

**UNIVERSIDAD NACIONAL
“SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**“CARACTERÍSTICAS Y COMPLICACIONES MATERNAS DEL
EMBARAZO MULTIPLE EN GESTANTES DEL HOSPITAL
VICTOR RAMOS GUARDIA HUARAZ 2020-2021”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

Bach. MINAYA DE LA O, Mayli Daniela

Asesora: Dra. RODRIGUEZ FIGUEROA Ada Eudocia

HUARAZ – PERÚ

2023



UNIVERSIDAD NACIONAL "SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD DE GRADOS Y TÍTULOS
Av. Agustín Gamarra 1227
HUARAZ – ANCASH – PERÚ

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Los miembros del jurado que suscriben, se reunieron en acto público para calificar la Tesis Titulada:

“Características y complicaciones maternas del embarazo múltiple en gestantes del Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2020 -2021”.

Presentada por la Bachiller en Obstetricia:

Mayli Daniela MINAYA DE LA O

Después de haber escuchado la sustentación y las respuestas a las preguntas formuladas, lo declaran aprobada con el calificativo de: *Dieciseis..... (16)* en consecuencia, la sustentante queda en condición de recibir el Título Profesional de **LICENCIADA EN OBSTETRICIA**; otorgado por el Consejo Universitario de la UNASAM en conformidad a las normas Estatutarias y la Ley Universitaria.

Huaraz, 24 de julio del 2023.


Dr. Rafael Marcos NORABLEN PENADILLO
PRESIDENTE


Dr. Augusto Félix OLAZA MAGUIÑA
SECRETARIO


Dr. Junior Duberli SÁNCHEZ BRONCANO
VOCAL

Anexo de la R.C.U N° 126 -2022 -UNASAM
ANEXO 1
INFORME DE SIMILITUD.

El que suscribe (asesor) del trabajo de investigación titulado:

Presentado por:

con DNI N°:

para optar el Título Profesional de:

Informo que el documento del trabajo anteriormente indicado ha sido sometido a revisión, mediante la plataforma de evaluación de similitud, conforme al Artículo 11 ° del presente reglamento y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de : de similitud.

Evaluación y acciones del reporte de similitud de los trabajos de los estudiantes/ tesis de pre grado (Art. 11, inc. 1).

Porcentaje		Evaluación y acciones	Marque con una x
Trabajos de estudiantes	Tesis de pregrado		
Del 1 al 30%	Del 1 al 25%	Esta dentro del rango aceptable de similitud y podrá pasar al siguiente paso según sea el caso.	
Del 31 al 50%	Del 26 al 50%	Se debe devolver al estudiante o egresado para las correcciones con las sugerencias que amerita y que se presente nuevamente el trabajo.	
Mayores a 51%	Mayores a 51%	El docente o asesor que es el responsable de la revisión del documento emite un informe y el autor recibe una observación en un primer momento y si persistiese el trabajo es invalidado.	

Por tanto, en mi condición de Asesor/ Jefe de Grados y Títulos de la EPG UNASAM/ Director o Editor responsable, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto la primera hoja del reporte del software anti-plagio.

Huaraz,

FIRMA

Apellidos y Nombres: _____

DNI N°: _____

Se adjunta:

1. Reporte completo Generado por la plataforma de evaluación de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

informe final 06.docx

AUTOR

Ada Rodríguez Figueroa

RECUENTO DE PALABRAS

14690 Words

RECUENTO DE CARACTERES

80733 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

87 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

141.6KB

FECHA DE ENTREGA

May 27, 2023 6:11 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

May 27, 2023 6:12 PM GMT-5**● 24% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 23% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 13% Base de datos de trabajos entregados
- 5% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

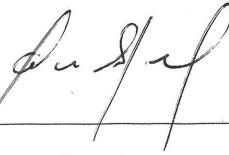
- Material bibliográfico
- Material citado
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 8 palabras)

MIEMBROS DEL JURADO



Dr. Rafael Marcos Norabuena Penadillo

PRESIDENTE



Dr. Augusto Félix Olaza Maguiña


SECRETARIO



Dr. Junior Duberli Sánchez Broncano

VOCAL

FIRMA DE LA ASESORA

A handwritten signature in cursive script, appearing to read 'ada Eudocia Rodríguez Figueroa', is written over a horizontal line.

Dra. Ada Eudocia Rodríguez Figueroa

ASESORA

DEDICATORIA

A dios por haber guiado mis pasos en todo este tiempo, dándome fuerzas para seguir cumpliendo mis metas y a mis padres quienes creyeron en mí siempre, dándome su apoyo incondicional y ejemplo de superación, humildad, enseñándome a valorar todo lo que tengo.

También a mis hermanos, por siempre aconsejarme y estar ahí cuando los necesito.

AGRADECIMIENTO

A mis profesores, por enseñarme todo lo que sé y más que eso, guiarme para ser una mejor persona y profesional. Mi especial agradecimiento a la obstetra Ada Rodríguez Figueroa quien me apoyo incondicionalmente hasta el último.

ÍNDICE

RESUMEN.....	v
ABSTRACT	vi
1. INTRODUCCIÓN	7
2. HIPÓTESIS.....	13
3. BASES TEÓRICAS.....	18
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	48
5. RESULTADOS.....	54
6. DISCUSIÓN	70
7. CONCLUSIONES.....	74
8. RECOMENDACIONES.....	76
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

RESUMEN

Se planteó el siguiente problema: ¿Cuáles son las características y complicaciones maternas del embarazo múltiple en gestantes del Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2020-2021? Objetivo general: Determinar la incidencia, características y complicaciones maternas más frecuentes del embarazo múltiple en gestantes del Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2020-2021. Hipótesis: No se planteó hipótesis por el tipo de estudio. Investigación retrospectiva, de corte transversal y descriptivo, con una muestra de 60 historias clínicas. Se usó como instrumento una ficha de recolección de datos, la información se procesó mediante el programa SPSS V25.0. Resultados: La incidencia del embarazo múltiple en los años 2020-2021 fue de 0,12%. En cuanto a las características sociodemográficas, la edad estuvo comprendida entre 24-30 años con un 55%, la mayoría de las gestantes eran de estado civil conviviente con 56,7% con grado de instrucción secundaria 48,3% y procedentes de la zona rural con 46,7% pertenecientes a la religión católica con un 65%. Respecto a las características obstétricas, la mayoría de las gestantes con embarazo múltiple eran multíparas con un 60%, y tuvieron de 4-6 controles prenatales con 43,3% en los antecedentes de embarazo múltiple el 98,3% no tuvo antecedentes, y la edad gestacional al momento del ingreso estuvo comprendida entre 34-36ss en un 45%, el tipo de embarazo que predominó fue el doble con un 100% y la vía de culminación del parto fue por cesárea en un 85%. Conclusión: Las complicaciones más frecuentes durante el embarazo fueron: La anemia y las infecciones del tracto urinario con 30,1%.

Palabras clave: Embarazo múltiple, características, complicaciones

ABSTRACT

The following problem was raised: ¿What are the maternal characteristics and complications of multiple pregnancy in pregnant women at Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2020-2021? General objective: To determine the incidence, characteristics and most frequent maternal complications of multiple pregnancy in pregnant women at the Víctor Ramos Guardia Huaraz Hospital 2020-2021. Hypothesis: No hypothesis was raised due to the type of study. Retrospective, cross-sectional and descriptive study, with a sample of 60 clinical histories. A data collection form was used as an instrument, the information was processed through the SPSS V25.0 program. Results: the incidence of multiple pregnancy in the years 2020-2021 was 0,12%. Regarding the sociodemographic characteristics, the age was between 24-30 years with 55%, the majority of the pregnant women were of cohabiting marital status with 56.7% with a secondary education degree 48.3% and from the rural area with 46.7% belonging to the Catholic religion with 65%. Regarding the obstetric characteristics, the majority of pregnant women with multiple pregnancies were multiparous with 60%, and had 4-6 prenatal check-ups with 43.3% in a history of multiple pregnancy, 98.3% had no history, and the gestational age at the time of admission was between 34-36 ss in 45%, the type of pregnancy that predominated was double with 100% and the route of completion of delivery was by cesarean section in 85%. Conclusion: the complications during pregnancy were: Anemia and urinary tract infections with 30.1%.

Keywords: Multiple pregnancy, characteristics, complications.

1. INTRODUCCION

Un embarazo múltiple se define como el embarazo simultaneo de 2 o más fetos en el útero ⁽¹⁾. La incidencia de las gestaciones múltiples en los países desarrollados ha aumentado drásticamente en las últimas décadas, de 1 en 100 a 1 en 70 nacidos vivos. Se estima que las tasas de embarazo gemelar han aumentado en un 40% y las tasas de embarazo múltiple de alto orden han aumentado entre 3 a 4 veces. La frecuencia clásicamente se describe para los embarazos dobles de 1 en 80 y para los embarazos triples 1 en 6.400. En los últimos 30 años la frecuencia de estos se ha incrementado en un 70% ⁽²⁾.

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia la prevalencia de la gestación gemelar fue aproximadamente de 1-2 %, pero en las últimas décadas ha aumentado de 3-4 % ⁽³⁾.

El incremento de las gestaciones múltiples se atribuye principalmente a la disponibilidad y uso de tecnologías de reproducción asistida, así como a la edad de las mujeres en el momento de la maternidad, ya que existe una relación directa entre la edad materna y la tasa de embarazos múltiples concebidos naturalmente ⁽³⁾.

Los embarazos múltiples representan el 3% de todos los nacimientos y a menudo se asocian con tasas más altas de complicaciones que los embarazos únicos, con riesgo de partos prematuros hasta de 17%, nacimientos antes de las 37 semanas y antes de las 32 semanas en un 23% ⁽³⁾.

En los países desarrollados como Reino Unido, la incidencia de los embarazos múltiples se ha incrementado en las dos últimas décadas, cerca de 10 por cada 1000 embarazos. En los Estados Unidos, entre los años 1980 al 2006 la tasa de

embarazos gemelares había escalado cerca del 10.1%, pero actualmente se ha estabilizado a 32 embarazos gemelares por cada 1000 nacimientos ⁽⁴⁾.

En Inglaterra y Gales, la incidencia de las gestaciones múltiples aumentó de 10 por 1000 en 1980 a 16 por 1000 en 2009, lo que sugiere el éxito de la tecnología de reproducción asistida y la fertilización in vitro con una ocurrencia de hasta un 24 % de embarazos múltiples lo cual es un factor significativo. En España, la incidencia de embarazos múltiples es de alrededor del 1-2% ⁽⁵⁾.

En países en desarrollo como Nigeria, las madres corren un alto riesgo, con una tasa de mortalidad de embarazo gemelar de 15 por cada 734 embarazos múltiples, un hecho que a menudo se pasa por alto y los indicadores de mortalidad aumentan día a día, pudiéndose tomar medidas preventivas, que van desde la educación del paciente sobre los signos de alarma, hasta el tratamiento mediante el manejo médico y quirúrgico oportuno. Con el aumento de la incidencia de embarazos gemelares, también se observó una mayor incidencia de complicaciones maternas y perinatales que los embarazos únicos ⁽⁴⁾.

Por otra parte, la incidencia del embarazo gemelar cambia según el lugar de estudio, desde una baja frecuencia en Japón (1,3 gestaciones gemelares por cada 1.000 nacimientos) hasta una alta frecuencia en África (casi 50 por cada 1.000 nacimientos). En la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida, en su informe presentado en el 2012, la incidencia de partos múltiples fue del 30,2% (27,8% mellizos y 2,4% trillizos) ⁽⁶⁾.

Los embarazos múltiples son considerados de alto riesgo tanto para la madre como para los fetos, ya que se asocian con un aumento en la incidencia de complicaciones como trastornos hipertensivos, parto prematuro, diabetes

mellitus gestacional, anemia, hemorragias preparto y postparto y muerte materna ⁽⁷⁾.

Por ende, las gestaciones múltiples tienen una mayor probabilidad de presentar complicaciones, hospitalizaciones prenatales y resultados desfavorables que los embarazos únicos.

Las complicaciones maternas más comunes de la gestación múltiple son anemia, síndrome hipertensivo, polihidramnios, hemorragia, ruptura prematura de membranas, trabajo de parto prematuro y la diabetes ⁽⁸⁾.

Por otro lado, el embarazo múltiple conlleva al incremento de la morbilidad materna y perinatal por las complicaciones que se presentan. Las muertes maternas ocurren 2,5 veces con más frecuencia que en el embarazo único. Así mismo hay aumento de la muerte fetal hasta 6 veces ⁽⁸⁾.

En Latinoamérica, la incidencia de las gestaciones múltiples se ha conservado. Países como Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Ecuador presentaron una incidencia alrededor de 0,91%. Mientras que, en Perú la frecuencia de las gestaciones múltiples fue de 1,1% en 314 078 recién nacidos, incrementándose a 2,7% cuando se relacionó a las enfermedades hipertensivas del embarazo ⁽⁹⁾. Según la última guía del Instituto Nacional Materno Perinatal reportó la frecuencia del embarazo múltiple a nivel nacional de 1 en 90 para los embarazos dobles y 1 en 8100 para los trillizos. Presentando complicaciones como preeclampsia, déficit de hierro, hiperémesis gravídica, diabetes e infección de las vías urinarias, aumentando la morbilidad materna de 3 a 7 veces más ⁽²⁴⁾.

En un estudio en el Perú, realizado por Chaparro Mercado - 2017, en los resultados, encontró que la incidencia del embarazo doble fue de 1.3%, y las patologías maternas con mayor frecuencia fueron, la preeclampsia en un 40%, amenaza de parto pretérmino en un 26%, RPM en 20%, hemorragias 10%, trastornos de líquido amniótico 8% y diabetes en un 4% ⁽¹⁰⁾.

En otro estudio Peruano, realizado por Ccala Molina – 2017, obtuvo los siguientes resultados; las complicaciones que se presentaron en el primer trimestre de embarazo fueron las infecciones urinarias y la anemia seguida del aborto y la hiperémesis gravídica. En el segundo trimestre de embarazo la anemia y la amenaza de parto prematuro constituyeron las complicaciones más frecuentes y durante el tercer trimestre fue la preeclampsia con un 22% seguida de la ruptura prematura de membrana con un 18,3% y por último la amenaza de aborto con 15,4% ⁽¹¹⁾.

En la región Ancash la complicación más frecuente del embarazo múltiple fue la anemia leve con un 54.4%, seguida de amenaza de parto prematuro con un 41.7% y estados hipertensivos 35.9%. En cuanto a la vía del parto un 87,4 % fueron intervenidas quirúrgicamente y el 12,6% termino en parto eutócico ⁽²²⁾.

A nivel local no se han desarrollado investigaciones respecto a las complicaciones más frecuentes del embarazo múltiple por ello la necesidad de realizar un estudio para obtener información y datos recientes de esta problemática

Por las consideraciones mencionadas anteriormente, se consideró la necesidad de realizar la presente tesis mediante la formulación del siguiente **problema:**
¿Cuáles son las características y complicaciones maternas del embarazo

múltiple en gestantes del Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2020-2021?, teniendo como **objetivo general** determinar la incidencia, características y complicaciones maternas más frecuentes del embarazo múltiple en gestantes del Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2020-2021. Los **objetivos específicos** fueron: Conocer la incidencia del embarazo múltiple en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2020-2021. Identificar las características sociodemográficas en gestantes con embarazo múltiple del Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2020-2021. Determinar las características obstétricas en gestantes con embarazo múltiple del Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2020-2021. Conocer las complicaciones maternas más frecuentes del embarazo múltiple en gestantes del Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2020-2021.

La presente investigación consta de seis partes. En la primera se da a conocer la hipótesis, variables y operacionalización de las mismas. En la segunda parte, se exponen los fundamentos teóricos y antecedentes del estudio en el contexto internacional y nacional. A continuación, en la tercera parte, se describen los materiales y métodos utilizados en el proceso de recojo, procesamiento y análisis de la información. En la cuarta y quinta parte se exponen y se discuten los resultados principales de la investigación, de acuerdo a los objetivos propuestos en el estudio. En la sexta parte se presentan las conclusiones del trabajo y las recomendaciones correspondientes. En el anexo se incluye el instrumento utilizado para la recolección de los datos correspondientes, así como la información relevante para la investigación.

Finalmente, es pertinente indicar que la justificación de la presente tesis se fundamenta en que los resultados de este estudio, se presentarán a las

autoridades del hospital Víctor Ramos Guardia, para que tengan conocimiento acerca de las complicaciones más frecuentes del embarazo múltiple, de este modo se tomarán acciones, medidas y estrategias necesarias para disminuirlas, a la vez que enriquece y orienta los conocimientos de los profesionales en Obstetricia.

2. HIPÓTESIS.

Por el tipo de estudio descriptivo realizado, no se planteó la hipótesis.

2.1 VARIABLE.

- **Univariable**

Características y complicaciones maternas del embarazo múltiple.

2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
CARACTERÍSTICAS Y COMPLICACIONES MATERNAS DEL EMBARAZO MÚLTIPLE.	Se entiende por característica una cualidad o rasgo distintivo que describe a una persona o a algo, sea un objeto, un conjunto de objetos, un lugar o una situación ⁽²⁹⁾ . Las complicaciones durante el embarazo son problemas de salud que pueden afectar la vida de la madre y de los fetos o de ambos ⁽²⁹⁾ .	CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS	Edad materna	<ul style="list-style-type: none"> • 10 – 19 años • 20 – 34 años • 35 a más. 	De razón.
			Grado de Instrucción.	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta. • Primaria. • Secundaria. • Superior 	Ordinal.
			Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Conviviente • Viuda 	Nominal
			Religión.	<ul style="list-style-type: none"> • Católica. • Evangélica. • Otra religión. • Ninguna. 	Nominal.
			Procedencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano. • Urbano Marginal. • Rural. 	Nominal.

		CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS.	Paridad	<ul style="list-style-type: none"> • Nulípara • Primípara • Multípara 	Ordinal.
			Control prenatal	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • 1-3 • 4-6 • + de 6 controles. 	Ordinal
			Antecedentes de embarazo múltiple.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
			Tipo de embarazo múltiple	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo doble • Embarazo triple 	Nominal

			Tipo de parto	<ul style="list-style-type: none"> • Parto vaginal • Cesárea. 	Nominal
			Edad gestacional al momento del ingreso	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 28s • Entre 28-32ss • Entre 32-34ss • Entre 34-36ss • Mayor o igual a 37ss 	De razón
		COMPLICACIONES MATERNAS MAS FRECUENTES.	Durante el embarazo <ul style="list-style-type: none"> • Anemia • ITU • Hiperémesis G. • Amenaza de aborto • EHE • RPM • DPP • Diabetes G • Parto prematuro 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal

			<p>Durante el parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desgarro perineal • Distocia de presentación • DCP <p>Durante el puerperio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atonía uterina • Retención de RP • Retención de placenta 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
--	--	--	---	--	---------

3. BASES TEÓRICAS.

3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

MOLINA, Saulo. (2015). Resultado perinatal de embarazos gemelares atendidos en dos instituciones de alta complejidad en Bogotá, Colombia.

Colombia. Artículo de investigación. Objetivo: Evaluar los resultados perinatales en embarazos gemelares teniendo en cuenta las características maternas, el resultado obstétrico, la morbilidad y mortalidad fetal y neonatal. Estudio descriptivo, de los resultados perinatales de embarazos gemelares en dos instituciones con presencia de grupo de medicina materno fetal, por medio de revisión de historias clínicas maternas y neonatales entre enero de 2009 y diciembre de 2012. Resultados: El promedio de edad materna fue $28,6 \pm 6$ años, se incluyeron 438 gestantes y 885 gemelos de un total de 490 gestaciones múltiples, con nacimiento a las $34 \pm 4,1$ semanas de edad gestacional. Se presentó morbilidad neonatal severa en 127 casos (14,3%), mortalidad neonatal temprana en 18 casos (2%), admisión a la unidad de cuidado intensivo neonatal en 282 casos (31,8%), la causa de ingreso más frecuente fueron las complicaciones respiratorias en 275 casos (31%). Conclusiones: Nuestros hallazgos sugieren que el embarazo múltiple en nuestro medio, está asociado a complicaciones maternas, fetales, y neonatales, similar a lo reportado en la literatura, siendo mayores en los embarazos monocoriales biamnióticos. Se enfatiza en los embarazos múltiples, el cuidado prenatal, durante el nacimiento y postnatal, con el fin de mejorar los resultados tanto maternos como perinatales ⁽¹³⁾.

BECERRA, Carlos. (2015). Desenlaces materno fetales de los embarazos gemelares atendidos en el Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga

(Colombia), 2007-2011. Estudio de cohorte. Colombia. Artículo de investigación. Objetivo: Describir las características clínicas y los desenlaces materno fetales, por tipo de placenta (monocorial o bicorial), de los embarazos gemelares. Estudio descriptivo de cohorte, se incluyeron las pacientes que terminaron un embarazo gemelar entre 2007 y 2011 en el HUS, hospital general de referencia de la región centro oriental del país. Muestreo consecutivo. Se evaluó la edad gestacional en la primera consulta al hospital, los hallazgos clínicos en la evaluación inicial, la terminación del parto y los resultados perinatales. Se hace análisis descriptivo por tipo de corionicidad. Resultados: La mediana de la edad gestacional en la primera atención en el hospital en fue de 34 semanas. Al ingreso, 127 (51,2%) pacientes se diagnosticaron con embarazo monocorial, pero solo en dos terceras partes coincidió el diagnóstico prenatal de corionicidad con el del posparto. Se diagnosticó RCIU con más frecuencia en embarazos monocoriales que en bicoriales (22,3 vs. 7,5%), y el doppler se encontró alterado con mayor frecuencia en fetos de embarazo monocorial (7,8 vs. 1,1%). Los neonatos > 24 semanas de edad gestacional de embarazo monocorial pesaron, en promedio, 109 g (IC 95%: 34-184) menos que los bicoriales. Conclusiones: Los resultados de este estudio sugieren un problema de salud pública en este grupo de pacientes, con inicio tardío de control prenatal, de remisión tardía a centros especializados y capacidad insuficiente para definir corionicidad. Se requiere plantear estrategias de atención que incluyan considerar los embarazos gemelares como alto riesgo y garantizar la atención oportuna y adecuada, orientada por una guía de cuidado diferencial para este grupo de gestantes ⁽¹⁴⁾.

ANGULO, Nelcy. (2015). **Gestación gemelar como factor asociado a complicaciones obstétricas maternas en el Hospital Belén de Trujillo en el periodo 2012-2014.** Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar si la gestación gemelar es factor asociado a complicaciones obstétricas maternas. Un estudio de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de cohortes. La población de estudio estuvo constituida por 180 gestantes según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con y sin gestación gemelar. Resultados: El análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores asociados fue: 1) Anemia gestacional (RR: 1.92; $p < 0.05$), 2) preeclampsia (RR: 2.7; $p < 0.05$), 3) hemorragia puerperal (OR: 3.6; $p < 0.05$), 4) parto pretérmino (RR: 2.72; $p < 0.01$). Conclusiones: La gestación gemelar es factor asociado a anemia gestacional, preeclampsia, hemorragia puerperal, parto pretérmino en el Hospital Belén de Trujillo ⁽¹⁵⁾.

SOSA, Polett. (2016). **El embarazo gemelar y sus repercusiones materno perinatales en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna del 2009 al 2014.** Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar las repercusiones materno perinatales del embarazo gemelar. Estudio descriptivo y retrospectivo. Resultados: La incidencia del embarazo múltiple fue de 0,42%. Promedio de edad materna: 20 a 34 años, principales morbilidades maternas: Anemia, infección del tracto urinario y amenaza de parto prematuro; peso fetal de 1500 a 2499 g (43,26 %), la edad por examen físico: < 37 semanas (52,87 %), peso por edad gestacional adecuado (77,59 %), el Apgar al minuto y cinco minutos: 7-10, los RN presentaron una o más patologías (52,87 %), morbilidad neonatal: dificultad respiratoria. Hubo muertes intrauterinas: (1) feto papiráceo, (2) óbito fetal, (3) malformaciones

congénitas. Conclusiones: El embarazo gemelar tiende a complicaciones materno perinatales. Se enfatiza Control Prenatal precoz y especializado ⁽¹⁶⁾.

SANCHEZ, Jhojan. (2016). **Características y complicaciones del embarazo múltiple en gestantes atendidas en el Hospital Regional del cusco 2013 al 2015**. Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar las características y complicaciones del embarazo múltiple. Un estudio es de tipo retrospectivo porque se ha de conocer sobre los hechos reales dados en el pasado y se basa en la información anteriormente realizada. Es de alcance descriptivo, porque se presenta las variables tal y como se encuentran en la realidad. Resultados: El lugar de procedencia con más frecuencia, fueron las pacientes que provenían de la zona rural aproximadamente 60.6% y las pacientes provenientes de la zona urbana fueron 39.4%. La edad con más frecuencia fueron las pacientes gestantes adultas con edad comprendida entre 19-35 años con 65.4%, luego las pacientes gestantes adultas mayores con edad mayor o igual a 36 años con 27.9% y por ultimo las pacientes gestantes adolescentes con edad menor o igual a 18 años con 6.7% cabe resaltar que este grupo por la edad es un factor de riesgo importante. En cuanto a la paridad se encontró que el 50% de las pacientes eran multigestas, pues era su tercera a más gestación, el 30.8% era su segunda gestación mientras que 19.2% era su primera gestación. Las complicaciones más frecuentes que hubo durante el primer trimestre de gestación fue la Infección de Tracto Urinario con 24 casos (23.1%), anemia con 24 casos (23.1%), hiperémesis con 8 casos (7.7%), amenaza de aborto con 8 casos (7.7%) y por último hubo 40 casos (38.5%) en la cual las gestantes no tuvieron ninguna complicación. En cuanto a las complicaciones del segundo trimestre se halló lo siguiente: 17 casos (16.3%) de ITU, 5 casos (4.8%)

de anemia, 5 casos (4.8%) de amenaza de parto pre termino, también hubo 1 caso (1.0%) de preeclampsia y por último 76 casos (73.1%) que no presentaron ninguna complicación. Las complicaciones del tercer trimestre con más frecuencia fueron: La preeclampsia con 23 casos (22.1%), ruptura prematura de membranas con 19 casos (18.3%), infección de tracto urinario con 17 casos (16.3%), amenaza de parto pre termino con 16 casos (15.4%), síndrome de HELLP, bajo recuento de plaquetas, con 5 casos (4.8%), anemia con 4 casos (3.8%), polihidramnios con 2 casos (1.9%), diabetes gestacional con 1 caso (1.0%) y por último hubo 17 casos (16.3%) que no presentaron ninguna complicación. Conclusiones: Las complicaciones más frecuentes fueron, anemia, infección de tracto urinario y preeclampsia, aunque también existen demás complicaciones, pero en menor porcentaje. El parto prematuro en el embarazo múltiple continúa siendo la principal complicación perinatal, en comparación al embarazo único ⁽¹⁷⁾.

ORUE, Mayra, (2017). **Embarazo gemelar doble: Incidencia, morbilidad Y resultados perinatales Hospital Bertha Calderón Roque abril 2014 – Enero 2017**. Nicaragua. Tesis de postgrado. Objetivo: Determinar la incidencia, morbilidad y resultados perinatales del embarazo gemelar doble. Un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal. Constituida por 255 pacientes ingresadas en periodo de estudio con diagnóstico de embarazo gemelar doble. La obtención de los datos fue a través de los expedientes clínicos; los datos procesados en SPSS. Resultados: La mayor incidencia de embarazo gemelar doble se presentó en edades de 20 a 24 años que tenían antecedentes de 3 a 4 embarazos previos, y el 43% de las pacientes habían alcanzado nivel académico secundaria; la complicación materna más frecuente encontrada es el síndrome hipertensivo

gestacional alcanzando hasta un 25%, seguido de la hipertensión arterial crónica con un 21%, el embarazo bicorial biamniótico es el de mayor incidencia; también se evidenció que el diagnóstico del embarazo gemelar se está haciendo entre las 22 a 28 semanas de gestación y la complicación fetal más frecuente fue la restricción selectiva del crecimiento con 9%, seguido de la transfusión feto-feto con un 7%; la edad gestacional en la que se dio el mayor número de nacimientos entre 28 y 34, la sobrevivencia de los recién nacidos, que fue del 80%. El Apgar al minuto de vida en el 76% de los recién nacidos fue mayor de 7 puntos y el peso al nacimiento de mayor incidencia fue de 2000 a 2,500 gr. Conclusiones: La complicación más frecuente encontrada fue el síndrome hipertensivo gestacional, seguido de la hipertensión arterial crónica y la diabetes. La edad más frecuente fue de 20 a 24 años fue la que tuvo mayor prevalencia, las pacientes en estudio habían alcanzado un nivel académico de secundaria. La incidencia del embarazo gemelar fue mayor en pacientes con antecedentes de 3 a 4 embarazos previos ⁽¹⁸⁾.

AMOROSO, Pedro. (2018). Características materno-fetales de los embarazos múltiples de mujeres atendidas en el área de Gineco -Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo enero 2006- diciembre 2016. Ecuador. Tesis de postgrado. Objetivo: Determinar las características materno-fetales relacionadas a los embarazos múltiples. Un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo con un universo constituido por todas las historias clínicas de pacientes con embarazos múltiples y cuyos partos o cesáreas fueron atendidas en Hospital Vicente Corral Moscoso. La información se recolectó en un cuestionario para el efecto y se analizó con SPSS 22. Resultados: Se analizaron 71 gestantes con embarazos múltiples, con un total de 143 recién nacidos Las características

maternas fueron pacientes con media de edad de 27 \pm 6 años, multíparas un 63,4%, se realizó cesárea en el 77,5%, predominó la presentación cefálica 40,8%, y la complicación materna predominante fue el parto prematuro (45,1%). Los recién nacidos presentaron como principales complicaciones bajo peso al nacer con un peso promedio de 2205 \pm 550 gramos y prematuridad con una edad gestacional media de 35,5 \pm 3,3 semanas, 46 ingresaron a neonatología, más del 80 presentaron puntajes 7-10 en la escala de APGAR. En los embarazos gemelares se observó mayores porcentajes de asfixia severa y de pesos menores de 1500 gramos en el segundo gemelo. Conclusiones: Debido al aumento de morbilidad materna y neonatal que implica el embarazo múltiple es necesario realizar controles prenatales para diagnosticar e instaurar tanto medidas preventivas y tratamientos de futuras complicaciones ⁽¹⁹⁾.

PARRALES, Richard. (2018). **Complicaciones materno-perinatales en embarazos gemelares atendidos en el Hospital “Matilde Hidalgo de Procel” durante el año 2017**. Ecuador. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar las complicaciones materno-perinatales en embarazo gemelares. Un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, donde se utilizó el número de pacientes atendidas con el diagnóstico embarazo gemelar confirmada por 107 pacientes que cursaron una gestación gemelar con riesgo materno o fetal, datos obtenidos a partir de las historias clínicas. La recolección de datos se hizo a partir de una ficha elaborada con preguntas específicas que nos permitió obtener la información necesaria para cumplir con los objetivos de la presente investigación. Resultados: Entre las principales complicaciones maternas estuvo el parto prematuro con un 63,55%, seguido de anemia con un 59,81% y hemorragia postparto con un 39,35%

de los casos; y entre las principales complicaciones perinatales estuvo el bajo peso al nacer con un 61,68%, síndrome de membrana hialina 46,15% y restricción de crecimiento intrauterina con un 21,50% de los casos. Conclusiones: La principal complicación materna u obstétrica fue el parto prematuro, seguido de anemia, hemorragia postparto por atonía uterina, trastornos hipertensivos, oligoamnios, placenta previa y diabetes gestacional ⁽²⁰⁾.

CASTRO, Nicol. (2018). **Complicaciones maternas más frecuentes en embarazo gemelar. Hospital La Caleta Chimbote 2013-2017**. Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar las complicaciones maternas más frecuentes en embarazo gemelar. Un estudio básico, descriptivo, retrospectivo, porque tiene como finalidad la obtención y recopilación de información para ir construyendo una base de conocimiento que se va agregando a la información previa existente. Es descriptiva, porque describen los datos y características de la población en estudio la descripción de datos es real, precisa y sistemática. Es retrospectiva, porque se revisa o estudia acciones pasadas, con el objetivo de llegar a conclusiones veraces y entender el porqué de algunas situaciones. El instrumento para la recolección de datos es una ficha que facilitó la obtención de la información y para medir la validez de contenido del instrumento se sometió a la valoración del juicio de expertos. Resultados: En relación a la frecuencia de complicaciones maternas en embarazo gemelar podemos observar que un 54.4% presentaron un cuadro de anemia leve. Es de mayor incidencia la amenaza de parto pretérmino con un promedio de 41.7%, seguido de los estados hipertensivos (35.9%), infección urinaria (25.2%) y un 24.3% presentaron ruptura prematura de membranas correspondiendo el mínimo porcentaje a la hiperémesis gravídica y

edema por retención hídrica (1,9%) respectivamente, siendo así que un 8.7% tuvieron hemorragia post parta. Cabe destacar que algunas gestantes presentaron más de una complicación como preeclampsia en 10 pacientes y atonía uterina en 5 pacientes. También se observa que un 33% de gestantes con embarazo gemelar se encuentran en el grupo etario de 21-26 años, mientras que un 3.9% en el grupo de 39-44 años. En cuanto al grado de instrucción, un 61.2 % tienen secundaria, en tanto que un 1.9% no tienen ningún grado de instrucción. El estado civil predominante es el de conviviente (72.8%) mientras que un 10.7% son madres solteras. En relación a la ocupación vemos que el mayor porcentaje corresponde al grupo de amas de casa (88.2%) y tan solo el 2 % son empleadas. Más de las tres cuartas partes de las gestantes con embarazo gemelar profesan la religión católica y un 2% Testigo de Jehová. Y en relación a las características obstétricas observamos un 28.2% tuvieron antecedentes familiares de embarazo gemelar. En cuanto a la paridad, un 29.1% fueron multíparas, y tan solo un 2.9% fueron gran multíparas. Respecto a los controles prenatales encontramos que un 46.6% de las gestantes tuvieron de cuatro a seis controles y un 22.3% no fueron controladas. Conclusiones: La complicación más frecuente encontrada en el grupo materno fue anemia leve, amenaza de parto pretérmino, estados hipertensivos y ruptura prematura de membranas, correspondiendo un mínimo porcentaje a la hiperémesis gravídica y edema por retención hídrica ⁽²¹⁾.

SOSA, Mellany. (2020). **Morbilidad en embarazo múltiple y de feto único en el Hospital Regional de Lambayeque. 2018-2019.** Perú. Tesis de pregrado. Objetivo: Describir e identificar las frecuencias de comorbilidades de las gestantes con embarazo múltiple. Estudio retrospectivo, transversal, analítico comparativo

(cohorte histórica), observacional, básico. Diseño no experimental. Se obtuvo los registros de 172 pacientes gestantes: 86 con feto múltiple (cohorte expuesta mediante registro censal) que fue comparado con 86 gestantes con feto único tomados al azar. Resultados: La edad promedio de las gestantes con embarazo múltiple (cohorte expuesta) fue de $28,07 \pm 6,56$ y mientras que, para las gestantes con un único feto fue de $27,07 \pm 5,10$. El grado de instrucción que más predominó fue de secundaria completa y secundaria incompleta en ambas cohortes con 34,88 y 40,70 %. El antecedente de una gestación gemelar o múltiple previa en la paciente no reportó asociación estadísticamente significativa. Conclusiones: Las principales comorbilidades identificadas fueron: anemia materna preeclampsia, diabetes gestacional, ruptura prematura de membranas, parto pretérmino, amenaza de parto pretérmino, hemorragia post parto ⁽²²⁾.

FLORES, Pedro. (2021). **Prevalencia de complicaciones obstétricas durante los embarazos múltiples, atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga (IESS) Cuenca, Ecuador. Junio del 2014 a junio del 2019.** Ecuador. Tesis de postgrado. Objetivo: Conocer la prevalencia de las complicaciones obstétricas y metabólicas que se presentaron en las pacientes con embarazos múltiples en nuestra ciudad de Cuenca-Ecuador. Estudio descriptivo, retrospectivo, analítico, basándonos en las historias clínicas del sistema AS400 de pacientes con diagnóstico de embarazo múltiple que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Resultados: El parto pretérmino, fue el más común en el 64,5%, preeclampsia en 19%; la infección del tracto urinario se presentó en 54,5% y finalmente la anemia en el 36,4%; representando las principales complicaciones. Se analizaron las variables sociodemográficas obteniéndose que predominaron las

mujeres entre 25 y 34 años de edad (62,5%), casadas (54,7%), con instrucción superior (48,4%), empleadas del sector privado (65,6%) y con embarazo en promedio de edad gestacional entre 34 a 36,6 semanas (56,3%). Además, se analizó el tipo de fertilización ya sea asistida (13%) o espontánea (87%) y el tipo de técnica que se utilizó, de alta o baja complejidad, ya que se ha reportado una mayor incidencia del embarazo múltiple por dichas prácticas. Finalmente, se analizó la presencia de hemorragia postparto y su resolución mostrando una frecuencia de 3,17%. En relación a las variables socio demográficas el 62,4% tenían entre 25 y 34 años de edad, casadas en el 54,7%, instrucción superior en el 48,4%, empleadas del sector privado en el 65,6% y terminando su embarazo en una edad gestacional de 34 a 36,6 semanas en un 56,3%. Conclusiones: Las principales complicaciones obstétricas fueron el parto pretérmino y la preeclampsia y como complicaciones metabólicas las más frecuentes fueron infecciones del tracto urinario y anemia. Podríamos concluir que dichos fenómenos ocurren por la fisiopatología del embarazo múltiple, que va desde una sobre distensión uterina hasta un aumento en la demanda metabólica ⁽²³⁾.

3.2 MARCO TEÓRICO.

A. EMBARAZO MÚLTIPLE

a. Definición

Después de la concepción ya sea de manera natural o inducida, el embarazo consta de dos o más embriones o fetos independientemente del número final de fetos ⁽²⁴⁾.

b. Aspectos epidemiológicos

Según el Instituto Materno Perinatal, la incidencia del grupo pertenecientes a los mellizos es del 1,5%, mientras que la incidencia de trillizos es solo del 0,013%.

No hay estadísticas nacionales oficiales sobre la incidencia de gestación múltiple; sin embargo, el uso cada vez más frecuente de la reproducción asistida fundamenta una mayor frecuencia ante parto. La prevalencia espontánea es más elevada en la raza negra (4 %) que en la blanca (1-2 %) y la asiática (0,6 %) ⁽²⁴⁾.

c. Clasificación.

Según el tipo de fecundación se clasifican en: ⁽²⁴⁾

1. Monocigóticos o idénticos, derivado de un solo óvulo y un solo espermatozoide (25-30%). Son genéticamente idénticos, y ambos tendrán el mismo sexo. Dependiendo de cuándo ocurrió la división, los gemelos pueden tener placentas y sacos gestacionales separados, o pueden compartir una placenta, pero tener sacos gestacionales separados. Cuando se da la división en estado de dos blastómeros (2º día), la división será total. Por el contrario, si la partición ocurre una vez formado el amnios (14 días), los fetos compartirán el amnios, y también, el corion inclusive puede fusionarse (siameses) por división incompleta de la región axial del disco germinativo doble siendo los más

habituales: tóraco-onfalópagos, toracópagos y onfalópagos. Según la separación pueden ser:

- Bicoriales-Biamnióticos (20-25%).

Si durante la fase de mórula se da la división total de los cigotos el embarazo será bicorial – biamniótica. (1ro al 3er día).

- Monocoriales-Biamnióticos (70-75%).

Durante la fase de blastocisto, se diferencia el trofoblasto, pero no el disco embrionario por ello la división resulta en un embarazo Monocorial – biamniótica. (4to a 8vo día)

- Monocoriales-Monoamnióticos (1.2%).

Hay una diferenciación de la cavidad amniótica y el disco embrionario en el 9no al 12avo día, si se produce la división el embarazo será monocorial – monoamniótica.

- Siameses (menor de 1%).

2. Dicigóticos o fraternos, se produce por la fecundación de dos óvulos y dos espermatozoides (70-75%). Genéticamente no son iguales y también pueden ser del mismo o de diferente sexo ⁽²⁴⁾.

d. Cuadro clínico.

Entre los parámetros clínicos que nos hacen sospechar la presencia de más de un feto, son los siguientes.

- Los antecedentes familiares de la madre.
- Utilización de técnicas de reproducción asistida o inductores de ovulación.
- Tamaño de útero grande con respecto a la edad gestacional.
- Hay más de un latido cardiaco fetal.

- Palpación de más de un polo cefálico y múltiples partes fetales.

e. Factores de riesgos asociados

1. Raza. La tasa general de gemelos para todas las razas en los embarazos gemelares es aproximadamente de 33 por cada 1,000 nacidos vivos. Las mujeres blancas y afroamericanas no hispanas tienen tasas parecidas, mientras que en las mujeres hispanas tiene tasas de gemelos más bajas ⁽²⁵⁾.
2. Herencia. La historia familiar de la madre es más relevante que la del padre. Las mujeres gemelas dan a luz a gemelos en una frecuencia de 1 por cada 60 nacimientos. Por otro lado, 1 de cada 125 gemelos nace de gemelos varones ⁽²⁵⁾.
3. Edad de la madre e historial previo de embarazos. La edad de la madre y el número de hijos que tuvo anteriormente están relacionados con el incremento en la frecuencia de embarazos múltiples. Las mujeres con edades comprendidas entre 35 y 40 años y con cuatro embarazos previos o más tienen tres veces más probabilidades de tener gemelos que las mujeres menores de 20 años y que no tienen hijos ⁽²⁵⁾.
4. Altura y peso maternal. Los gemelos son más frecuentes en mujeres altas y grandes en relación a las mujeres pequeñas. También puede estar ligado a la nutrición de la madre y no solamente con el tamaño del cuerpo ⁽²⁵⁾.
5. Medicamentos para la fertilidad y tecnología de reproducción asistida. Las gestaciones múltiples son más frecuentes en aquellas mujeres que usan medicamentos como inductores de la ovulación, tratamientos de infertilidad. Alrededor del 5 al 12% de las mujeres que conciben exitosamente con citrato de clomifeno tienen mellizos y menos de 1% tienen trillizos o más bebés. El

uso de medicamentos para inducir la superovulación da como resultado el incremento de los embarazos múltiples ⁽²⁵⁾.

6. Los procedimientos de técnicas de reproducción asistida (TRA) como la fertilización in vitro (FIV) contribuyen al incremento de la tasa de nacimientos múltiples. El riesgo de embarazo múltiple aumenta con número de embriones transferidos ⁽²⁵⁾.

f. Diagnóstico de Embarazo Gemelar.

El diagnóstico de una gestación gemelar mejora con el uso habitual de la ecografía. En el primer o segundo trimestre (< 16 semanas) la ecografía establecerá la corionicidad en 100% de los casos. Entre las 11 y 14 semanas de gestación es el momento oportuno para la evaluación de la corionicidad de un embarazo múltiple. Los gemelos idénticos tienen más riesgo de complicaciones que los gemelos fraternos, y es la corionicidad más que la cigocidad lo que establece el resultado perinatal, por lo que es comprensible que la corionicidad debe establecerse cuidadosamente en el momento del diagnóstico.

A las 11 y 14 semanas de gestación al realizarse la ecografía se debe evaluar la vitalidad fetal, así como también descartar la presencia de alguna malformación congénita. Durante la gestación gemelar es de suma importancia conocer la corionicidad ya que es la única medida que mejora el diagnóstico y pronóstico de los gemelos monocoriales ⁽²⁶⁾.

1. Examen físico ⁽²⁷⁾.

Los signos clínicos, que sugieren la posibilidad de gestación múltiple son:

- Incremento del peso materno más de lo normal.

- Altura uterina mayor a lo esperado.
- Auscultación de varios focos de latido fetal.
- Palpación de varias partes fetales.

2. Diagnostico por imágenes ⁽²⁷⁾.

Ecografía: La ecografía es la forma más segura para diagnosticar la gestación múltiple y para establecer el pronóstico de la madre y del producto, es muy importante conocer la corionicidad mediante la ecografía. La corionicidad puede determinarse antes de las 10 semanas de gestación, pero de acuerdo a otros estudios sugieren que debe determinarse a las 14 semanas de gestación. La ecografía ayuda a determinar los siguientes aspectos:

- Cifra de sacos gestacionales.
- Cifra de sacos amnióticos.
- Cifra de sacos vitelinos que se observan.
- Aspecto de la cavidad coriónica.

La ecografía después de las 10 semanas de gestación puede ser beneficiosos para determinar la corionicidad y la amniocidad, así como la discordia en el sexo, numero de placentas y el signo de lambda ⁽²⁷⁾.

g. Manejo.

1. Manejo del parto ^(24,27).

La EG para el parto en un monocorionico son las 36 a 37 semanas, para el bicorionico de 37 a 38 semanas y para el monocoriónico monoamniótico no complicado, la edad gestacional para el parto es de 32 a 34 semanas. La vía vaginal depende de cada caso particular.

Indicaciones para cesárea:

- Fetos podálicos
 - Cesárea anterior
 - Mas de tres fetos
2. Postparto inmediato ^(24,27).

Administración de oxitocina para contraer el útero y evitar la hemorragia, revisión de cavidad en caso de maniobras, uso de antibioticoterapia, revisión macroscópica de la placenta para certificar placentación y lactancia precoz supervisada. Así también brindarle orientación y consejería sobre los signos de alarma del puerperio.

3. Criterios de alta ^(24,27).
- Tercer día de puérpera.
 - Ausencia de fiebre en las primeras 48 horas.
 - Involución uterina con presencia de loquios sin mal olor.
 - Episiorrafia afrontada.
 - Buen estado de herida operatoria.
 - Hb > de 8 g %.

h. Prevención de gestaciones múltiples

1. Vigilancia durante el tratamiento con medicamentos inductoras de la ovulación.
2. Disminuir el número de embriones a transferir. Para así evitar un embarazo múltiple que trae muchas complicaciones para la madre y los fetos ⁽²⁸⁾.

i. Características sociodemográficas

Es una agrupación de características biológicas, socioeconómicas y culturales presentes en una población objeto de estudio, incluidas aquellas que pueden medirse. Incluye lo siguiente ⁽²⁹⁾.

1. Edad: Se refiere al tiempo que ha pasado una persona desde su nacimiento hasta el presente, en unidades de días, meses o años.
2. Procedencia u origen: Es el lugar, en donde nace y vive una persona con sus costumbres y tradiciones propios de su zona.
 - Urbano: Las áreas urbanas se conocen como áreas geográficas densamente pobladas y son características de las grandes ciudades, junto con el comercio y la tecnología el turismo y a menudo la desigualdad social.
 - Urbano – marginal: Se conoce como zona urbana marginal a la proporción geográfica ubicada en la periferia de la ciudad, donde viven personas en extrema pobreza, algunas viven allí desde que nacieron, pero muchas de ellas emigraron por falta de empleo y oportunidades de desarrollo.
 - Rural: Todas las áreas geográficas ubicadas en las afueras de las ciudades se denominan áreas rurales.
3. Estado civil: Las circunstancias especiales de la relación personal de una persona con el sexo opuesto. Desde el momento en que se da el matrimonio. Existen diferentes tipos de estado civil los cuales varían de acuerdo al tipo de relación que una persona mantiene con otras. Los mas comunes que hemos encontrado son:
 - Soltero (a): Los que no están legalmente comprometidos con otros.
 - Casado (a): Una persona que ha contraído nupcias.

- Conviviente: Se refiere a las personas que han vivido juntas por más de 2 años.
 - Viudo (viuda): Persona sin pareja que es producto de la muerte de un cónyuge.
4. Grado de instrucción: Es el nivel de aprendizaje sistemático, último grado que la persona ha logrado durante sus estudios. Se clasifica en:
- Primaria
 - Secundaria
 - Superior
5. Religión: Es una agrupación de costumbres y creencias importantes en la divinidad con facultad de regir la vida de los individuos que la siguen.
- Católica
 - Evangélica
 - Otras religiones.

j. Características obstétricas ⁽²⁹⁾

1. Paridad: Número de partos vaginal o cesárea.
- Nulípara: Mujer que no tuvo ningún parto.
 - Primípara: Mujer que tuvo un parto.
 - Multípara: Mujer que tuvo 2 o mas partos.
2. Atención Prenatal: Son evaluaciones que se le realiza a la gestante con el fin de identificar algún factor de riesgo que ponga peligro tanto a la madre y al producto de la concepción, realizado por el profesional de la salud.
- Atención prenatal óptimo: Para que la atención sea optima la gestante debe cumplir con sus controles. Hasta las 32 semanas debe acudir de manera

mensual, durante las 32 – 36 semanas debe acudir de manera quincenal y desde las 37 semanas de manera semanal.

- Control prenatal no óptimo: Cuando la gestante no acude a sus controles y por ende presenta menos atenciones considerándose no optimo.
3. Edad gestacional: Para considerar la edad gestacional va desde la fecha de ultima menstruación hasta el día en que acude al profesional de salud.
 4. Antecedente de la gestación gemelar: Es el recojo de la información más importante acerca de algún antecedente de los familiares sobre un embarazo gemelar.
 5. Tipo de embarazo múltiple: Si fue un embarazo doble o embarazo triple.
 6. Tipo de parto: Conocer la vía de culminación del parto. Por cesárea o parto vaginal.
 - Parto vaginal: Es cuando el bebé sale a través de la vagina. Sin ayuda, maniobras o instrumental médico.
 - Parto por cesárea: Se da paso al parto por cesárea cuando se presenta alguna complicación que pone en riesgo la vida de la madre y de los fetos.

B. COMPLICACIONES MATERNAS DEL EMBARAZO GEMELAR

a. Definición

Las complicaciones durante el transcurso de la gestación son problemas de salud que pueden poner en riesgo la vida de la madre y de los productos de la concepción o de ambos. Las complicaciones para la madre son significativamente más habituales en gestaciones múltiples que en gestaciones únicas y el aumento es mucho mayor en mujeres que reciben tratamientos para lograr el embarazo como la fecundación in vitro.

b. Las complicaciones maternas más frecuentes son:

1. Durante el embarazo

- **Anemia.**

La anemia es producida déficit hierro y que puede traer complicaciones durante el proceso de gestación, considerándose anemia con un nivel de hemoglobina menor de 11g/dl, lo que puede generar diversas secuelas severas en la salud de la gestante y el recién nato. Según la Organización Mundial de Salud (OMS), considera la anemia cuando la hemoglobina es <11 g/dl. La categorización de la anemia se basa en: anemia severa menos de 7.0 g/L, anemia moderada 7.0 a 9.9 g/L y, anemia leve 10.0 a 10.9 g/L⁽³⁰⁾.

En las gestaciones múltiples, los requerimientos de hierro son más altos tanto para la embarazada y los productos de concepción, en relación a un embarazo único. La anemia en gestaciones múltiples es mayor que en las gestaciones únicas con una incidencia de 30-40%, por lo que es aconsejable el consumo adecuado de hierro y ácido fólico. “Además, la pérdida sanguínea en el parto gemelar es superior y por tanto es necesario estar preparado para esta situación, debido a las

grandes repercusiones que tiene dicha complicación, tanto maternas como fetales, es necesario diagnosticar correctamente este tipo de anemia, excluyendo la anemia fisiológica sin repercusión clínica, sobre todo en pacientes de mayor riesgo como las pacientes con gestaciones gemelares” (31).

- **Hiperémesis gravídica.**

Presencia de náuseas y vómitos durante la gestación, donde los vómitos permanecen en todo el día y también dándose la intolerancia al consumo de alimentos. Todo esto lleva a la pérdida de peso, deshidratación y un desequilibrio electrolítico (32).

- **Amenaza de aborto**

Se define como la presencia de sangrado antes de las 20 semanas de gestación, con o sin presencia de dinámica uterina, sin apertura del orificio cervical y sin pérdida de los fetos. Poniendo en riesgo la gestación que aún no es viable (33).

Los síntomas de una amenaza de aborto son:

- Ausencia de menstruación
- Aumento de la HCG en una prueba de embarazo.
- Presencia de latido cardíaco fetal
- Contracciones uterinas más o menos dolorosas.
- hemorragia en la primera mitad del embarazo.

- **Infección del tracto urinario.**

Las infecciones de las vías urinarias, son causadas por bacterias y son más habituales durante la gestación con una incidencia de 5-10%, debido a los cambios fisiológicos del embarazo que predispone a estas infecciones. Y se clasifica en:

bacteriuria asintomática, cistitis y pielonefritis. Las infecciones de las vías urinarias están asociadas a complicaciones como parto prematuro ⁽³⁴⁾.

- **Enfermedades hipertensivas del embarazo.**

Consiste en el aumento de la presión arterial a valores de 140/90 mmHg tomadas al menos en dos ocasiones cada 4 horas, a partir de las 20 semanas de embarazo que puede estar acompañado de proteinuria y edemas. Las enfermedades hipertensivas del embarazo se clasifican en: ⁽³⁵⁾

- Hipertensión crónica: Consiste en el aumento de la presión arterial antes de las 20ss de gestación.
- Hipertensión gestacional: Consiste en el aumento de la presión arterial pasado las 20ss de gestación.
- Hipertensión prenatal inclasificable: Cuando se capta por primera vez a la gestante después de las 20ss de embarazo.
- La preeclampsia sobreañadida: Consiste en la hipertensión crónica más la presencia de proteinuria.
- Preeclampsia: Se da a partir de las 20 semanas de gestación y presenta los siguientes criterios: Presencia de proteína en orina con valores de 0,3 g/24 horas, incremento de la creatinina >1,1 mg/dl, enzimas hepáticas elevadas, dolor hipocondrio derecho, epigastralgia, trastornos visuales, cefalea.
- Eclampsia: Preeclampsia más convulsiones tónico-clónicas. La eclampsia puede o no presentar: cefalea frontal, visión borrosa, tinnitus, fotofobia y alteración neurológicas.

- **Desprendimiento Prematuro de Placenta.**

Consiste en la separación total o parcial de la placenta, antes de iniciar el parto con una incidencia de 0,4-1%. Se asocia a una alta mortalidad tanto materno como fetal. Los factores de riesgo del desprendimiento prematuro de placenta normo inserta son: Las enfermedades hipertensivas del embarazo, antecedentes de DPPN, multíparas, cesáreas anteriores, traumatismo abdominal, sobredistención del útero por embarazo múltiple o polihidramnios.

Se puede diagnosticar a través de las manifestaciones clínicas y el manejo se basa en el estado materno y fetal, de acuerdo a la edad gestacional y el grado de desprendimiento de la placenta ⁽³⁶⁾.

- **Ruptura Prematura de Membranas.**

La ruptura prematura de membranas se da antes del inicio del trabajo de parto activo, pero la mayor parte ocurre a término en un 94%.

De 2 al 8 % de casos, los fetos no llegan a término por lo que se dice que es una ruptura prematura de membranas pretérmino. Si de la ruptura prematura de membranas pasa 24 horas hasta el inicio del parto, se denomina ruptura prematura de membranas prolongado.

El manejo es variable, cuando la ruptura se da antes de que el feto sea viable (22-24ss), puede ser expectante o activo dependiendo de varios factores como, la presencia de corioamnionitis y la edad gestacional. La prematuridad es la complicación principal de la RPM y causante del 20% de muertes fetales en Estados Unidos ⁽³⁷⁾.

- **Diabetes gestacional**

Es diagnosticada durante el proceso de gestación y se caracteriza por intolerancia a los carbohidratos, con una incidencia de 2-5%. La diabetes gestacional trae complicaciones tanto para la madre y los fetos, como la macrosomía fetal y enclavamiento de hombro.

Los tamizajes para la detección de la diabetes, hacen que el médico-obstetra inicie con el tratamiento para así evitar el crecimiento excesivo del feto. El objetivo principal del tratamiento de la diabetes, es disminuir la morbimortalidad para el binomio materno-fetal. Los factores de riesgo de la diabetes son los siguientes, la multiparidad, sobrepeso, antecedente de intolerancia a la glucosa, aumento de peso en la gestación > 20 kg, etc.

Los criterios para establecer el diagnóstico de diabetes son, elevación de la glucosa plasmática > 200mg/dl o glucosa plasmática en ayunas > 126 mg/dl tomados en 2 o mas veces. Además, corroborar con los síntomas clásicos como, polifagia, polidipsia, poliuria ⁽³⁸⁾.

- **Parto prematuro**

El parto prematuro es el que se da entre las 22 y 36 semanas y 6 días, con una incidencia de 18% en países como África y 5% en países Europeos ⁽³⁹⁾.

- Parto prematuro espontáneo: Responsable de las dos tercias partes del parto pretérmino.
- Parto prematuro iatrogénico: Se da ante la presencia de alguna complicación que pone en riesgo la vida de la madre y del feto, por indicación médica. Estas complicaciones son, RCIU con alteración en Doppler, ruptura prematura de

membranas, enfermedades hipertensivas del embarazo, placenta previa y DPPN ⁽³⁹⁾.

- **Rotura uterina**

Es la pérdida de continuidad del espesor del útero grávido y hay mayor riesgo de producirse en mujeres con cesáreas anteriores, clasificándose en: ⁽⁴⁰⁾

- Rotura completa: Abarca todo el espesor del útero que incluye, membranas ovulares, miometrio y peritoneo visceral. Trayendo complicaciones graves para la madre y para el feto.
- Rotura incompleta: No afecta a todo el espesor del útero, mantiene el peritoneo visceral ya que la gran parte se trata de una rotura segmentaria. A comparación de la rotura uterina completa, no presenta hemorragia o complicaciones para el feto ya que permanece en la cavidad uterina ⁽⁴⁰⁾.

2. Durante el parto

- **Desgarro perineal**

Lesión a nivel perineal, con distintos grados de desgarros que a menudo necesita sutura. Durante la salida fetal se producen lesiones a nivel perineal lo cual incluye, mucosa vaginal, musculatura e incluso puede llegar a afectar a músculos que participan en el proceso de defecación. El desgarro perineal se clasifica en: ⁽⁴¹⁾

- Grado I: Afecta la piel y mucosa vaginal.
- Grado II: Afecta la piel, mucosa vaginal y los músculos perineales.
- Grado III: Afecta la piel, mucosa vaginal, musculo y esfínter anal.
- Grado IV: Afecta la piel, mucosa vaginal, musculo, esfínter anal y mucosa rectal ⁽⁴¹⁾.

- **Distocia de presentación**

Las distocias de presentación, presentan más complicaciones por ofrecer diámetros mayores a la pelvis materna, como en la presentación podálica y las deflexiones cefálicas. Son diagnosticadas en la fase expulsiva y pueden ser resueltas espontáneamente mediante las contracciones uterinas ⁽⁴²⁾.

- **Distocia céfalo pélvica**

La desproporción céfalo pélvica es una complicación muy frecuente, causante de un gran número de morbimortalidad materno-fetal.

La DCP consiste en la imposibilidad del parto vaginal debido a los diámetros de la pelvis o al tamaño del feto. Quiere decir que se pierde la armonía entre la pelvis y el feto ⁽⁴²⁾.

3. Durante el puerperio

- **Hemorragias post parto**

Se define como la pérdida sanguínea, en un parto vaginal > de 500ml y en un parto por cesárea > de 1000ml.

También se puede definir como aquella hemorragia que causa inestabilidad hemodinámica en la paciente, clasificándose en: ⁽⁴³⁾

- **Primaria:** La hemorragia se da en las primeras 24 horas después del parto. La causa principal por atonía uterina en un 70%.
- **Secundaria:** La hemorragia se da entre las 24 horas y las 6ss después del parto. Generalmente ocasionado por retención de restos ovulares e infecciones.

- **Atonía uterina**

La atonía es la principal causa de la hemorragia postparto en las primeras 24 horas en un 80-90%.

Entre los factores de riesgo de la atonía uterina encontramos al agotamiento muscular, sobredistención del útero por gestación múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal y corioamnionitis. Recordemos “un útero vacío y contraído no sangra” (44).

- **Retención de restos ovulares**

Se da por la expulsión incompleta de la placenta, quedando restos en la cavidad uterina, ocasionando que el útero sangre y no se contraiga. El manejo en esta situación es la revisión de la cavidad uterina y legrado (44).

- **Retención de placenta**

Se ocasiona cuando la placenta queda retenida después de 30 minutos, después de haber realizado el manejo activo y la tracción controlada del cordón umbilical. En cuanto al manejo, el primer paso es administrar oxitocina de 10-20UI diluido en 20ml de CLNA 9%, si la placenta sigue retenida se procede a la extracción manual de la placenta (44).

3.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

a) Siameses:

Entre los embarazos múltiples, en ocasiones los gemelos monocigóticos no se separan completamente; es así que se producen los gemelos siameses, unidos o conectados ⁽⁴⁵⁾.

b) Malformación congénita:

Es aquella alteración molecular, funcional o estructural que se da en la vida intrauterina y son detectados en la gestación o después de la gestación ⁽⁴⁶⁾.

c) Cigosidad:

Se refiere a la identidad genética de los gemelos y al tipo de concepción. Para este diagnóstico se necesita una prueba de ADN ⁽⁴⁷⁾.

d) Corionicidad:

Se refiere a la placentación y se diagnostica mediante la ecografía ⁽⁴⁷⁾.

e) Gemelares monocigóticos:

Se da por la fecundación de un ovulo y un espermio, que se divide después de la fecundación. Con mayor frecuencia estos gemelos son genéticamente idénticos ⁽⁴⁷⁾.

f) Monocorial:

Se da cuando la división es mayor del 4to día post fertilización en etapa de blastocisto ⁽⁴⁷⁾.

g) Bicorial-Biamniótico:

Se da la división en estado de mórula menor de 4 días post fertilización ⁽⁴⁷⁾.

h) Monocorial-Biamniótica:

Entre 4 y 8 días se da la división después de la fecundación ⁽⁴⁷⁾.

i) Monocorial-Monoamniótica:

Se da entre 8 y 13 días después de la fecundación ⁽⁴⁷⁾.

j) Translucencia nucal:

Parámetro para el diagnóstico de aneuploidías durante el embarazo ⁽⁴⁷⁾.

k) Oligoamnios:

Se define como la disminución del líquido amniótico, causando complicaciones perinatales no favorables ⁽⁴⁸⁾.

l) Feto papiráceo:

Cuando un gemelo muere y se momifica por compresión a partir del segundo trimestre ⁽²⁰⁾.

m) Gemelo evanescente.

Cuando el gemelo muerto se reabsorbe ⁽²⁰⁾.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación, fue de tipo RETROSPECTIVO, debido a que los datos se recopilaron a través de las historias clínicas de cada una de las gestantes que cursaron con embarazo múltiple en el Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2020-2021. Asimismo, el estudio fue de CORTE TRANSVERSAL ya que se midieron en un determinado momento. Finalmente, el estudio fue DESCRIPTIVO, porque describen los datos y características de una población en estudio.

4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación seleccionado a emplearse en el presente estudio, fue el diseño no experimental de corte transversal descriptivo, debido a que la información se recolecto en un periodo de tiempo determinando. A la vez en esta investigación no se manipularon deliberadamente las variables, solo se observaron los fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos. Por lo que no presenta ningún diagrama que justifique los hechos.

4.3. UNIVERSO O POBLACIÓN

La población estuvo integrada por todas las historias clínicas de las gestantes que ingresaron con diagnóstico de embarazo múltiple, cuya atención se llevó a cabo en los años 2020-2021 en el Hospital Víctor Ramos Guardia, con un total de 60 historias clínicas de gestantes con embarazo múltiple.

Para la elección de los elementos muestrales (unidad de análisis), se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

a) Criterios de inclusión:

- Embarazos gemelares con historias clínicas completas.
- Embarazos gemelares con cualquier edad materna.
- Embarazos gemelares con cualquier edad gestacional

b) Criterios de exclusión:

- Embarazos gemelares con historias clínicas incompletas.
- Pacientes con gestaciones únicas.

4.4. UNIDAD DE ANÁLISIS Y MUESTRA**4.4.1. UNIDAD DE ANÁLISIS:**

Estuvo conformada por las historias clínicas de las gestantes con diagnóstico de embarazo múltiple atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2020-2021.

4.4.2. MUESTRA:

Considerando el tipo de investigación, los objetivos y el alcance de las contribuciones que se pretendió hacer en el presente estudio, se trabajó con toda la población, debido a que se contó con pocos casos. Se usó el muestreo censal, pues se seleccionó el 100% de la población. Debido al número de casos, se trabajó con un total de (N = 60) historias clínicas de gestantes con embarazo múltiple.

4.5. INSTRUMENTO DE RECOPIACIÓN DE DATOS

La recolección de la información se realizó, tomando como fuente de información secundaria las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Víctor Ramos Guardia.

Para la recopilación de datos se empleó la técnica de análisis documental y como instrumento se utilizó la ficha de recolección de datos (Anexo N° 01).

El instrumento estuvo compuesto por tres partes redactadas de acuerdo al problema y los objetivos de la investigación según se detalla a continuación:

Título: “Características y complicaciones maternas del embarazo múltiple en gestantes del Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2020-2021”.

- Primera parte: Características Socio-demográficas: contiene 5 ítems.
- Segunda parte: Características obstétricas: contiene 6 ítems.
- Tercera parte: Complicaciones maternas: contiene 3 ítems.

La validez del contenido del instrumento se determinó mediante juicio de expertos en el tema: dos médicos ginecoobstetras y una obstetra (Anexo N° 02), a quienes se les entregó un documento consignando los objetivos generales, específicos, e hipótesis del estudio; ficha de recolección de datos para validación por los jueces; ejemplar del instrumento: “Características y complicaciones maternas del embarazo múltiple en gestantes del Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2020-2021” y la matriz de consistencia.

4.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO O INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Se realizó la valoración y el análisis estadístico descriptivo de los datos o información a obtener.

a) Análisis descriptivo:

La información que se recolecto con el instrumento de estudio, se analizó mediante el programa estadístico SPSS versión 25.0, y se elaboró la base de datos, seguidamente se procedió a realizar el análisis descriptivo de las variables en tablas bidimensionales y de frecuencia.

4.7. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN.

La recolección de datos, se realizó a través de una ficha de recolección de datos, respetando todos los acuerdos de ética internacional; solo se incluyeron datos maternos, por lo que no se tomó en cuenta nombres, ni ningún dato que pueda perjudicar la integridad de la población en estudio. No se usó la declaración de consentimiento informado, debido a que no se trabajó directamente con las gestantes, solo se extrajeron datos relevantes para el estudio de las historias clínicas. Asimismo, el presente estudio se ceñió estrictamente a lo establecido en los Principios Básicos y Operacionales de la Declaración de Helsinki, la cual fue promulgada por la Asociación Médica Mundial (WMA) como un cuerpo de principios éticos que deben guiar a la comunidad médica y otras personas que se dedican a la investigación con seres humanos, siendo considerado como el documento más importante en la ética de la investigación en ciencias de la salud ⁽⁴⁹⁾.

A continuación, se describirá los principios que se tuvieron en cuenta en el presente estudio: ⁽⁵⁰⁾.

a) Principios Básicos:**• Principio del respeto por el individuo:**

Durante todo el desarrollo de la presente tesis, se consideró necesario seguir como principio general, el respeto a los derechos de las mujeres y sus parejas con la finalidad de salvaguardar su integridad personal; debido a que el deber de las investigadoras es solamente hacia el paciente (Artículos 2, 3 y 10), existiendo siempre la necesidad de llevar a cabo una investigación orientada hacia el bienestar del sujeto (Artículo 6), lo cual ha sido siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad mediante la declaración de consentimiento informado (Artículo 5).

• Principio de la privacidad y confidencialidad:

No se expuso la privacidad de las mujeres gestantes, para lo cual sólo se incluyeron preguntas referentes a las características y complicaciones del embarazo múltiple, por lo que no se tomó en cuenta nombres, domicilio, ni ningún dato que pueda perjudicar la integridad de las personas en estudio, todo esto en cumplimiento de las leyes y regulaciones (Artículo 9). Asimismo, se prestó especial vigilancia sobre el reconocimiento de la creciente vulnerabilidad de los individuos (Artículo 8).

• Principio de No Maleficencia:

Se busco y procuro en todo momento no causar daño a las mujeres que cursaron con embarazo múltiple.

- **Principio de Justicia:**

Todas las personas consideradas en el presente estudio merecieron la misma consideración y respeto, nadie fue discriminado por su raza, sexo, edad, ideas, creencias o posición social.

- **Principio de Beneficencia:**

Se procuró el mayor beneficio posible para las mujeres que cursaron con embarazo múltiple, basado en las potenciales aplicaciones de los resultados del presente proyecto de investigación en beneficio de las personas.

- **Originalidad:**

No se incluyeron ideas o partes de otras investigaciones que no hayan sido debidamente citadas, respetándose el derecho de autor.

a) Principios Operacionales:

El presente proyecto de investigación se basó en un conocimiento cuidadoso del campo científico (Artículo 11) y fue conducida y manejada por investigadoras bajo la supervisión de una asesora (Artículo 15) usando protocolos aprobados, sujeta a una revisión ética independiente y una supervisión de un jurado correctamente convocado y previamente asesorado (Artículo 13); existiendo el compromiso de la publicación responsable de sus resultados (Artículo 16).

5. RESULTADOS.

5.1. CONOCER LA INCIDENCIA DEL EMBARAZO MÚLTIPLE EN EL HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA HUARAZ 2020-2021.

Tabla 1. Incidencia del embarazo múltiple

AÑOS	PARTOS	EMBARAZOS GEMELARES	%
2020	2495	33	0,13%
2021	2262	27	0,11%
TOTAL	4757	60	0,24%

En el año 2020 hubo 2495 partos de los cuales 33 fueron embarazos gemelares, representando el 0,13%, seguido del año 2021 hubo 2262 partos de los cuales 27 fueron embarazos gemelares representando el 0,11%.

En total hubo 4757 partos en los años 2020-2021 de los cuales 60 fueron embarazos gemelares representando en 0,24%.

5.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN GESTANTES CON EMBARAZO MÚLTIPLE

Tabla 2. Edad Materna de gestantes con embarazo múltiple.

EDAD MATERNA	Nº	%
10-19 años	6	10%
20-34 años	33	55%
35 a más	21	35%
TOTAL	60	100%

En la tabla se observa que un 55% de gestantes que cursaron con embarazo múltiple presentaron una edad comprendida entre 20-34 años mientras que un 35% fue de 35 años a más y un 10% entre 10-19 años.

Tabla 3. Grado de instrucción de gestantes con embarazo múltiple.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Analfabeta	3	5%
Primaria	18	30%
Secundaria	29	48,3%
Superior	10	16,7%
TOTAL	60	100%

Se observó que un 48,3% de gestantes que cursaron con embarazo múltiple tenía como grado de instrucción secundaria, seguida de un 30% con el grado de instrucción primaria, 16,7% superior, en tanto que el 5% fue analfabeta.

Tabla 4. Estado civil de gestantes con embarazo múltiple

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltera	12	20%
Casada	14	23,3%
Conviviente	34	56,7%
TOTAL	60	100%

El estado civil predominante en las gestantes con embarazo múltiple fue el de conviviente con un 56,7% seguida de un 23,3% con estado civil de casadas y un 20% fueron madres solteras.

Tabla 5. Religión de gestantes con embarazo múltiple.

RELIGIÓN	Nº	%
Católica	39	65%
Evangélica	5	8,3%
Otra religión	6	10%
Ninguna	10	16,7%
TOTAL	60	100%

Se observó que el 65% de las gestantes con embarazo múltiple pertenecían a la religión católica, mientras que un 16,7% no pertenecían a ninguna religión seguida de un 10% que fueron de otro tipo de religión y el 8,3% fueron de la religión evangélica.

Tabla 6. Procedencia de gestantes con embarazo múltiple.

PROCEDENCIA	N°	%
Urbano	27	45%
Urbano marginal	5	8,3%
Rural	28	46,7%
TOTAL	60	100%

Se evidenció que el 46,7% de las gestantes con embarazo múltiple, pertenecían a la zona rural mientras que un 45% a la zona urbana, seguida de un 8,3% a la zona urbano marginal.

5.3.CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS EN GESTANTES CON EMBARAZO MÚLTIPLE.

Tabla 7. Paridad de las gestantes con embarazo múltiple.

PARIDAD	Nº	%
Nulípara	9	15%
Primípara	15	25%
Múltipara	36	60%
TOTAL	60	100%

En relación a las características obstétricas, en cuanto a la paridad, un 60% de las gestantes fueron múltiparas, seguido de las primíparas con un 25% y tan solo un 15% fueron nulíparas.

Tabla 8. Controles prenatales de las gestantes con embarazo múltiple.

CONTROLES PRENATALES	N°	%
Ninguno	1	1,7%
1-3 controles	16	26,7%
4-6 controles	26	43,3%
Mas de 6 controles	17	28,3%
TOTAL	60	100%

Observamos que un 43,3% de las gestantes, tuvieron de 4 a 6 controles prenatales, mientras que un 28,3 % tuvo más de 6 controles prenatales, seguido de 1 a 3 controles con un 26,7% y el 1,7% no tuvo ningún control durante el embarazo.

Tabla 9. Antecedentes de embarazo múltiple.

ANTECEDENTES DE EMBARAZO MÚLTIPLE	N°	%
Si	1	1,7%
No	59	98,3%
TOTAL	60	100%

Se observa claramente que un 98,3% de la gestante no tuvo antecedentes familiares de embarazo múltiple, mientras que el 1,7% si tuvieron antecedentes familiares.

Tabla 10. Tipo de embarazo múltiple.

TIPO DE EMBARAZO	N°	%
MÚLTIPLE		
Embarazo doble	60	100%
Embarazo triple	00	00%
TOTAL	60	100%

En cuanto al tipo de embarazo predominó el embarazo doble en su totalidad con un 100%.

Tabla 11. Tipo de parto de las gestantes con embarazo múltiple.

TIPO DE PARTO	N°	%
Parto vaginal	9	15%
Cesárea	51	85%
TOTAL	60	100%

En cuanto a la vía del parto se observó que un 85% de las gestantes con embarazo múltiple fueron intervenidas quirúrgicamente (cesárea), mientras que un 15% terminaron en parto vaginal.

Tabla 12. Edad gestacional al momento del ingreso de las gestantes con embarazo múltiple al área de ginecoobstetricia.

EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL INGRESO	Nº	%
Menor de 28ss	2	3,3%
Entre 28-32ss	2	3,3%
Entre 32-34ss	8	13,3%
Entre 34-36ss	27	45%
Mayor o igual a 37ss	21	35%
TOTAL	60	100%

En cuanto a la edad gestacional observamos que al momento del ingreso al área de ginecoobstetricia un 45% de las gestantes se encontraba entre las semanas 34 y 36, seguidamente de un 35% que fueron mayor o igual a 37ss, asimismo un 13,3% de gestantes se encontraban entre la semana 32 y 34, y por último entre 28 y 32 semanas y menor de 28ss con un 3,3%.

5.4.COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES DEL EMBARAZO MÚLTIPLE

Tabla 13. Complicaciones durante el embarazo

DURANTE EL EMBARAZO	Nº	%
Anemia	44	30.1%
ITU	44	30.1%
Hiperémesis gravídica	1	0.7%
EHE	13	8,9%
RPM	7	4,8%
DPP	1	0,7%
Parto prematuro	36	24,7%
TOTAL	60	100%

En relación a la frecuencia de las complicaciones maternas del embarazo múltiple del total 100% (60) podemos observar que un 30,1% presentaron anemia e infección del tracto urinario, seguido de parto prematuro con un 24,7%, también podemos observar que un 8,9% presentaron enfermedades hipertensivas, ruptura prematura de membranas 4,8%, hiperémesis gravídica y desprendimiento prematuro de placenta 0.7%.

Tabla 14. Complicaciones durante el parto

DURANTE EL PARTO	N°	%
Desgarro perineal	3	1,8%
Distocia de presentación	2	1,2%
TOTAL	5	3%

Se observó que la complicación más frecuente durante el parto del total 100% (60) de gestantes con embarazo múltiple solo el 1,8% (3) tuvieron desgarro perineal y el 1,2% (2) alguna distocia de presentación.

Tabla 15. Complicaciones durante el puerperio

DURANTE EL PUERPERIO	N°	%
Atonía uterina	18	10.8%
Retención de restos ovulares	2	1,2%
TOTAL	20	12%

En relación a las complicaciones mas frecuentes durante el puerperio del total 100% (60) el 10,8% (18) de las gestantes con embarazo múltiple tuvieron como complicación principal la atonía uterina, mientras que el 1,2% (2) presentó retención de restos ovulares.

6. DISCUSIÓN.

Los resultados de la presente tesis, con respecto al primer objetivo específico orientado a conocer la incidencia del embarazo múltiple en el Hospital Victor Ramos Guardia 2020-2021, fueron dadas a conocer en la tabla 1, en la cual el año 2020 la incidencia del embarazo múltiple fue de 0,13% y en el año 2021 de 0,11%. Sosa en su investigación descriptivo realizado en Perú en los años 2009 al 2014, encontró que la incidencia del embarazo múltiple fue de 0,42% ⁽¹⁶⁾.

Respecto al segundo objetivo específico, identificar las características sociodemográficas en gestantes con embarazo múltiple, fueron dadas a conocer en las tablas 2,3,4,5y 6, en la cual se observó que un 55% presentaron una edad comprendida entre 20-34 años. Respecto al grado de instrucción un 48,3% de gestantes que cursaron con embarazo múltiple tenían como grado de instrucción secundaria. El estado civil predominante fue el de conviviente con un 56,7%. La mayoría de las gestantes con embarazo múltiple pertenecieron a la religión católica con un 65% y pertenecientes a la zona rural con un 46,7%.

Resultados parecidos fueron reportados por Sosa en su investigación llevado a cabo en Perú, donde se encontró que la edad materna de las gestantes con embarazo múltiple oscilaba entre 21-34 años y el grado de instrucción que predominó fue de secundaria con 34,88% ⁽¹⁶⁾.

Al respecto Castro en su estudio descriptivo realizado en Perú, encontró que las gestantes con embarazo múltiple pertenecían al grupo etario de 21-26 años, en cuanto al grado de instrucción tenían secundaria en 61,2%, el estado civil predominante fue el de conviviente en 72,8% y más de las tres cuartas partes de las gestantes profesaban la religión católica ⁽²¹⁾.

Adicionalmente se tiene el estudio de Sánchez en su investigación descriptivo realizado en Perú, observo que el lugar de procedencia con mas frecuencia fueron las pacientes que provenían de la zona rural aproximadamente 60,6%, la edad con mas frecuencia fueron las pacientes gestantes adultas con edad comprendida entre 19-35 años con 65,4%⁽¹⁷⁾.

Respecto al tercer objetivo, determinar las características obstétricas en gestantes con embarazo múltiple, fueron dadas a conocer en las tablas 7,8,9,10,11 y 12, se observó que un 60% de las gestantes fueron multíparas, en cuanto a los controles prenatales un 43,3% de las gestantes, tuvieron de 4 a 6 controles, respecto los antecedentes familiares de embarazo múltiple un 98,3% no presento antecedentes. El tipo de embarazo que predomino fue el embarazo doble en su totalidad con un 100%, la vía del parto más frecuente fue la cesárea en un 85%, y el ingreso al área de ginecoobstetricia un 45% de las gestantes se encontraba entre las semanas 34 y 36.

Resultados parecidos fueron encontrados por Castro en su investigación llevada a cabo en Perú, donde observo que las gestantes con embarazo múltiple en su gran mayoría eran multíparas en un 29,1% y tuvieron de 4-6 controles prenatales en un 46,6%⁽²¹⁾.

Amoroso en su investigación descriptivo realizado en Ecuador, encontró que un 63,4% de las gestantes con embarazo múltiple eran multíparas y el tipo de parto más frecuente fue la cesárea con 77,5%⁽¹⁹⁾.

Flores en su investigación descriptivo realizado en Ecuador, respecto a la edad gestacional al momento de ingreso al área de ginecoobstetricia fue de 34-36 semanas⁽²³⁾.

Respecto al último objetivo específico conocer las complicaciones maternas más frecuentes del embarazo múltiple, fueron dadas a conocer en las tablas 13,14 y 15 donde se observó que las complicaciones más frecuentes durante el embarazo fueron la anemia y la infección del tracto urinario con un 30,1%, seguido de parto prematuro con un 24,7%, también se observó que un 8,9% presentaron enfermedades hipertensivas, ruptura prematura de membranas 4,8%, hiperémesis gravídica y desprendimiento prematuro de placenta 0.7%.

La complicación más frecuente durante el parto de gestantes con embarazo múltiple fue el desgarro perineal con 1,8% y el 1,2% tuvieron alguna distocia de presentación.

En relación a las complicaciones más frecuentes durante el puerperio el 10,8% de las gestantes con embarazo múltiple tuvieron como complicación principal la atonía uterina, mientras que el 1,2% presentó retención de restos ovulares.

Resultados parecidos fueron reportados por Sánchez en su investigación descriptiva realizado en Perú, donde observo que la complicación más frecuente durante el embarazo fue la anemia e infección del tracto urinario con 23,1%, y la preeclampsia con 22,1% ⁽¹⁷⁾.

Parrales en su investigación realizado en Ecuador encontró que la principal complicación materna fue el parto prematuro con 63,5% con el cual difiere, pero concuerda con la anemia en un 59,8% y la hemorragia post parto por atonía uterina con un 39,3% ⁽²⁰⁾.

Al respecto Sosa en su investigación de tipo descriptivo realizado en Perú, observo que las principales complicaciones maternas fueron, la anemia, infección del tracto urinario y la amenaza de parto prematuro ⁽¹⁶⁾.

Y por último Angulo en su investigación de cohorte realizado en Perú, encontró la principal complicación fue la anemia, seguido de la preeclampsia con la cual difiero, la hemorragia puerperal por atonía uterina y el parto pretérmino ⁽¹⁵⁾.

7. CONCLUSIONES

1. La incidencia del embarazo múltiple en el Hospital Víctor Ramos Guardia, en el año 2020 fue de 0,13% y en el año 2021 de 0,11%.
2. Las características sociodemográficas de las gestantes con embarazo múltiple fueron: Un 55% presentaron una edad comprendida entre 20-34 años. Respecto al grado de instrucción un 48,3% de gestantes que cursaron con embarazo múltiple tenían como grado de instrucción secundaria. El estado civil predominante fue el de conviviente con un 56,7%. La mayoría de las gestantes con embarazo múltiple pertenecían a la religión católica con un 65% y pertenecientes a la zona rural con un 46,7%.
3. En cuanto a las características obstétricas de las gestantes con embarazo múltiple se observaron que un 60% de las gestantes fueron multíparas, en cuanto a los controles prenatales un 43,3% de las gestantes, tuvieron de 4 a 6 controles, respecto los antecedentes familiares de embarazo múltiple un 98,3% no presento antecedentes. El tipo de embarazo que predomino fue el embarazo doble en su totalidad con un 100%, la vía del parto más frecuente fue la cesárea en un 85%, y el ingreso al área de ginecoobstetricia un 45% de las gestantes se encontraba entre las semanas 34 y 36.
4. Las complicaciones maternas mas frecuentes durante el embarazo fueron: la anemia y la infección del tracto urinario con un 30,1%, seguido de parto prematuro con un 24,7%, también observamos que un 8,9% presentaron enfermedades hipertensivas, ruptura prematura de membranas 4,8%, hiperémesis gravídica y desprendimiento prematuro de placenta 0.7%.

Las complicaciones durante el parto fueron: El desgarro perineal con 1,8% y el 1,2% tuvieron alguna distocia de presentación.

Las complicaciones más frecuentes durante el puerperio el 10,8% tuvieron como complicación principal la atonía uterina, mientras que el 1,2% presentó retención de restos ovulares.

8. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al personal ginecoobstetra y obstetra para que realicen el control prenatal oportuno y eficiente ya que el embarazo múltiple presenta una incidencia más elevada de patologías las cuales pueden ser detectadas oportunamente y prevenibles y así diagnosticar precozmente para darles un manejo adecuado y oportuno para la prevención de futuras complicaciones.
2. Se recomienda al personal de obstetricia brindar orientación y consejería adecuada para sensibilizar a la gestante y a sus familiares sobre los signos y síntomas de alarma del embarazo, y así prevenir complicaciones
3. Se recomienda al personal de obstetricia, durante las charlas educativas, poner énfasis en la alimentación de las gestantes con embarazo múltiple, ya que se observó a la anemia como la principal complicación, mediante sesiones educativas, brindándoles información de forma creativa y comprensible acerca de que alimentos deberían consumir para evitar la anemia.
4. Al personal de obstetricia realizar un adecuado registro de las historias clínicas y el carnet perinatal, para que se puedan obtener datos confiables para futuras investigaciones.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Romero M. Complicaciones Feto - Neonatales del embarazo múltiple. Análisis embriológico. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2015; vol.75 Num:1.
2. Rencoret G. Embarazo Gemelar. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014; vol.25 Num:6. Pag 964-971.
3. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Embarazo gemelar bicorial. Revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2016; 59(1):43-57
4. Vallejo D. Estado actual del Embarazo gemelar. Revisión de la literatura. Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud. 2012; vol.44 Num:3.
5. Pacheco J. Prólogo al Simposio sobre Embarazo Múltiple. Revista Peruana de Ginecología y obstetricia. Pag 241-243.
6. Bush MC. Embarazo Múltiple. Diagnóstico y tratamiento actual, Obstetricia y ginecología. 2007. Pag 301-10.
7. Xiaohong Chen Wu. Gestación Múltiple. Revista Médica Sinergia. 2018; vol.3 Num:5. Pag 14-19.
8. Mares M, Casanueva E. embarazo gemelar. Determinantes maternas del peso al nacer. Perinatol Reprod Hum. 2001; vol.15 Num:4. Pag 238-244.
9. Azuero J. Incidencia de Embarazo Gemelar en mujeres de edad reproductiva atendidas en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel durante el periodo de enero del 2011 a febrero del 2013. [Tesis de pregrado]. Guayaquil - Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2014.

10. Chaparro C. Complicaciones materno perinatales del embarazo doble en pacientes atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco, 2017. [Tesis de pregrado]. Cusco-Perú: Universidad Andina del Cusco; 2018.
11. Ccala M. Características y complicaciones del embarazo múltiple en pacientes atendidas en el Hospital Regional del Cusco, 2016. [Tesis de posgrado]. Juliaca-Perú: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez.
12. Lacunza R, Ávalos J, Bueno E, Jualcamoro A. Implicancias epidemiológicas de la Gestación múltiple en la salud pública. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2015; vol.61 Num:3.
13. Molina S. Resultado perinatal de embarazos gemelares atendidos en dos instituciones de alta complejidad en Bogotá, Colombia. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2015; Vol. 80 Num: 1.
14. Becerra C. Desenlaces materno fetales de los embarazos gemelares atendidos en el Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga (Colombia), 2007-2011. Estudio de cohorte. Revista colombiana de obstetricia y ginecología. 2015; Vol. 66 Num:1. Pag 37-45.
15. Angulo N. Gestación gemelar como factor asociado a complicaciones obstétricas maternas en el Hospital Belén de Trujillo en el periodo 2012-2014. [Tesis de pregrado]. Trujillo-Perú: Universidad privada Antenor Orrego; 2015.
16. Sosa P. El embarazo gemelar y sus repercusiones materno perinatales en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna del 2009 al 2014. [Tesis de pregrado]. Tacna-Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna; 2016.

17. Sánchez J. Características y complicaciones del embarazo múltiple en gestantes atendidas en el Hospital Regional del cusco 2013 al 2015. [Tesis de pregrado]. Perú-Cusco: Universidad Andina del Cusco; 2016.
18. Orue, M. Embarazo Gemelar Doble: Incidencia, Morbilidad Y Resultados Perinatales Hospital Bertha Calderón Roque Abril 2014 – Enero 2017. [Tesis de postgrado]. Managua-Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Unan Managua; 2017.
19. Amoroso, P. Características Materno-Fetales de los Embarazos Múltiples de mujeres atendidas en el área de Gineco -Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo enero 2006- diciembre 2016. [Tesis de postgrado]. Cuenca-Ecuador: Universidad de Cuenca; 2018.
20. Parrales R. Complicaciones materno-perinatales en embarazos gemelares atendidos en el Hospital “Matilde Hidalgo de Procel” durante el año 2017. [Tesis de pregrado]. Guayaquil-Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2018.
21. Castro N. Complicaciones Maternas más frecuentes en embarazo gemelar Hospital La Caleta Chimbote 2013-2017. [Tesis de pregrado]. Chimbote-Perú: Universidad San Pedro; 2018.
22. Sosa M. Morbilidad materna en embarazo múltiple y de feto único en el Hospital Regional de Lambayeque. 2018-2019. [Tesis de pregrado]. Chiclayo-Perú: Universidad particular de Chiclayo; 2020.
23. Flores P. Prevalencia de complicaciones obstétricas durante los embarazos múltiples, atendidos en el “Hospital José Carrasco Arteaga” (IESS) Cuenca, Ecuador. Junio del 2014 a junio del 2019. [Tesis de postgrado]. Cuenca-Ecuador: Universidad del Azuay; 2021.

24. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Lima-Perú. Instituto Nacional Materno Perinatal. 2018. Disponible en: <http://www.inmp.gob.pe>.
25. Sociedad Americana de Medicina Reproductiva. Embarazo y Nacimientos múltiples: Mellizos, Trillizos o Mayor número de bebés. 2013. [Http:// www.ReproductiveFacts.org](http://www.ReproductiveFacts.org).
26. Valenzuela P. Pautas de manejo clínico de embarazos gemelares. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2009; vol. 74. Pag 52-68.
27. Instituto Guatemalteco de Seguridad social. Manejo del Embarazo Gemelar. Guatemala. Grupo de especialistas del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS. 2013.
28. Sociedad Americana de Medicina Reproductiva. Complicaciones de la gestación múltiple. 2002. URL: www.asm.org.
29. Upiachihua, H. Factores socio demográficos, culturales y el cumplimiento del calendario de inmunizaciones en lactantes, Puesto de Salud I-2 Masusa. Punchana, 2015. [Tesis]. Iquitos- Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Facultad de Enfermería, 2015.
30. Ayala F. Implicancias clínicas de la anemia durante la gestación. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2019; vol. 65 Núm. 4.
31. Urda L. Alto riesgo obstétrico: el embarazo gemelar y sus complicaciones. Universidad de Cantabria. 2020-2021.
32. Hospital Sant Joan de Déu. Hiperémesis gravídica. España-Barcelona. 2011. www.medicinafetalbarcelona.org.

33. Gonzales A. Amenaza de aborto. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. 2011. Pag: 495-498.
34. Bogantes R, Solano G. Infecciones Urinarias en el embarazo. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. 2010. Pag: 233-236.
35. Salas B, Montero F, Alfaro G. Trastornos hipertensivos del embarazo: comparación entre la guía de la caja costarricense del seguro social del 2019 y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019. Revista Médica Sinergia. 2020; vol.5 Num:7.
36. Martos A. Desprendimiento prematuro de placenta normoinsertada por mutación heterocigota en el de la protrombina. Revista oficial de la sociedad española de Ginecología y Obstetricia. 2018. Pag 256-260.
37. Vargas K, Vargas C. Ruptura Prematura de Membranas. Revista Médica de Costa Rica y Latinoamérica. 2014. Pag 719-723.
38. Medina E. Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. Scielo. 2017. Vol. 33 Num:1.
39. Huertas E. Parto Pretérmino: causas y medidas de prevención. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2018; vol. 64 Num:3.
40. El Sevier. Rotura Uterina (actualizado julio de 2013). Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2015; vol.58 Num:6 Pag 296-299.
41. Benítez Y. Presentación de una paciente con desgarró. Revista Scielo Analytics. 2017; vol. 21 Núm. 2.
42. Andrade M. Distocias de presentación durante el parto y su relación con la morbi-mortalidad materno-fetal en gestantes atendidas en el hospital general

- Martin Icaza, primer semestre, 2018. [Tesis de postgrado]. Babahoyo-Ecuador: Universidad técnica de Babahoyo; 2018.
43. Solari A. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2014; vol.25 Num:6 Pag 993-1003.
 44. Asturizaga P, Toledo L. Hemorragia obstétrica. *Revista Médica la Paz*. 2014; vol. 20 Núm. 2.
 45. Gutiérrez I. Siameses: Reporte de un caso. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2011; vol.57 Num:3 Pag 203-206.
 46. Márquez R. Malformaciones congénitas: visión epidemiológica 2012-2015 en terapia intensiva neonatal. *Revista Médica*. 2018. Pag 226-232.
 47. Elsevier. Embarazo gemelar bicorial. *Procesos de Obstetricia y Ginecología*. 2015. Pag 1-14.
 48. Cotera G. Factores asociados a repercusiones perinatales desfavorables en gestantes con oligohidramnios en el Hospital de Vitarte, periodo 2016-2019. *Revista peruana de investigación materno perinatal*. 2021; vol.10 Núm. 1.
 49. World Medical Association. Declaración de Helsinki. Finlandia: WMA; 2010.
 50. Huerta M, Menacho J. Manual de estilo de redacción científica. Huaraz: oficina general de investigación y cooperación técnica – UNASAM 2013.

ANEXOS



ANEXO N°01**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS****“CARACTERÍSTICAS Y COMPLICACIONES MATERNAS DEL
EMBARAZO MULTIPLE EN EL HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA
HUARAZ 2020-2021”****I. CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS:****1. EDAD MATERNA**

- a) 10-19 años
- b) 20-34 años
- c) 35 a más.

2. GRADO DE INSTRUCCIÓN

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

3. ESTADO CIVIL

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Conviviente
- d) Viuda

4. RELIGIÓN

- a) Católica

- b) Evangélica
- c) Otra religión
- d) Ninguna

5. PROCEDENCIA

- a) Urbano
- b) Urbano marginal
- c) Rural.

II. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

1. PARIDAD

- a) Nulípara
- b) Primípara
- c) Multípara

2. CONTROLES PRENATALES

- a) Ninguno
- b) 1 – 3 controles
- c) 4 – 6 controles
- d) Mas de 6 controles

3. ANTECEDENTES DE EMBARAZO GEMELAR

- a) Si
- b) No

4. TIPO DE EMBARAZO MÚLTIPLE

- a) Embarazo doble
- b) Embarazo triple

5. TIPO DE PARTO

- a) Parto vaginal
- b) Cesárea

6. EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL INGRESO

- a) Menor de 28ss
- b) Entre 28-32ss
- c) Entre 32-34ss
- d) Entre 34-36ss
- e) Mayor o igual a 37ss

III. COMPLICACIONES MATERNAS MAS FRECUENTES DEL EMBARAZO GEMELAR

1. Durante el embarazo

- a) Anemia si () no ()
- b) Infección del tracto urinario si () no ()
- c) Hiperémesis gravídica si () no ()
- d) Amenaza de aborto si () no ()
- e) EHE si () no ()
- f) RPM si () no ()
- g) DPP si () no ()
- h) Diabetes gestacional si () no ()
- i) Parto prematuro si () no ()
- j) Rotura uterina si () no ()

2. Durante el parto

- a) Desgarro perineal si () no ()

b) Distocia de presentación si () no ()

c) Desproporción céfalo pélvica si () no ()

3. Durante el puerperio

a) Atonía uterina si () no ()

b) Retención de restos ovulares si () no ()

c) Retención de placenta si () no ()

ANEXO N° 02

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR JUICIO DE EXPERTOS

El instrumento para la recolección de datos de la investigación, será validado por jueces o expertos, la validación consta de ocho aspectos que se describen a continuación:

1. El instrumento persigue los fines de los objetivos generales
2. El instrumento no persigue los fines de los objetivos específicos
3. La hipótesis es atingente (atingencia: conexión, relación de una cosa con otra,) al problema y a los objetivos planteados
4. El número de los ítems que cubre cada dimensión es el correcto
5. Los ítems están redactados correctamente
6. Los ítems despiertan ambigüedades en el entrevistado/encuestado
7. El instrumento que se va aplicar llega a la comprobación de la hipótesis
8. La (s) hipótesis está formulada correctamente

LEYENDA

DA: De Acuerdo

ED: En Desacuerdo

PUNTUACIÓN

1

0

JUEZ	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	TOTAL
I	1	1	1	1	1	0	1	1	7
II	1	1	1	1	1	0	1	1	7
III	1	1	1	1	0	0	1	1	6
TOTAL	3	3	3	3	2	0	3	3	20

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

informe final 06.docx

AUTOR

Ada Rodríguez Figueroa

RECUENTO DE PALABRAS

14690 Words

RECUENTO DE CARACTERES

80733 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

87 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

141.6KB

FECHA DE ENTREGA

May 27, 2023 6:11 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

May 27, 2023 6:12 PM GMT-5

- **24% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 23% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 13% Base de datos de trabajos entregados
- 5% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

- **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Material citado
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 8 palabras)