Enero 2015. Managua, se encontraron aumento de cesáreas, porcentajes altos de Sufrimiento Fetal agudo, asfixia perinatal y alteración del líquido amniótico. Lo propio sucede en los resultados que he encontrado en el Hospital Socorro, con respecto a la Macrosomía fetal,

pero difiere en el líquido amniótico que en un 22% fue normal y con complicación leve un 61%.

En la investigación realizado por Lara L,RL sobre Comportamiento del embarazo pos término y su asociación con diferentes factores maternos, en Bolivia, en el año 2015, se concluye que el 2% de las complicaciones encontradas tenemos el oligoamnios. Y se precisa que el embarazo prolongado trae consecuencias graves para el feto. En los resultados hallados en el Hospital Socorro más del 51% de los RN no tuvieron ningún trauma.

Una investigación realizada por Villchez C. cuya tesis fue la Morbilidad respiratoria en los neonatos de término temprano, completo y tardío en el Hospital Regional Docente De Trujillo, Perú, 2016, los resultados indican que, de 150 RN, que las complicaciones por el que atravesaron los neonatos fue: taquipnea transitoria 42%, la enfermedad de membrana hialina 89%; el síndrome de aspiración meconial 48%, concluyendo que los factores de riesgo están asociados a un embarazo a término tardío. En el caso de los hallazgos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, un 51% no tuvo traumas al nacer, pero se coincide que los factores de riesgos mayores están asociados al embarazo tardío.

Según Miranda M. cuya tesis fue sobre los factores maternos y perinatales en el embarazo prolongado diagnosticado por ecografía en el Hospital Hipólito Unanue-Tacna, Perú, en el año 2016, tuvo como resultado: oligohidramnios y anemia (16,9 %), desproporción céfalo - pélvica (15,5 %), insuficiencia placentaria (9,9 %) y diabetes (2,8 %) y los factores perinatales son: Macrosomía fetal (28,2 %), sufrimiento fetal (8,5 %), síndrome de aspiración meconial (4,2 %) y malformaciones congénitas (2,8 %). Se concluye que, los resultados maternos y perinatales se presentaron en el embarazo prolongado diagnosticado por ecografía. Comparando con los hallazgos encontrados en el Hospital Socorro de Ica, podemos señalar que hay diferencias en la Macrosomía fetal que fue de 48,8%, es decir, que se incrementaron en 20% estas complicaciones.

Podemos afirmar que las investigaciones, tanto nacionales como internacionales, tienen diferencias y similitudes con respecto a los hallazgos encontrados en mi trabajo de investigación.

V. CONCLUSIONES

- a) La complicación materna más frecuente del embarazo a término tardío fue el Traumatismo en el Canal de Parto, en un 40,2%; y en la complicación fetal más frecuente fue el Distrés fetal leve en un 63,4%; concluyo afirmando que los embarazos a término tardío, siempre representa mayores complicaciones para las gestantes como para el producto.
- b) Se identificó que las complicaciones maternas fueron: Atonía Uterina en un 6,1%, Retención Placentaria en 17,1%, Traumatismo en el Canal de Parto, en un 40,2%.
- c) Se identificó que las complicaciones fetales fueron: el Distrés fetal leve en un 63,4%, moderada 24,4% y severa el 12,2%. Con respecto al líquido amniótico fue normal en un 21,95%; leve el 61,0%, moderada el 15,9% y severa el 1,1%. Con respecto a la Macrosomía Fetal, el 51,2% correspondió a los RN con menos de 4 kilos, y el 48,8% a los RN con más de 4 kilos. Respecto al trauma al nacer, el 51,0% no tuvo ningún trauma; el 42,7% con Caput Succedaneum y el 6,1% con céfalo hematoma.

VI. RECOMENDACIONES

- a)** Capacitar al personal de salud para un diagnóstico precoz para un embarazo a término tardío para evitar futuras complicaciones tanto maternas como fetales.
- b)** Control sistemático de las pacientes embarazadas, con profesionales de la especialidad y con auto-cuidado responsable.
- c)** Brindar consejería respectiva sobre el embarazo a término tardío en las gestantes teniendo en cuenta los signos de alarma.
- d)** Desarrollar programas de salud reproductiva en los centros de salud, en locales comunales o a través de los medios de comunicación escrita, televisiva o a través de las redes sociales.
- e)** Establecer convenios con las universidades públicas o privadas para que se implementen programas educativos de educación sexual y salud reproductiva en la región Ica.
- f)** Mayor presupuesto para mejorar la infraestructura y la atención de calidad con mayor número de profesionales de la salud.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud de Chile. Guía Perinatal 2015 Subsecretaría de Salud Pública División Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Ciclo Vital Programa Nacional Salud de la Mujer. 1ª edición y publicación 2015
2. Rodríguez I. R. Seguridad de ultrasonido onstetrico para la salud de la embarazada y el feto. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2016 Marzo; 41-42(3).
3. Hernández T NGM. Conceptos básicos del embarazo prolongado: Una revisión. Rev. Méd UV. 2005 Mayor; 21-27(2).
4. Carbajal J. Sitio web Manual de Obstetricia y Ginecología VIII edición 2017. [Online].; 2018 [cited 2020 Diciembre 15. Available fro.
5. Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Guía de Práctica Clínica: Guía de Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2019 Available from: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-052-19ER.pdf>.
6. Cifuentes RA. Propósito de una nueva clasificación del embarazo a término. Resultados neonatales en una clinica de tercel nivel de atención en Cali-Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2016 Octubre-Diciembre; 67(4).
7. Cáceres wra. Características maternas y resultados perinatales en pacientes ingresadas con diagnóstico de embarazo prolongado en el servicio de ginecoobstericia del heodra- león en el período 2014 - 2016 (tesis) , editor. (nicaragua): universidad nacional autónoma de nicaragua, león unan-león; 2017.
8. Acevedo L. GM,ZZ. Factores de riesgo asociados a embarazo prolongado y su relación con la morbimortalidad perinatal en el Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa en el periodo de Enero 2014 a Enero 2015 (Tesis) , editor. Managua - Nicaragua: Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua Unan-Managua; 2015.
9. Lara L,RL. Comportamiento clínico en los embarazos prolongados y post término en el hospital primario carlos centeno, siuna; segundo semestre 2015. (Tesis) , editor. Nicaragua: universidad nacional autónoma de nicaragua unan-león; 2015.

10. Balestena J,GK,BA. Comportamiento del embarazo postérmino y su asociación con diferentes factores maternos. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2015 Marzo-Abril; 19(2).
11. Solar G. Factores epidemiológicos y obstétricos relacionados con la morbilidad en las adolescentes embarazadas menores de 15 años atendidas en el hospital regional docente de trujillo 2013 - 2017. (Tesis) , editor. Trujillo - Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2019.
12. Condori J. Incidencia del uso de misoprostol para inducción del parto en pacientes con embarazo a término tardío en el servicio de Gineco-obstetricia del hospital Essalud Uldarico Rocca Fernández. (Tesis) , editor. Lima - Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2016.
13. Villchez C. Morbilidad respiratoria en los neonatos de término temprano, completo y tardío en el Hospital Regional Docente De Trujillo 2016. (Tesis) , editor. Trujillo-Perú: Universidad Nacional de Trujillo; 2016.
14. Miranda M. Factores maternos y perinatales en el embarazo prolongado diagnosticado por ecografía en el Hospital Hipólito Unanue-Tacna, 2016. (Tesis) , editor. Tacna-Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2018.
15. Lexico. Sitio web lexico. [Online].; 2021 [cited 2021 Enero 24. Available from: <https://www.lexico.com/es/definicion/edad>.
16. De la Cruz J. “Gestante adolescente como factor de riesgo para parto pretérmino en el Hospital Nacional Dos De Mayo” (Tesis) , editor. Lima - Perú: Universidad Ricardo Palma; 2020.
17. J. M^a Guzmán Cabañas* SCR. Embarazo prolongado. RN postmaduro. Protocolos Diagnóstico Terapeúticos de la AEP: Neonatología. 2008 Abril; 7(9).
18. Tomás Gerardo Hernández Parra1 CDMGNG. Conceptos basicos del embarazo prolongado: una revisión. Red. Med. UV. 2005 Mayo; 2(21-27).
19. Ramos Alcalá A, Serrano García C, Gilabert Úbeda A, Valero García F, Navarro Sánchez P, Velázquez Marín F. Encefalopatía hipoxico-isquémica: Hallazgos en

imagen mediante técnicas convencionales y estudio de difusión. Sociedad Española de Radiología Médica. 2008 Noviembre; 15(7).

20. Sánchez eg. Morbi-mortalidad en embarazo de posttermino en el hospital general de atizapán de zaragoza de los años 1999 al 2001 (tesis) , editor. Toluca - méxico: universidad autonoma del estado de mexico; 2014.
21. Frailuna M,DM,RJ. Guía de Práctica Clínica - Embarazo de 41 semanas. Grupo de Estudios de Embarazo de 41 semanas. 2011 Mayo; II(12).
22. María Alejandra Frailunaa MDJR. Guía de práctica clínica. Guía de práctica clínica: Embarazo de 41 semanas. 2011 Junio; 15(3).
23. Alejandrina Murguía-González RJHHMNB. Factores de riesgo de trauma obstétrico. Ginecol Obstet. 2013 Junio; 81(297-303).
24. License GFD. Inducción del parto luego de las 41 semanas de embarazo. Embarazo prolongado. 2002 Mayo; 8(12-13).
25. Hernández Sampieri HC,BL. Metodología de la Investigación. 6th ed. México Ie, editor. Universidad de Celaya - México: Mcgraw-HILL / Interamericana editores, S.A. DE C.V; 2018.
26. Karlsson H, Pérez Sanz C: Hemorragia Postparto. An Sist Sanit Navar 2009, 32 Suppl 1:159-167.

ANEXOS

Anexo 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: Complicaciones del embarazo a término tardío en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2019.

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	MÉTODO
<p>Problema principal</p> <p>¿Cuáles son las complicaciones del embarazo a término tardío en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, enero a octubre 2019?</p> <p>Problemas Especifico</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las complicaciones maternas del embarazo a término tardío en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, enero a octubre 2019? • ¿Cuáles son las complicaciones fetales del embarazo a término tardío en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, enero a octubre 2019? 	<p>Objetivo general</p> <p>Describir las complicaciones del embarazo a término tardío en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, enero a octubre 2019</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las complicaciones maternas del embarazo a término tardío en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, enero a octubre 2019. • Identificar las complicaciones fetales del embarazo a término tardío en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, enero a octubre 2019. 	<p>No se aplica para este tipo de investigación</p>	<p>Tipo de Investigación No experimental</p> <p>Nivel Descriptivo</p> <p>Diseño Descriptivo simple</p> <p>Población Gestantes que tuvieron embarazo a término tardío atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, enero a octubre que son 82.</p> <p>Muestra 82 gestantes con embarazo a término tardío.</p> <p>Técnica Documental</p> <p>Instrumento -Ficha de recolección de datos.</p>

Anexo 2: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
EMBARAZO A TÉRMINO TARDÍO	Es la gestación que dura más de 41 semanas (>294 días) o 14 días después de la fecha probable de parto (FPP) (1)	Es un estudio preliminar de uno a mayor escala de tipo cuantitativo, correlacional, descriptivo, transversal y retro-prospectivo en gestantes a término y pos término con edad gestacional de 37 a 42 semanas	<ul style="list-style-type: none"> - Complicaciones maternas - Complicaciones fetales 	<ul style="list-style-type: none"> - Atonía uterina - Retención placentaria - Traumatismo del canal de parto - Distrés fetal - Líquido amniótico por Ecografía - Macrosomía fetal - Trauma al nacer 	Nominal



**COMPLICACIONES DEL EMBARAZO A TÉRMINO TARDÍO EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO,
ICA - 2019.**

Ficha de recolección de datos

1.- Ficha N° _____

2.- Historia Clínica _____

VARIABLE: EMBARAZO A TÉRMINO TARDÍO

Dimensiones:

- a). Embarazo a término completo de 39 semanas, 0 días hasta 40 semanas, 6 días.
- b). Embarazo a término tardío mayor de 40 semanas, 6 días

Dimensiones:

- COMPLICACIONES MATERNAS

1. Atonía uterina

- a). SI
- b). NO

2. Retención placentaria

- a). SI
- b). NO

3. Traumatismo del canal del parto

- a). SI
- b). NO

- COMPLICACIONES FETALES

4. Distrés Fetal

- a). Hipoxia leve
- b). Hipoxia moderada
- c). hipoxia severa

5. Oligohidramnios

- a) Normal (8.1-18cm)
- b) Leve (<8cm)
- c) Moderada (<5cm)
- d) Severa (<3cm)

6. Macrosomía fetal

- a). Peso del RN menos de 4 kilos
- b). Peso del RN con 4 kilos a más

7. Trauma al nacer

- a) Sin trauma
- b) Caput Succedaneum
- c) Cefalohematoma
- d) Fractura de clavícula

FICHAS DE VALIDACIÓN DEL INFORME DE OPINIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES

1.1. Título de la Investigación : "COMPLICACIONES DEL EMBARAZO A TÉRMINO TARDÍO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ICA - 2019."

1.2. Nombre del instrumento : FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy Buena				
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. Claridad	Está formulado con lenguaje Apropiado															X						
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables																X					
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica													X								
4. Organización	Existe una organización Lógica															X						
5. Sufficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad															X						
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar los Instrumentos de Investigación																X					
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos															X						
8. Coherencia	Entre los índices e Indicadores															X						
9. Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																X					
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la Investigación																X					

PROMEDIO DE VALORACIÓN

77

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

1) Muy Deficiente 2) Deficiente 3) Regular 4) Buena 5) Muy buena

Nombres y Apellidos : ESTHER ELISA GARCIA CHAIÑA
DNI N° : 09596932 Teléfono : 954968800
Dirección domiciliaria : Calle Eduardo Bello 305- Santa Catalina
Título Profesional : OBSTETRA
Grado Académico : MAGISTER
Mención : MAGISTER EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD




Firma

Lugar y fecha: Lima 23 de Enero del 2021

FICHAS DE VALIDACIÓN DEL INFORME DE OPINIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES

1.1. Título de la Investigación : "COMPLICACIONES DEL EMBARAZO A TÉRMINO TARDÍO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ICA - 2019."

1.2. Nombre del instrumento : FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy Buena			
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. Claridad	Está formulado con lenguaje Apropiado																	X			
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables																	X			
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																	X			
4. Organización	Existe una organización Lógica																	X			
5. Sufficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																	X			
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar los Instrumentos de Investigación																	X			
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos																	X			
8. Coherencia	Entre los índices e Indicadores																	X			
9. Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																	X			
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la Investigación																	X			

PROMEDIO DE VALORACIÓN

85

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

1) Muy Deficiente 2) Deficiente 3) Regular 4) Buena 5) Muy buena

Nombres y : LIZ MIRIAM SUÁREZ REYNOSO

Apellidos

DNI N° : 20075491 Teléfono /Celular : 988456058

Dirección : PJ. SAN CARLOS N° 120 - HUANCAYO
domiciliaria

Título : OBSTETRIZ

Profesional

Grado : MAGISTER

Académico

Mención : GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD



Firma

Lugar y fecha: Huancayo, 26 de enero 2021

FICHAS DE VALIDACIÓN DEL INFORME DE OPINIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES

1.1. Título de la Investigación : "COMPLICACIONES DEL EMBARAZO A TÉRMINO TARDÍO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ICA - 2019."

1.2. Nombre del instrumento : FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy Buena				
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. Claridad	Está formulado con lenguaje Apropiado																	X				
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables																	X				
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																	X				
4. Organización	Existe una organización Lógica																	X				
5. Sufficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																	X				
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar los Instrumentos de Investigación																	X				
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos																	X				
8. Coherencia	Entre los índices e Indicadores																	X				
9. Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																	X				
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la Investigación																	X				

PROMEDIO DE VALORACIÓN

85

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

1) Muy Deficiente 2) Deficiente 3) Regular 4) Buena 5) Muy buena

Nombres y Apellidos : LINA YUBANA CARDENAS PINEDA
DNI N° : 20059866 Teléfono /Celular : 985696060
Dirección domiciliaria : Jr, Coronel Cabrera con Cinco de Agosto Lte. A1 - Huancavelica
Título Profesional : OBSTETRIZ
Grado Académico : DOCTOR
Mención : CIENCIAS DE LA SALUD



Firma

Lugar y fecha: Huancavelica, 28 de enero 2021



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

Huancayo, 23 de Enero del 2021

OFICIO N° 035 – 2021–EPO–UPHR

Sr.
DIRECTOR DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ICA - 2019"

Presente. -

ASUNTO: SOLICITO AUTORIZACION PARA REVISION DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LAS GESTANTES DE CON EMBARAZO A TÉRMINO TARDÍO, ATENDIDOS EN EL AÑO 2019.

De mi especial consideración.

Es grato dirigirme a usted, a fin de expresarle un cordial saludo a nombre de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Privada de Huancayo "Franklin Roosevelt". El motivo del presente es para solicitar a su despacho la autorización para revisión de las HISTORIAS CLÍNICAS DE LAS GESTANTES DE CON EMBARAZO A TÉRMINO TARDÍO, ATENDIDOS EN EL AÑO 2019, para el desarrollo del trabajo de investigación (Tesis) que lleva por título: "COMPLICACIONES ASOCIADAS AL EMBARAZO A TÉRMINO TARDÍO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ICA - 2019". de la Bachiller, que se detalla a continuación:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
01	CABRERA CORRALES, MARÍA FERNANDA MAGDALENA

Agradeciendo por anticipado la atención que le brinde al presente, reitero las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente;

DRA. MARÍA L. RICARDO CASTELLANOS
DIRECTORA DE LA E.P. DE OBSTETRICIA
DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO
"FRANKLIN ROOSEVELT"



Av. Ciudad N° 242 - Huancayo
Tel: 044 23804 / Celular: 94909608





	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	ID	Númérico	8	0	ID	Ninguno	Ninguno	4	Derecha	Escala	Entrada
2	Embarazo	Númérico	8	0	EMBARAZO A ...	{0, 39 sema...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
3	Atonia_uterina	Númérico	8	0	Atonia uterina - ...	{0, Si}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
4	Ret_plac	Númérico	8	0	Retención plac...	{0, Si}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
5	Traumatismo	Númérico	8	0	Traumatismo d...	{0, Si}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
6	Distres_fetal	Númérico	8	0	Distrés Fetal - ...	{1, Hipoxia ...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
7	Liq_Amniót	Númérico	8	0	Líquido amnióti...	{1, Normal}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
8	Macro_fetal	Númérico	8	0	Macrosomía fet...	{0, RN - Me...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
9	Trauma	Númérico	8	0	Trauma al nace...	{1, Sin trau...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
0											
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
0											
1											
2											
3											
4											
5											

de datos **Vista de variables**



Visible: 9 de 9 variables

	ID	Embarazo	Atonia_uterina	Ret_plac	Traumatismo	Distres_fetal	Liq_Amniót	Macro_fetal	Trauma	var	var	var
1	1	0	1	1	0	2	2	0	2			
2	2	1	1	1	1	1	2	1	1			
3	3	0	1	0	0	3	1	0	2			
4	4	1	1	1	1	1	2	0	1			
5	5	0	1	1	1	3	3	1	2			
6	6	1	1	1	1	1	2	0	1			
7	7	0	1	1	1	1	2	0	2			
8	8	1	0	1	0	3	2	1	2			
9	9	0	1	0	1	3	3	0	1			
10	10	1	1	1	1	1	2	1	2			
11	11	0	1	1	0	2	1	0	1			
12	12	1	1	1	1	1	2	0	2			
13	13	0	1	1	1	3	2	1	2			
14	14	1	1	0	0	1	3	0	1			
15	15	1	1	1	1	2	2	1	1			
16	16	1	1	1	1	1	2	0	1			
17	17	0	1	1	0	2	3	1	1			
18	18	1	1	0	1	3	2	0	2			
19	19	0	1	1	1	1	2	0	1			
20	20	1	1	1	0	2	1	1	1			
21	21	1	1	0	0	2	2	0	1			
22	22	1	0	1	1	1	2	0	1			
...			



Visible: 9 de 9 variables

	ID	Embarazo	Atonia_uterina	Ret_plac	Traumatismo	Distres_fetal	Liq_Amniót	Macro_fetal	Trauma	var	var	var
22	22	1	0	1	1	1	2	0	1			
23	23	1	1	1	0	2	3	1	2			
24	24	1	1	1	0	3	2	0	1			
25	25	1	1	0	1	1	2	0	2			
26	26	1	1	1	0	2	1	0	1			
27	27	0	1	1	1	1	2	1	3			
28	28	1	1	1	0	1	1	1	2			
29	29	1	1	1	0	1	2	0	1			
30	30	1	1	1	1	1	3	0	3			
31	31	1	1	1	0	3	2	1	2			
32	32	0	1	1	1	1	2	0	3			
33	33	1	1	1	1	2	1	0	1			
34	34	1	1	1	1	1	2	1	1			
35	35	1	1	1	0	1	2	1	2			
36	36	1	1	0	1	2	2	0	1			
37	37	1	1	1	1	1	2	0	1			
38	38	0	0	1	1	1	1	1	3			
39	39	1	1	1	0	2	2	1	2			
40	40	1	1	1	0	1	1	1	1			
41	41	0	1	1	1	1	2	0	1			
42	42	1	1	1	0	1	2	1	1			
43	43	1	1	0	1	1	1	1	1			

Vista de datos Vista de variables



Visible: 9 de 9 variables

	ID	Embarazo	Atonia_uterina	Ret_plac	Traumatismo	Distres_fetal	Liq_Amniót	Macro_fetal	Trauma	var	var	var
43	43	1	1	0	1	1	1	1	1			
44	44	1	1	1	1	1	2	1	2			
45	45	1	1	1	0	1	2	0	1			
46	46	0	1	1	1	1	3	1	1			
47	47	1	1	1	1	1	2	1	2			
48	48	1	1	1	0	2	3	1	1			
49	49	0	1	1	1	1	1	0	2			
50	50	1	1	1	1	3	2	1	1			
51	51	1	1	0	0	1	4	1	2			
52	52	1	1	1	0	2	1	0	1			
53	53	1	1	1	1	1	2	0	1			
54	54	0	0	1	0	2	2	0	2			
55	55	1	1	1	1	1	2	1	1			
56	56	1	1	1	1	1	2	1	3			
57	57	1	1	1	0	1	2	0	2			
58	58	0	1	0	1	1	3	0	1			
59	59	1	1	1	1	1	1	1	2			
60	60	1	1	1	0	2	3	1	1			
61	61	1	1	1	1	2	2	0	2			
62	62	1	1	1	1	1	1	0	1			
63	63	1	1	1	0	1	2	1	1			
64	64	1	1	0	1	1	2	1	2			
..			

Vista de datos Vista de variables



Visible: 9 de 9 variables

	ID	Embarazo	Atonia_uterina	Ret_plac	Traumatismo	Distres_fetal	Liq_Amniót	Macro_fetal	Trauma	var	var	var
64	64	1	1	0	1	1	2	1	2			
65	65	1	1	1	1	2	3	0	2			
66	66	1	1	1	0	1	1	0	1			
67	67	1	1	1	1	1	2	1	2			
68	68	1	1	1	0	1	2	0	2			
69	69	1	1	1	0	1	2	1	1			
70	70	1	1	1	1	3	1	1	2			
71	71	1	1	0	1	1	2	0	2			
72	72	0	1	1	0	2	3	1	1			
73	73	1	1	1	1	1	1	1	1			
74	74	1	1	1	1	1	2	0	1			
75	75	1	1	1	1	1	2	1	2			
76	76	1	0	1	0	2	2	0	2			
77	77	1	1	0	1	1	3	1	1			
78	78	0	1	1	1	1	1	0	2			
79	79	1	1	1	0	1	2	1	2			
80	80	1	1	1	1	1	1	1	2			
81	81	1	1	0	1	2	2	0	1			
82	82	1	1	1	0	1	2	0	2			
83												
84												
85												
..												

Vista de datos Vista de variables