

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**“Factores asociados a las complicaciones obstétricas en
gestantes añosas del Hospital Regional de Ayacucho.
enero - diciembre 2021”**

Tesis para optar el Título Profesional de:

Obstetra

Presentado por:

**Bach. Carmen Rosa Chacmana Miguel
Bach. Luz Marleny De La Cruz Bautista**

Asesora:

Dra. Noemí Yolanda Quispe Cadenas

Ayacucho - Perú

2023

INDICE

Pag.

INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.1 Situacion problematica.....	10
1.2. Planteamiento del problema	11
1.3 Formulación del problema.	13
1.4. Objetivos de la investigacion	13
1.4.2. Especificos:	13
1.5. Justificación del problema	14
CAPITULO II	16
MARCO TEÓRICO	16
2.1. Antecedentes de estudio.....	16
2.2. Base teórico científica.....	23
2.3. Hipotesis	44
2.4. Definicion conceptual y operativa de terminos	45
2.5. Variables.....	47
Variable independiente:	47
Variable dependiente:	47
CAPITULO III	49
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	49
3.1. Tipo de investigación.....	49
3.2. Método de estudio	49
3.3. Poblacion	49
3.4. Muestra.....	49
3.4.1. Tipo de muestreo	50
3.4.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	50
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	50
3.6. Procedimiento de recolección de datos	51
3.7. Procesamiento y análisis de datos	50
CAPITULO IV	51
RESULTADOS Y DISCUSION	51
CONCLUSIONES	68
RECOMENDACIONES	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	75

DEDICATORIA

Esta tesis fruto de *nuestro esfuerzo* y constancia se la dedico con todo mi amor y cariño a mi pareja Richard Quispe por su sacrificio y esfuerzo para nuestro futuro y por creer en mi capacidad; aunque hemos pasado momentos difíciles siempre ha estado brindándome su comprensión, cariño y amor.

A mi hija Habibi por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A mis padres Florisa y Francisco porque ellos siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo y sus consejos para hacer de mí una mejor persona.

Luz Marleny De La Cruz Bautista

Este trabajo que fue resultado de constancia, sacrificio, y mucho esfuerzo se lo dedico a los pilares de mi existencia, a mis padres maravillosos, que con su apoyo y comprensión hicieron hasta lo imposible por darme lo mejor día a día, y con ello sacar la mejor versión de mi persona.

A mis hermanos que son mi ejemplo a seguir, que con sus logros de día a día me inspiraron a crecer como persona, hija, hermana, profesionalmente.

Carmen Rosa Chacmana Miguel

AGRADECIMIENTOS

El principal agradecimiento a Dios quien ha sido mi guía y fortaleza para seguir adelante.

A mi familia por su comprensión y estímulo constante, además de su apoyo incondicional a lo largo de mis estudios.

A mi querida asesora por su dedicación y paciencia, sin sus palabras y correcciones precisas no habiésemos podido lograr nuestros objetivos; Gracias por su guía y todos sus consejos, los llevare grabados para siempre en la memoria en mi futuro profesional.

Gracias a todos.

Luz Marleny De La Cruz Bautista

Mi agradecimiento a Dios quien nunca me dejó y siempre me ha llenado de fuerza para continuar.

A mi hermosa familia, amistades que siempre estuvieron en todo momento junto a mí, dándome apoyo y fortaleza para seguir adelante.

A la asesora quién es importante para este logro, quién con su paciencia, capacidad, y dedicación fue posible realizar nuestras metas. Una guía inspiradora sin duda alguna, siempre estaremos agradecidas por todo lo que hizo para mejorarnos en todo aspecto.

Carmen Rosa Chacmana Miguel

RESUMEN

La presente investigación tuvo como **objetivo general**: identificar los factores de riesgo más frecuentes que se asocian a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho. **Metodología**: el nivel de investigación fue aplicada, descriptivo, transversal y retrospectivo. Se empleó como instrumento la ficha de recolección de datos y la historia clínica con una **población** de 453 historias clínicas y una **muestra** que estuvo constituida por 208 historias clínicas de gestantes añosas atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho. **Los resultados** evidenciaron la mayor prevalencia de complicaciones obstétricas fueron RPM y anemia con el 12.0%, preeclampsia 10.6%, asimismo entre los factores sociodemográficos con respecto a la edad fueron de 35 a 39 años 46,2%, estado civil casadas 25,5%; tuvieron como nivel de instrucción primaria 27,4% con respecto a la ocupación fueron amas de casa en un 35,6 %, se pudo concluir que el nivel de instrucción y ocupación están asociados a complicaciones obstétricas. Y entre los factores obstétricos el 15,4% tenían IMC normal, el 29,8% tenían de 4 a 6 atenciones prenatales; el 69,7% eran multíparas, el 42,3% tuvieron < 24 meses de periodo intergenésico, se pudo concluir que el número de atenciones prenatales y la edad gestacional estuvieron asociados a complicaciones obstétricas.

Palabras claves: factores de riesgo, complicaciones obstétricas, gestante añosa.

ABSTRACT

The general objective of this research was: to identify the most frequent risk factors associated with obstetric complications in elderly pregnant women treated at the Ayacucho Regional Hospital. Methodology: the level of research was applied, descriptive, transversal and retrospective. The data collection form and the medical history were used as an instrument with a population of 453 medical records and a sample that consisted of 208 medical records of elderly pregnant women treated at the Ayacucho Regional Hospital. The results showed the highest prevalence of obstetric complications were PROM and anemia with 12.0%, preeclampsia 10.6%, also among the sociodemographic factors with respect to age were 35 to 39 years 46.2%, marital status married 25.5% ; 27.4% had a primary education level, with respect to the occupation, 35.6% were housewives; it was concluded that the education level and occupation are associated with obstetric complications. And among the obstetric factors, 15.4% had a normal BMI, 29.8% had 4 to 6 prenatal care; 69.7% were multiparous, 42.3% had <24 months of intergenetic period, it could be concluded that the number of prenatal care and gestational age were associated with obstetric complications.

Keywords: risk factors, obstetric complications, elderly pregnant woman.

INTRODUCCIÓN

“El embarazo y el parto son considerados como fisiológicos y totalmente naturales, además son recibidos como un regalo al sexo femenino, sin embargo, en determinadas circunstancias y condiciones la gestante presenta mayores riesgos de morbilidad y mortalidad materna y perinatal” (1).

“La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que cada año unos 50 millones de mujeres se ven afectadas por complicaciones obstétricas, y al menos 18 millones de ellas sufrirán a largo plazo secuelas a menudo discapacitantes” (2).

“Determinar la edad para concebir un hijo ha sido siempre y será un dilema difícil de resolver por el obstetra, debido a que la mayoría de las morbilidades, tanto para la madre como para el feto, que ocurren son en las edades extremas de la vida reproductiva; se refiere a las adolescentes y las mujeres mayores de 35 años” (3).

Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son más comunes en los países subdesarrollados. De manera similar, la alta mortalidad materna es provocada por problemas obstétricos como hemorragias, infecciones e hipertensión durante el embarazo.

“El retraso de la maternidad en países desarrollados se ha convertido en un fenómeno común debido a factores sociales, educativos, económicos y culturales; sin embargo, cuando este grupo decide embarazarse, lo hace de manera planificada, tanto en lo que respecta a la nutrición como al control prenatal. Así, una de las

condiciones que aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal es el aumento incontrolable por año de embarazo en mujeres mayores de 35 años” (4).

Fue necesario realizar este estudio debido a la falta de información sobre este tema, especialmente en la región de Ayacucho. Además, se aborda una situación sin duda interesante y relevante para la sociedad: el embarazo en mujeres mayores de 35 años, que se considera un embarazo de alto riesgo. Este tipo de embarazo es propenso a diversas complicaciones maternas, lo que conduce a una mayor morbilidad perinatal materna. De igual forma, aproximadamente entre 15 y 20 mujeres embarazadas son atendidas diariamente en el Hospital Regional de Ayacucho, donde pudimos observar gestantes mayores con diferentes estilos de vida, hábitos, creencias y formación académica. Por lo tanto, la mayoría desconoce los factores que pueden estar asociados a las complicaciones maternas que puede provocar el embarazo a determinada edad. Esta es una responsabilidad que deben asumir los profesionales médicos, quienes deben velar por la salud de la madre y del feto y ser conscientes de los factores de riesgo y problemas que pueden surgir como consecuencia de enfermedades en las etapas avanzadas del embarazo. La base más importante para superar posibles problemas en la mujer embarazada es el diagnóstico precoz y un seguimiento estricto.

“Los factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas, como la edad materna avanzada pueden aumentar la probabilidad de complicaciones durante el embarazo y el parto, por lo que es importante la detección temprana y el manejo adecuado de estos factores; los cuales son importantes para prevenir y tratar las complicaciones obstétricas” (3). Ante el escenario antes mencionado, este estudio

se realizó con el objetivo de determinar los factores de riesgo más comunes vinculados a complicaciones obstétricas en gestantes añosas atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho entre enero y diciembre de 2021. Métodos de investigación descriptivos, transversales y retrospectivos, fueron utilizados para realizar este estudio, evaluando una muestra de 208 gestantes añosas, entre los resultados encontrados como principales complicaciones de las gestantes añosas fueron la Ruptura Prematura de Membranas y anemia con el 12,0% (25). En relación a los factores sociodemográficos, se encontraron relaciones estadísticas significativas ($p < 0.05$), por lo que podemos decir que el nivel de instrucción y ocupación están asociados a complicaciones obstétricas. En relación a los factores obstétricos se evidenciaron que el número de atenciones prenatales y la edad gestacional si se tuvieron una relación estadística significativa ($p < 0.05$), por lo que podemos decir que el nivel de instrucción y ocupación están asociados a complicaciones obstétricas.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 SITUACION PROBLEMÁTICA

Se ha observado que la preeclampsia, la rotura temprana de membranas, los partos pretérminos, la retención placentaria y la atonía uterina ocurren con mayor frecuencia entre las pacientes embarazadas de edad avanzada en el Hospital Regional de Ayacucho entre enero y diciembre de 2021. Las gestantes añosas, es decir, aquellas mujeres embarazadas que tienen 35 años o más, están enfrentando una serie de desafíos que impactan negativamente en su salud materna y en los resultados perinatales.

A pesar de la importancia médico-obstétrica de este problema, existe una falta de conocimiento exhaustivo sobre los factores específicos que están contribuyendo a estas complicaciones obstétricas. Las complicaciones pueden variar desde hipertensión gestacional y diabetes gestacional hasta partos prematuros y bajo peso al nacer, aumentando el riesgo tanto para la madre como para el feto. Además, las tasas de morbilidad materna y perinatal están mostrando una tendencia preocupante al alza en esta población.

La ausencia de investigación y datos precisos sobre los factores que están desencadenando estas complicaciones limita al buen diagnóstico del personal médico-obstetra para proporcionar un cuidado eficaz y preventivo a las gestantes

añosas. Es fundamental identificar y comprender los factores asociados a estas complicaciones obstétricas para implementar intervenciones y estrategias de atención prenatal específicas que reduzcan los riesgos y mejoren los resultados de salud tanto para las madres como para los recién nacidos.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“El embarazo en mujeres de edad avanzada se ha definido por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) desde 1958 como aquella gestación que ocurre con una edad igual o superior a los 35 años” (5).

“Tradicionalmente se piensa que el riesgo de problemas materno perinatales es mayor en mujeres embarazadas de mayor edad, por lo que estos pacientes son tratados en centros especializados. Las conocidas enfermedades hipertensivas prenatales, la diabetes gestacional, la restricción del crecimiento intrauterino, la prematuridad, el parto por cesárea, los bajos puntajes de Apgar, las muertes perinatales y el bajo peso al nacer son algunos de los factores vinculados a la edad materna avanzada. En los últimos años se ha observado una tendencia a que las mujeres retrasen la maternidad a edades cada vez mayores debido a los cambios económicos y sociales globales” (6).

El envejecimiento materno se asocia con complicaciones del embarazo que afectan la diáda materno-fetal. Las condiciones maternas (edad, paridad, enfermedades crónico-degenerativas) crean un ambiente complejo para el embarazo producto, debido principalmente a cambios cardiovasculares. A medida que la madre envejece, su reserva ovárica disminuye y los cambios genéticos y cromosómicos en el óvulo se vuelven más frecuentes, dificultando la fecundación y aumentando la incidencia de abortos (7).

“Estadísticamente en países subdesarrollados como Panamá, Chile, Ecuador, cerca del 35 % de las mujeres de 35 años y más se embarazan, no sucede así en otros países con gran desarrollo como EEUU, Francia y Canadá donde la fecundidad en esos años es mínima y llega a ser de un 15%” (8).

En 2010, el 22,4% de los nacimientos en España fueron de mujeres mayores de 35 años. La fecundidad de estas mujeres cayó hasta los 10 nacimientos por 1.000 en Cuba. Además, la edad de las madres uruguayas ha aumentado en los últimos diez años de 24 a 28 años, y la tasa de fertilidad del país ha disminuido de 2,5 hijos en 1996 a 1,97 hijos en 2011 (6).

Nolasco (9) en su investigación realizada en México, en sus hallazgos se incluyeron 163 pacientes y 170 recién nacidos. Si bien no se informaron muertes maternas, sí falleció un recién nacido. Los trastornos de hipertensión relacionados con el embarazo (10%) y la diabetes gestacional (16%) fueron las dos complicaciones maternas más típicas. Son indicativas las cesáreas previas, que pusieron fin al 71,1% de los embarazos. La amenaza de un parto prematuro fue el principal factor de hospitalización (4,2%). La rotura prematura de membranas se produjo en el 11% de los individuos.

“Al nacer, normalmente había 38 semanas de gestación, los recién nacidos pesaban una media de 3032 g. Se notificaron anomalías congénitas en cinco casos (2,9%). La prematuridad provocó que el 12,3% (21/170) de los neonatos fueran trasladados a sala cuna.” (9).

La condición mencionada anteriormente es la misma en la región de Ayacucho, especialmente para las mujeres mayores de 35 años. Se agrava si provienen de un nivel socioeconómico bajo y tienen determinantes de salud desfavorables, según el

sistema informático perinatal (SIP-2000) del Hospital Regional de Ayacucho se atiende un promedio de 450 gestantes mensualmente, quienes presentan diferentes complicaciones obstétricas como hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia, RPM, amenaza de parto pretérmino, parto pretérmino, hipodinamia uterina, anemia moderada o severa, de ellas se ha observado que un gran porcentaje son mujeres embarazadas con una edad mayor a 35 años; no se cuenta con estudios en este grupo etario de gestantes, ni de cuáles son las principales complicaciones, por lo antes expuesto es que nos planteamos la siguiente interrogante.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho. Enero - Diciembre 2021?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.4.1. GENERAL:

- Identificar los factores de riesgo más frecuentes asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho. Enero - Diciembre 2021.

1.4.2. ESPECIFICOS:

- Determinar la incidencia de los factores de riesgo más frecuentes asociados a las complicaciones obstétricas en las gestantes añosas.
- Identificar si los factores de riesgo sociodemográfico: edad, estado civil, nivel de instrucción, ocupación están asociados a complicaciones obstétricas en gestantes añosas.

- Identificar si los factores de riesgo obstétricos: índice de masa corporal, número de atenciones prenatales, edad gestacional, paridad, periodo intergenésico, antecedente de cesárea previa están asociados a complicaciones obstétricas en gestantes añosas.

1.5. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Según la Dirección General de Epidemiología y control de enfermedades (2020) “se determinó que el grupo etario de 35 a 39 años presentó la mayor tasa de mortalidad materna en el Perú en todo el periodo 2015 -2021 siendo el 31.2% de muertes maternas” (10).

En la actualidad el número de embarazos entre mujeres adultas mayores en países desarrollados va en aumento, por el deseo de alcanzar metas profesionales y estabilidad económica, ya que nuestros países en vías de desarrollo ya no son ajenos, evidenciándose a diario con las numerosas atenciones en los hospitales realizadas a gestantes cada vez con mayor edad. Como resultado, es probable que esté relacionado con diversos problemas de salud, así como con problemas obstétricos, que podrían empeorar el embarazo y provocar la muerte de la mujer. (10).

Como se mencionó anteriormente, después de los 35 años, las mujeres tienen más probabilidades de quedar embarazadas y tener problemas durante el parto, lo que aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas y neonatales, siendo la edad materna avanzada un factor de riesgo.

El reconocimiento de los factores que se asocian a las complicaciones es importante para contribuir en incrementar conocimientos actualizados del quehacer científico del campo de la obstetricia, esto va a beneficiar a las usuarias en el aspecto que las

Obstetras identifiquen tempranamente estos factores y tomen las medidas respectivas para prevenir estas complicaciones en este grupo de madres vulnerables. Así mismo, El hecho de que el embarazo en mujeres mayores de 35 años sea de particular interés debido al aumento de problemas maternos y fetales inspiró la realización de esta investigación. Este grupo de edad tiene la mayor prevalencia de dificultades obstétricas durante el embarazo, el parto y el puerperio, lo que es un factor crucial para determinar las iniciativas de salud pública, definir políticas sociales y rastrear el éxito de esas iniciativas.

En el Hospital Regional de Ayacucho no hay muchos estudios sobre el tema, por lo que esta investigación se considera relevante con la finalidad de conocer la incidencia de las complicaciones obstétricas en las gestantes añosas, datos actualizados y además sería un apoyo para nuevos trabajos de investigación.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Días y Da Silva 2021, en su estudio “Aparición de complicaciones en el periodo gestacional en mujeres en edad materna avanzada” el cual tuvo como Objetivo: Analizar la relación entre las complicaciones durante el embarazo y el envejecimiento materno. Un estudio retrospectivo utilizando un enfoque cuantitativo. La población fue una evaluación de los prontuarios de 1.336 mujeres que dieron a luz en un hospital universitario del sur de Brasil entre 2015 y 2018. Resultados: La edad materna media fue mayor para la hipertensión arterial sistémica, la preeclampsia (77,5%) y la diabetes gestacional (93,6%) durante el embarazo. Asimismo, el 83,3% de las mujeres embarazadas de 35 a 40 años presentaban preeclampsia. Las mujeres de 40 años o más tenían 1,06 veces más probabilidades de desarrollar preeclampsia, 0,87 veces más probabilidades de desarrollar eclampsia, 1,04 veces más probabilidades de desarrollar diabetes gestacional y 1,01 veces más probabilidades de desarrollar un parto prematuro 1,12 veces más probabilidades de experimentar placenta previa 1,33 veces más probabilidades de experimentar hemorragia y 1,33 veces más probabilidades de experimentar restricción del crecimiento intrauterino. Conclusiones: Existe una

asociación con las complicaciones relacionadas con la edad, y la probabilidad de complicaciones es particularmente alta en mujeres embarazadas mayores de 40 años, así como desarrollar RCIU y preeclampsia (17).

Moya y Garaboto 2017, en su investigación “Resultados maternos y perinatales en gestantes con avanzada edad materna”, se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal con el **objetivo** de describir los resultados maternos y perinatales en gestantes de edad avanzada. La muestra estuvo compuesta por 372 gestantes que fueron atendidas en el servicio de obstetricia del hospital general docente "Mártires del 9 de Abril" entre el 01 de octubre de 2011 y el 30 de setiembre, que tenían 35 años o más y una edad gestacional mayor de 22 semanas.

Resultados: El grupo de edad de 35 a 39 años era mayoritario (87,1%). El 46,3% eran segundigestas. Los tres trastornos relacionados, vaginitis, obesidad y anemia, representaron el 78,5%, el 45,7% y el 22,8% respectivamente. Las dos afecciones identificadas con mayor frecuencia fueron el oligohidramnios (17,7%) y la hipertensión gestacional (19,1%). Casi todas las mujeres embarazadas (97,6%) dieron a luz a término. El inicio del trabajo de parto espontáneo ocurrió en el 63,2%. La indicación de cesárea fue del 40,1%. El 88,2% de los neonatos tuvieron normopeso y el 94,8% tuvieron buen Apgar al nacer. La tasa de mortalidad fetal fue del 2,2%. La hiperbilirrubinemia (2,4%) y las malformaciones congénitas (2,2%) fueron las morbilidades neonatales más comunes. El 79% tuvo un puerperio fisiológico. Conclusiones: La prevalencia de partos distónicos aumentó con el aumento de la edad materna y también afectó negativamente a los marcadores de morbilidad y mortalidad perinatal. Esta comunidad tiende a tener más nacimientos

a mayor edad (18 años).

Kenny LC, y col 2017 en su investigación "Edad materna avanzada y resultado adverso del embarazo: evidencia de una gran cohorte contemporánea", el **objetivo** de este estudio fue investigar la asociación entre la edad materna avanzada y los resultados adversos del embarazo en una gran cohorte contemporánea.

Metodología: Los investigadores utilizaron datos del estudio de cohorte prospectivo "The SCOPE Study" de mujeres embarazadas de 14 centros en Irlanda, Gran Bretaña, Australia y Nueva Zelanda. Se analizaron variables como edad materna, edad gestacional, peso al nacer, hipertensión gestacional, preeclampsia y parto prematuro. Para evaluar la relación entre la edad materna avanzada y los resultados desfavorables del embarazo, se llevaron a cabo análisis estadísticos.

Resultados: Según el estudio, cuanto mayor es la edad de la madre, mayor es la probabilidad de que el embarazo tenga resultados desfavorables. La edad de la madre aumenta gradualmente el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer, hipertensión gestacional y preeclampsia. Estos hallazgos implican un vínculo entre una edad materna más avanzada y un mayor riesgo de problemas en el embarazo.

Conclusiones: Este estudio proporciona evidencia de que la edad materna avanzada se asocia con un mayor riesgo de resultados adversos del embarazo en una cohorte contemporánea. Los hallazgos resaltan la importancia de considerar la edad materna al evaluar el riesgo y brindar atención prenatal adecuada a las mujeres mayores. Sin embargo, para comprender completamente esta asociación, se deben tener en cuenta otros factores de riesgo y replicar los resultados en diferentes poblaciones (19).

Rivas 2015 en su investigación titulada "Asociación entre edad materna avanzada y los resultados perinatales adversos en una clínica universitaria de Cartagena

(Colombia), 2012. Estudio de cohorte retrospectiva”, esta investigación tuvo como **objetivo** evaluar la asociación entre la edad materna avanzada y los resultados perinatales adversos. **Metodología:** estudio observacional de cohorte con un tamaño muestral de 160 gestantes con un muestreo aleatorio simple donde se midieron las variables demográficas, edad gestacional al momento del parto, peso y talla de los recién nacidos, Apgar a los 5 minutos y vía del parto. **Resultados:** Dada la avanzada edad de la gestante, el riesgo relativo (RR) de muerte fetal intrauterina fue de 1,33 (IC 95%: 0,59-2,99). Finalmente, el RR de asfixia perinatal dada la edad materna avanzada fue de 0,96 (IC 95%: 0,66-1,39), mientras que el RR de prematuros fue de 0,94 (IC 95%: 0,42-2,05). **Conclusiones:** No se observó que los malos resultados perinatales estuvieran asociados con la edad materna (20).

Campos y Jacobo 2019 en su investigación titulada “Relación entre gestantes añosas y complicaciones maternas en gestantes atendidas en el centro de salud CLAS Parcona, 2019”. El objetivo fue determinar la asociación entre mujeres embarazadas de mayor edad y complicaciones maternas. El método de investigación fue descriptivo, retrospectivo y transversal. La población de estudio también incluyó a 145 mujeres embarazadas a tiempo completo de 35 años o más. Resultados: La mediana de edad fue 35-48 años, las comorbilidades fueron hipertensión arterial en 58,6%, anemia en 63,4%, infección urinaria en 62,8% y trabajo de parto prematuro en 58,6%, resultando en parto prematuro. Existe una relación directa entre las mujeres embarazadas de edad avanzada y la morbilidad materna (21).

Kong 2019 en su investigación “Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes añosas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa María de

Cutervo, Noviembre 2018 – “Febrero 2019”, con el objetivo de determinar complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes adultas mayores en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Santa María de Cutervo, de noviembre de 2018 a febrero de 2019, se ha realizado la epidemiología de: Estudios focalizados, observacionales y retrospectivos. publicado. El diseño fue “transversal – descriptivo” y la población muestra fue de 55 mujeres embarazadas de 35 años y más. Resultados: La frecuencia de embarazo entre las mujeres mayores fue de 14,40%, la edad materna fue de 36 a 39 años (63,64%), en pareja (60%) y de procedencia suburbana. Madres con edad gestacional de 37 a 41 semanas (65,31%), madres que han completado la educación secundaria (36,36%), multíparas (63,64%), gestantes de edad avanzada 54,55%... Entre ellas se encontraron las siguientes. Parto prematuro (18,18%), EHI (14,55%), DPP (09,09%), atonía uterina (07,27%) y aborto (05,45%). La prevalencia de complicaciones perinatales en gestantes ancianas fue de 45,45%, incluyendo: BPN (21,82%), parto prematuro (14,55%), RCIU (07,27%), sepsis (01,82%) (22).

Peralta 2019, en su investigación donde su **objetivo** fue “Determinar la asociación entre la edad avanzada y la hipertensión arterial en gestantes atendidas por el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Sergio E. Bernales en el año 2018”. **Materiales y Métodos:** estudio observacional, transversal y retrospectivo de casos y controles, con una muestra de 74 casos y 74 controles para las variables estimadas y fórmulas según casos y controles. **Resultados:** La proporción de edad materna avanzada en pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo fue de 33,78%, mientras que la proporción de edad materna avanzada en controles fue de 16,22%, p-valor <0,05, existiendo asociaciones significativas entre

variables. **Conclusiones:** la edad materna avanzada está asociada significativamente con la aparición de enfermedades hipertensivas durante el embarazo y también se considera un factor de riesgo (23).

Molina 2018 en su investigación “Complicaciones obstétricas en las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Lircay, Huancavelica 2018”, esta investigación tiene como **objetivo** determinar las complicaciones obstétricas de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Lircay. **Metodología:** 79 mujeres embarazadas mayores de 35 años constituyeron la población de este estudio observacional, no experimental, descriptivo, retrospectivo y transversal. Como instrumento sirvió la ficha de recolección de datos y el enfoque fue el análisis documental. **Resultados:** La mayoría de las gestantes mayores de 35 años tenían 36 años, con una edad mínima de 36 y máxima de 46. La edad promedio de las gestantes mayores de 35 años fue de 38,81 años. El 55,7% estaba casada, el 22,8% no tenía educación formal, el 46,8% había completado la escuela primaria y el 30,4% había completado la escuela secundaria o superior. El 20,3% tenía menos de 6 APN. La prevalencia de embarazos fue 7, con un promedio de 5, mientras que el mínimo fue 1 y el mayor 11, máximo de 3 abortos. En la primera mitad del embarazo, el 12,7% de las mujeres experimentó sangrado, el 5,1% tuvo hipertensión, el 5,1% tuvo amenaza de parto prematuro, el 2,5% tuvo rotura prematura de membranas, el 48,1% tuvo anemia y el 31,6% tuvo infecciones del tracto urinario. En cuanto a los problemas del parto, el 5,1% de las mujeres experimentó obstrucción del parto. **Conclusiones:** La anemia relacionada con el embarazo, las infecciones urinarias y el incumplimiento de la atención prenatal por dos de cada tres gestantes fueron los problemas obstétricos más comunes, lo que exige cerrar esta brecha (24).

Flores y col 2018, en su investigación “complicaciones maternas y neonatales durante el embarazo, parto y puerperio: Estudio comparativo en gestantes de edad extrema y óptima. Hospital Amazónico de Yarinacocha, marzo – agosto 2018”, con el objetivo de comparar las complicaciones maternas y neonatales durante el embarazo, parto y puerperio en gestantes de edad extrema y óptima. **Metodología:** investigación no experimental, cuantitativa, descriptiva, de diseño comparativo, la población estuvo conformada por 348 gestantes que se encontraban en edad extrema y 152 gestantes que se encontraban en edad óptima; la muestra estuvo compuesta por 100 gestantes que se encontraban en una edad extrema y 50 gestantes que se encontraban en una edad óptima. Una ficha de recolección de datos sirvió como instrumento y una revisión documental como técnica. **Resultados:** El 82% de las mujeres embarazadas de mayor edad tenían educación secundaria. El 78% eran compañeras de cuarto y 92 eran amas de casa de la ciudad. Según las características obstétricas, 98 mujeres mayores eran multíparas y el 54% inició el control prenatal en el primer trimestre. Según datos de natalidad, el 56% de los nacimientos se realizan por cesárea en mayores de 35 años. Las complicaciones maternas en mujeres embarazadas incluyeron anemia en el 26% y preeclampsia grave en el 22%. Las complicaciones del parto fueron desproporcionadas entre cabeza y pelvis, y el 22% ocurrieron en edades extremas. En el puerperio, una niña de 10 años presentó atonía uterina. Las características de los neonatos fueron que el 98% de los mayores tenían un Apgar normal en 1 pie (8-10), el 4% de los mayores tenían asfixia leve y el 6% de las gestantes mayores tenían una edad gestacional de 4000 g. Las complicaciones neonatales fueron el bajo peso al nacer en edades extremas, representando el 8%. Las complicaciones maternas y neonatales

incluyeron infecciones del tracto urinario en el 28% y síndromes hipertensivos en el 26% en mujeres mayores. La principal complicación neonatal fue el bajo peso al nacer, que fue del 18% en las gestantes de mayor edad (25 años).

Barahona 2017, en su investigación “Edad Materna Avanzada y su Asociación con las Complicaciones Materno Perinatales en Gestantes Atendidas en el Hospital Sergio E Bernales 2017” el cual tuvo como **objetivo:** Determinar la asociación entre mayor edad materna y complicaciones maternas perinatales en gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales en el año 2017. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, analítico, transversal retrospectivo y diseño de casos y controles en el que participaron 302 gestantes. Fueron divididas en dos grupos: 151 mujeres adultas mayores que entraron en el grupo de casos y 151 mujeres embarazadas de entre 20 y 35 años bajo la supervisión de Sergio E. Bernales. Hospital, 2017. **Resultados:** Preeclampsia ($p = 0,019$ $o = 2,41$), obesidad materna ($p = 0,030$ $o = 7,29$), rotura temprana de membranas ($p = 0,002$ $o = 2,41$) y parto prolongado ($p = 0,015$, $o = 8,39$) es una complicación materna que se relaciona en gran medida con la edad materna. Los trastornos fetales ($p = 0,002$ $o = 5,29$) también son complicaciones perinatales y se asocian significativamente con el feto. Maternidad progresiva. Por ejemplo, preeclampsia, violación de membrana prematura, espesor prolongado y prolongado y Trastornos fetales en mujeres embarazadas en Sergio E. 2017 Bernalés.

2.2. BASE TEÓRICO CIENTÍFICA

2.2.1. Embarazo:

“Se define al embarazo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquella etapa que comienza cuando termina la implantación” (11).

Desarrollar un bebé dentro del cuerpo es lo que De Cherney llama estado materno. Desde la fecundación hasta la octava semana de embarazo, el resultado de la concepción se denomina embrión, y desde esta semana hasta el nacimiento, se denomina feto (12).

2.2.2. Gestante añosa:

Una mujer embarazada que presenta su embarazo a los 35 años o más es considerada de “edad materna avanzada” por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Otras palabras de uso frecuente incluyen “añosa”, “madura” y “tardía” (13).

2.2.3. Embarazo de alto riesgo

“Aquel en el que la madre, el feto o el recién nacido tiene o pueden tener un mayor riesgo de morbilidad o mortalidad antes, durante o después del parto” (11).

Clasificación:

- **Alto Riesgo Tipo I:** mujeres embarazadas con buena salud que no hayan experimentado previamente dificultades con sus embarazos o muertes perinatales., pero existen riesgos biopsicosociales que las predisponen a complicaciones posteriores tales como: analfabetismo, pobreza, tabaquismo y/o alcoholismo, un embarazo no deseado, talla menor de 1,50 m., peso menor de 45 Kg., edad menor de 15 años o mayor de 35 años para su primer embarazo, entre otros (16).
- **Alto Riesgo Tipo II:** mujeres embarazadas que tienen antecedentes gineco-obstétricas tales como: recién nacido con bajo peso al nacer, sensibilización al factor Rh, pre eclampsia o eclampsia, cesárea anterior, entre otras, pero que por

lo demás están sanas en el embarazo actual y sin antecedentes de mortalidad perinatal (16).

- **Alto Riesgo Tipo III:** mujeres embarazadas con antecedentes de muerte perinatal que, por lo demás, están sanas en el trimestre actual; mujeres embarazadas que experimentan complicaciones en el trimestre actual, hayan experimentado o no muerte perinatal; y mujeres embarazadas con enfermedades de base como diabetes, hipertensión crónica, nefropatía, enfermedades cardíacas, VIH, entre otras (16).

2.2.4. Embarazo en Mujeres Añosas:

También conocido como embarazo avanzado o embarazo en mujeres de edad avanzada, se refiere al proceso de gestación en mujeres que tienen una edad más avanzada, generalmente a partir de los 35 años o más. Este término abarca la concepción, desarrollo y parto de un bebé en mujeres que se encuentran en una etapa de la vida en la que la fertilidad y la capacidad reproductiva naturalmente disminuyen.

“Si bien muchas de ellas son capaces de concebir a los 35 años o más, las posibilidades de que una mujer quede embarazada disminuyen con la edad debido al deterioro de la calidad de sus óvulos, especialmente para aquellas que esperan hasta la perimenopausia para tener hijos. Esto sin tener en cuenta la serie de adaptaciones metabólicas que se producen durante el embarazo para proporcionar los sustratos que el feto necesita” (15).

2.2.5. Complicaciones del embarazo en las mujeres añosas:

La maternidad tardía suele estar vinculada a patologías dependientes del embarazo, así como a consecuencias de patologías preexistentes, que inevitablemente

empeoran con la edad. Las anomalías no cromosómicas tienen un 1 y un 2,5% más de probabilidad de ocurrir durante el embarazo a partir de los 35 y 40 años, respectivamente. Las complicaciones de esta condición van desde preeclampsia con o sin presión arterial alta (que en algunos casos puede empeorar y poner en riesgo la vida de la mujer), diabetes gestacional, retraso del crecimiento intrauterino (CIUR) y tromboembolismo, aunque asociado con tromboembolismo, enfermedad pulmonar. , el parto prematuro y el aborto se encuentran entre las complicaciones más comunes, la ecografía al principio del embarazo se puede utilizar para detectar anomalías ováricas y la insuficiencia cervical asociada a partos múltiples y legrados repetidos se puede diagnosticar desde el principio (11).

PREECLAMPSIA

Definición: Enfermedad después de las 22 semanas de gestación, caracterizada por el desarrollo de hipertensión arterial con proteinuria. Esto se puede clasificar como:

Preeclampsia leve: “Es aquella que presenta una presión arterial sistólica <160 mm Hg o diastólica < 110 mm Hg, o el incremento de la presión diastólica en 15 mmHg o más sobre la basal, con ausencia de daño de órgano blanco, proteinuria cualitativa desde trazas a 1 + (test de ácido sulfosalicílico)” (16,18).

Preeclampsia severa: se define como tener una presión arterial sistólica de al menos 160 mm/Hg, una presión arterial diastólica de al menos 110 mm/Hg, y/o un aumento de la presión arterial diastólica de al menos 30 mm Hg por encima del valor inicial. evidencia de lesión a los órganos blancos, oliguria, aumento de la creatinina sérica, edema pulmonar, disfunción hepática, trastorno de la coagulación, ascitis pulmonar, disfunción hepática son signos de afectación de órganos. (16,18).

Etiología

La preeclampsia es una complicación peligrosa del embarazo sin explicación conocida; sin embargo, se han propuesto varias teorías para intentar explicar este fenómeno, entre ellas:

- Un mal funcionamiento del sistema inmunológico, que provocaría una placentación insuficiente.
- Alteración del sistema de coagulación, con niveles elevados de tromboxano (un vasoconstrictor), niveles disminuidos de prostaciclina (un vasodilatador).
- Daño Endotelial Vascular, siendo el Estrés Oxidativo Celular su Principal Causa (18).

Diagnóstico:

1. Criterios diagnósticos: Debe haber al menos 2 lecturas de presión arterial en reposo elevadas, al menos una diferencia de 6 horas entre lecturas y signos de proteinuria para realizar el diagnóstico de preeclampsia.

2. Criterios de severidad: Una paciente con preeclampsia debe ser etiquetada como preeclampsia severa si se presenta cualquiera de los siguientes hallazgos:

- Presión arterial sistólica y/o diastólica inferior a 160 mm Hg.
- Proteinuria de 2 go más en orina de 24 horas, o 2+ cuando se analiza con ácido sulfosalicílico o una tira reactiva.
- Una condición neurológica caracterizada por dolor de cabeza recurrente y problemas de visión (irritación cortical).

- Un recuento de plaquetas inferior a 100.000 células por mililitro y/o signos de anemia hemolítica microangiopática.
- Aumento de enzimas hepáticas: TGO y/o TGP superior a 70 UI/ml
- Disfunción renal, indicada por un nivel de creatinina en sangre inferior a 1,2 mg/dl.

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Se refiere a la rotura del saco amniótico antes del inicio del trabajo de parto. Esta complicación obstétrica ocurre en aproximadamente el 10% de los embarazos y puede aumentar el riesgo de infección fetal y materna, parto prematuro y complicaciones neonatales.

La causa exacta de la RPM no se conoce completamente, pero se cree que puede estar relacionada con infecciones del tracto genital, lesiones del saco amniótico, anomalías congénitas, antecedentes de RPM en embarazos anteriores y partos múltiples.

Los síntomas de la RPM pueden incluir la pérdida de líquido amniótico, que puede ser un goteo constante o una liberación de una gran cantidad de líquido, y sensación de mojado en la ropa interior o en la cama. También puede haber fiebre, contracciones uterinas, dolor abdominal y dolor de espalda baja.

Diagnóstico:

Se realiza mediante la evaluación de los síntomas y la confirmación de la ruptura del saco amniótico a través de pruebas como el examen físico, la amniocentesis o las pruebas de pH vaginal.

Tratamiento:

Depende de la edad gestacional y la salud fetal y materna. En algunos casos, se puede optar por la observación y el monitoreo de la madre y el feto. En otros casos, puede ser necesario inducir el parto o realizar una cesárea para evitar complicaciones.

AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

"Clásicamente se define como la presencia de una dinámica uterina regular, que se produce debido a cambios progresivos en el cuello uterino entre las 22,0 y las 36,6 semanas de gestación. Durante el embarazo hay un saco amniótico intacto" (1,2). En la mayoría de las situaciones en las que una paciente ingresa con un diagnóstico tradicional de amenaza de parto prematuro, el riesgo real de que el parto comience dentro de la próxima semana es mínimo (10%). Existen enfoques objetivos que evalúan este riesgo con mayor especificidad y mejor poder predictivo, eliminando así los falsos positivos. Entre estos abordajes, podemos centrarnos en las técnicas de ecografía transvaginal y las técnicas bioquímicas. El riesgo de parto prematuro tiene causas multifactoriales (4). Las principales causas son: • Útero hiperestirado (embarazo múltiple, polihidramnios). • Infecciones en otras partes del cuerpo (apendicitis, pielonefritis). • Infección/inflamación intraamniótica subclínica: ésta es una causa conocida. La APP es más común durante las primeras etapas del embarazo (hasta las 32 semanas de embarazo). Según el Centro de Salud Materno Infantil de Barcelona (BCNatal), el 18% de las mujeres inscritas en APP padecen una inflamación intraamniótica infecciosa similar a las reportadas en la literatura. Hay un 40% de posibilidades de que se produzca infección/inflamación intraamniótica antes de las 32 semanas de edad. El diagnóstico de esta etiología en

este contexto puede ser de gran importancia para mejorar el pronóstico general del embarazo, ya que la literatura describe el parto prematuro espontáneo y el aumento asociado de la morbilidad neonatal. Consideraciones diagnósticas generales

Importante para pacientes ingresadas con características clínicas consistentes con riesgo de parto prematuro (p. ej., sensación de movimiento uterino, dolor lumbar persistente, opresión pélvica, sangrado vaginal leve o irregular). Sí: I. Fecha de embarazo. Si es posible, hágase una ecografía al principio de su embarazo. II. Historial médico específico para excluir la presencia de factores de riesgo adicionales o enfermedades que contraindiquen la contractilidad uterina (p. ej., DPPNI, corioamnionitis). III. Examen físico para descartar otras posibles causas de dolor o dinámica uterina anormal (como fiebre, peritonitis, palpitaciones).

Laboratorio/Obstetricia: compruebe la frecuencia cardíaca fetal. (22) – Valoración abdominal (altura uterina, estado de reposo, feto, irritabilidad, útero, etc.). - Artroscopia: Visualización del cuello uterino (escisión, líquido amniótico, sangrado uterino).

- Tacto vaginal: no se hará de forma sistemática, sino que se realizará ante dudas ecográficas o sospecha de trabajo de parto instaurado según el índice de Bishop. Evitaremos los tactos vaginales seriados ya que incrementan el riesgo de infección.

Pruebas complementarias

- **RCTG (registro cardiotocográfico):** valorar dinámica uterina y descartar signos de pérdida del bienestar fetal.
- **Ecografía transvaginal:** estudio de cervicometría.
- **Marcadores bioquímicos (sólo si no disponemos de la ecografía transvaginal):**

No se ha observado que la combinación de marcadores bioquímicos y la longitud cervical mejoren la predicción del parto pretérmino espontáneo (19).

Evaluación del riesgo

Individualizaremos el manejo clínico de las gestantes con amenaza de parto pretérmino en función del riesgo de presentar un parto pretérmino espontáneo.

Pacientes de alto riesgo:

- Cérvix corto para edad gestacional y/o Bishop ≥ 5 y/o
- Presencia de algún factor de riesgo de parto pretérmino: antecedente de parto pretérmino espontáneo previo antes de las 34 semanas, pérdida gestacional tardía (>16 semanas), gestación múltiple, portadora de cerclaje cervical, malformación uterina, antecedente de conización cervical (18).

Pacientes de bajo riesgo: ausencia de los criterios anteriormente citados.

PARTO PRE TÉRMINO

“El parto prematuro se define como el final del embarazo antes de las 37 semanas (menos de 259 días) con 500 gramos de peso, 25 cm de longitud cefalo-nalgas o 22 semanas de gestación. El Nacimiento Prematuro es un Reto para la Salud Pública ya que los Bebés Prematuros son Causa de Mortalidad y Morbilidad Neonatal además de Presentar Preocupación para los Servicios de Salud y sus Familias por los Daños y Consecuencias que puedan Ocurrir en el Futuro” (15).

No somos conscientes de cómo se inicia el parto pretérmino. Se cree que el parto se inicia mediante la oxitocina, las hormonas suprarrenales materno-fetales y el tono simpático, mientras que la progesterona, la hidratación y el reposo actúan como úteros inhibidores.

Clasificación

Según la edad gestacional, los recién nacidos prematuros se clasifican en las siguientes subcategorías:

- prematuros extremos: aquellos nacidos con una edad gestacional inferior a 28 semanas.
- Muy prematuros: nacidos entre las 28 y 32 semanas de gestación.
- Prematuros moderados a tardíos: que nacieron entre las 32 y 37 semanas de edad gestacional (28).

Debido a que tiene una fuerte correlación con la supervivencia del recién nacido, la edad gestacional en el momento del nacimiento del niño es significativa.

Etiología

“Es desconocida en el 50% de los casos. Son factores de riesgo los siguientes: edades extremas, consumo de alcohol, cocaína, tabaco, déficits nutricionales, bajo nivel socioeconómico, infección vaginal, cervical o de líquido amniótico, polihidramnios, gestación múltiple, placenta previa, abrupción placentaria y rotura prematura de membranas” (14).

Patogenia

“No es muy conocido. Parece que puede ser causada por una liberación prolongada de mediadores inflamatorios (IL-6, IL-1 y TNF) producida en el curso de la corioamnionitis crónica, cuya causa más común es la vaginosis bacteriana, pero que también puede ser provocada por la colonización de las membranas por microbios de cualquier otro foco infeccioso (incluidas las infecciones periodontales)” (14).

Diagnóstico

Se realiza porque hay dinámica uterina y cierta dilatación cervical. La identificación

de pacientes con riesgo de parto prematuro es crucial; Para ello, examinaremos los siguientes elementos:

- **Características clínicas:** antecedentes de parto prematuro, dinámica temprana ligada al sangrado vaginal o expulsión temprana del tapón mucoso. El segmento inferior se prepara para el parto mediante contracciones fisiológicas ocasionales e indoloras (contracciones de Braxton-Hicks) que tienen lugar durante el tercer trimestre (30). “El índice de Bishop también debe utilizarse para medir el estado de dilatación cervical (dilatación de 2 a 3 cm y borramiento del 70%)” (14).

RETENCION PLACENTARIA

Este es el mecanismo por el cual la placenta, que fisiológicamente no es expulsada al exterior, se clasifica en retención parcial o retención de residuos placentarios y retención completa de la placenta. La condición se define como la falta de salida de la placenta dentro de los 30 minutos posteriores al parto del feto en condiciones normales y dentro de los 15 minutos posteriores al parto.

La placenta no puede ser expulsada porque se encuentra adherida o bien encarcelada en el útero.

“La existencia de restos placentarios, cotiledones o fragmentos de membrana ovular adheridos a la pared uterina son las causas más prevalentes. Como resultado, la cavidad uterina ocupada por la placenta no puede contraerse de manera eficiente, lo que provoca un sangrado continuo” (14).

Fisiopatología:

- **Distocias dinámicas en retención total de placenta:** pueden deberse a causas de contracciones perturbadas (anillos de contracción) o a una insuficiente contractilidad (inercia). “En caso de la inercia sus causas pueden ser de origen local o general, ejemplo el uso y abuso de drogas sedantes, otras las malformaciones congénitas, distensión exagerada de la fibra muscular uterina como es en el embarazo gemelar, polihidramnios, por degeneración de la fibra muscular: multiparidad, obesidad, edad avanzada, fibromatosis uterina, el agotamiento de la actividad contráctil del útero después de un parto prolongado y la infección amniótica. El proceso revela ausencia de dolor característico que anuncia el desprendimiento, disminución de la consistencia del útero aumento de volumen y hemorragia externa (este último si el desprendimiento es parcial)” (29).

- **Anillos de contracción:** Resulta de la contracción de la región circular del útero. Pueden ocurrir sin motivo aparente, pero la mayoría de las veces son provocados por un masaje uterino inadecuado, la administración inadecuada de medicamentos oxitócicos como píldoras e inyecciones de ergometrina y oxitocina inyectable.

“La causa de la hemorragia podría residir en el hecho que la placenta retenida por encima del anillo y parcialmente desprendida, impide que el útero se retraiga y comprima los vasos abiertos; la sangre sale a chorros intermitentes, el diagnóstico se realiza al tacto vaginal” (29)

- **Distocia anatómica:** unión anormal de la placenta (placenta accreta, increta, percreta). Causas de endometritis, procesos inflamatorios de la placenta o inflamación previa del útero. "La placenta accreta es la inserción anormal de parte o la totalidad de la placenta con una ausencia total o parcial de la decidua basal y

una anomalía del caduco verdadero en el que las vesículas coroideas invaden el miometrio" (18). - Fisiología del acretismo: Se cree que se debe a la ausencia o carencia de la capa de Nitabuchi. Nitabuch es una fina capa situada entre la decidua basal y el Chorion frondosum. Es causada por la remodelación del endometrio basal y de la decidua, especialmente después de una cesárea. El diagnóstico final se realiza mediante histopatología, cuando se confirma la penetración de las vellosidades coroideas en el miometrio. (26) - Trastornos de la coagulación: Son la hipofibrinogenemia, provocada por una disminución de los niveles de fibrinógeno por debajo de un nivel crítico (200-400 g/dL), en la que la sangre no coagula, y si no se trata adecuadamente, la mayoría provoca la muerte.

ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO

La OMS lo define como el desgarro de membranas o la ausencia de un tramo de la superficie materna de la placenta en una mujer posparto con sangrado variado que persiste más de 12 horas después del parto. Su estudio es crucial porque es una de las principales causas de hemorragia posparto.

Ocurre con frecuencia en mujeres que dan a luz en casa y es un factor de morbilidad y mortalidad materna. Esto se debe, en parte, al ineficaz manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto, que, una vez implementado, aumenta el riesgo de hemorragia posparto (HPP) y sepsis independientemente del lugar del parto.

“La retención de restos o partes de placenta o membranas puede resultar en atonía uterina, el cual inicialmente puede responder a uterotónicos, pero esta situación puede recurrir durante el puerperio inmediato” (29).

Históricamente, el diagnóstico de restos retenidos se ha basado en signos y síntomas clínicos como sangrado vaginal, fiebre y dolor abdominal, pero el uso de la ecografía

ha ayudado significativamente en la detección de restos placentarios. La ecografía pélvica, la principal opción de imagen en la evaluación de placentas retenidas, es crucial para identificar la causa del sangrado irregular.

Diagnóstico:

Consiste en un examen minucioso de la placenta posterior al parto para verificar la integridad de ambas y de sus membranas, buscando la ausencia de uno o más cotiledones.

“El sangrado externo es intermitente y puede no tener una correlación inversa con el tamaño de los cotiledones retenidos en términos de intensidad. El diagnóstico se confirma mediante el examen intrauterino, que sólo se realizará si es necesario. La evolución clínica de los cotiledones retenidos puede seguir varios caminos: se separan y se expulsan por sí solos; Posteriormente, en el puerperio, resulta frecuentemente en hemorragias, a veces extremadamente peligrosas; pueden desintegrarse e infectarse por bacterias que han surgido del canal, o pueden ensamblarse en el útero y convertirse en pólipos placentarios que pueden o no ser expulsados más adelante” (17).

La ecografía es útil para el diagnóstico. En caso de duda, podemos utilizar una ecografía abdominal sencilla o un Doppler color para identificar rápidamente si el útero está vacío, si todavía hay tejido o membranas placentarias y si es necesario un legrado uterino.

Complicaciones

Hemorragia por retención de restos placentarios.

Una vez que la placenta se expulsa correctamente, los músculos uterinos comienzan

a tensarse y retraerse, lo que provoca que los vasos sanguíneos correspondientes se contraigan. Las lesiones endometriales de abortos anteriores, el legrado de endometritis de forma regular, etc., contribuyen a una implantación desigual de la placenta y promueven la retención de membranas y trozos de cotiledones en cantidades variables. Las membranas retenidas normalmente se descargan solas, lo que provoca una pérdida de sangre mínima (17).

“En el caso de la retención de fragmentos de cotiledones o de parte de la placenta, se producen graves hemorragias en las zonas donde se desgarran los vasos, debido a que estos permanecen abiertos sangrando en forma continua” (17).

En ciertos casos, los restos placentarios retenidos se vuelven necróticos y dejan loquios sanguíneos, lo que empeora la afección y aumenta el riesgo de infección. Normalmente, se debe revisar la placenta después del parto; Además, incluso si hay sangrado después de la expulsión, se debe examinar la placenta para mostrar la salud de los vasos sanguíneos y la salud de las membranas.

Tratamiento:

“Consiste en la extracción delicada con pinzas de anillo y el legrado digital con todas las medidas de asepsia; pueden usarse una cureta grande y fenestrada para hacer el barrido de la cavidad uterina, pero jamás se usarán las llamadas curetas de cotiledones cuyos bordes afilados y el raspado que se hacen con ella significan graves lesiones en las paredes uterinas, determinantes en el futuro de bridas y adherencias entre las paredes uterinas, y sus secuelas posteriores” (17).

ATONIA UTERINA

La atonía uterina es una complicación obstétrica que ocurre cuando el útero no puede contraerse adecuadamente después del parto, lo que puede provocar

hemorragia posparto y poner en peligro la vida de la madre. La atonía uterina es una de las principales causas de mortalidad materna en todo el mundo, pero se puede prevenir y tratar adecuadamente si se detecta temprano.

El útero es un órgano muscular que se contrae durante el trabajo de parto para expulsar al feto y la placenta. Una vez que el bebé nace, el útero sigue contrayéndose para evitar la hemorragia y para que la placenta se separe y sea expulsada. Si el útero no se contrae lo suficiente, la placenta puede permanecer en el útero, lo que puede provocar una hemorragia posparto.

Factores de riesgo:

- Trabajo de parto prolongado
- parto inducido
- Múltiples embarazos
- Distensión uterina excesiva
- Polihidramnios
- Administración de ciertos medicamentos como los tocolíticos.

Tratamiento:

Masaje uterino, la administración de medicamentos que estimulan las contracciones uterinas, la compresión aórtica y la terapia con oxitocina. En casos graves, puede ser necesario realizar una cirugía como una histerectomía o una embolización arterial uterina.

DESGARRO PERINEAL

“Los desgarros son pérdida de continuidad que se producen en las partes blandas del canal del parto, afectando al periné (rafe medio y musculatura del periné, así como vagina). El desgarro puede ser central o lateral. La morbilidad asociada a los

desgarros perineales es un problema de salud, ya que más del 91% de las mujeres reportan un síntoma persistente al menos por ocho semanas después del parto” (23). La mayoría de las mujeres pueden dar a luz sin dañar significativamente su periné. Sin embargo, un trauma perineal significativo, que afecta el músculo o tejido del recto, ocurre entre el 1% y el 8% de las mujeres que dan a luz, más frecuentemente cuando se emplean fórceps. Con frecuencia se recomiendan antibióticos porque se cree que existe un mayor riesgo de infección cuando una mujer experimenta un desgarro perineal importante durante el parto vaginal. Después de un desgarro perineal importante, una mujer que desarrolla una infección también puede correr riesgo de desarrollar otras morbilidades como hematoma, dispareunia, incontinencia y fístula recto vaginal. Las alergias a medicamentos, la aparición de bacterias resistentes a los antibióticos y el fomento de infecciones oportunistas son algunos de los posibles efectos negativos de la terapia con antibióticos (23).

Pacientes en riesgo para presentar desgarro perineal:

“Las mujeres primíparas tienen mayor riesgo de desarrollar desgarros perineales de todas las mujeres embarazadas; esto se debe a que les sucede con mayor frecuencia, especialmente en casos en los que no se realiza una episiotomía o no es suficiente para facilitar el parto del feto, cicatrices quirúrgicas previas, atención deficiente del parto, parto precipitado o macrosomía fetal (definida como un feto que pesen más de 4000 g) están presentes. Aunque la persona que asiste al parto tiene experiencia, la rigidez de los tejidos, especialmente en primíparas añosas, hasta 20 veces existen algunas condiciones desfavorables en la constitución del periné (desnutrición materna, infecciones), que facilitan los desgarros. También se presentan en la pelvis estrecha” (23).

Clasificación de los desgarros

Los desgarros vulvoperineales se clasifican en 4 grados:

- **I Grado:** Afecta piel y pared vaginal.
- **II Grado:** Afecta a los músculos bulbo cavernoso y músculo transverso superficial del periné.
- **III Grado:** Afecta también al esfínter anal externo.
- **IV Grado:** Afecta también la mucosa (23).

Consecuencia de los desgarros perineales

“Se sabe que una episiotomía o desgarro mal suturado tienen consecuencias que ocasionan un efecto negativo en el área psicológica de la mujer, estas consecuencias pueden ser a corto, mediano y largo plazo, tales como, la dehiscencia, infección, fistulas, incontinencia fecal, prolapso, etc.” (24).

ANEMIA

“La anemia constituye uno de los problemas médicos más relevantes durante la gestación, incrementándose el riesgo de desarrollarla a medida que avanza la edad gestacional debido al aumento de los requerimientos nutricionales en respuesta a la síntesis y mantenimiento de la unidad feto-placentaria. Dado que es una causa frecuente de resultados maternos y fetales adversos, especialmente si $Hb < 7$ g/dL, es necesario investigar y tratar cualquier anemia detectada durante la gestación” (26).

Causas de la anemia durante el embarazo.

La causa más común de anemia durante el embarazo es la ferropénica, más del 50% de las anemias durante este período se deben a una deficiencia de hierro, seguida a menudo por una anemia por deficiencia de ácido fólico. La anemia por falta de

vitamina B12 ocurre muy raramente, porque su acumulación en el cuerpo es suficiente para cubrir la necesidad durante 3 a 5 años. Las hemoglobinopatías se caracterizan por un cambio en la síntesis de cadenas de globina. Suelen diagnosticarse antes del embarazo y requieren seguimiento conjunto con hematología (26).

- Talasemia: Se trata de un defecto genético (autosómico recesivo) en la síntesis de algunas cadenas de globina (alfa o beta) y distingue la talasemia alfa y beta. Dependiendo del número de alelos afectados aparecen diferentes síntomas de la enfermedad. Las formas leves incluyen la talasemia leve (alfa o beta) o portadores silenciosos; las formas más graves y sintomáticas incluyen la talasemia grave (beta u homocigoto) y la talasemia intermedia (beta homocigoto, beta doble heterocigoto o alfa). enfermedad HbH en la que tres de los cuatro genes α están funcionalmente alterados) (26). Existen otras causas menos comunes durante el embarazo. Aunque algunas de estas afecciones pueden presentarse durante el embarazo, suelen diagnosticarse con antelación y requieren un tratamiento colaborativo con las distintas especialidades médicas implicadas. - Anemia por sangrado. - Anemia hemolítica de etiología autoinmune por eritrocitosis congénita (trastornos de membrana como esferocitosis o trastornos enzimáticos como deficiencia de la enzima G6PD), hemoglobinuria, anemia paroxística nocturna o anemia microangiopática. - Anemia como consecuencia de la enfermedad de la sangre de Crohn. - anemia como resultado de procesos inflamatorios/crónicos (insuficiencia renal, infección activa). - Otras causas (por ejemplo, hipotiroidismo).

Clínica

La anemia durante la gestación puede cursar de forma asintomática y ser un hallazgo casual en una analítica rutinaria o bien cursar con sintomatología inespecífica, siendo la astenia el síntoma más frecuentemente referido.(31) Otros signos y/o síntomas frecuentes son la palidez mucocutánea, cefalea, sensación de mareo, disnea, palpitaciones, mayor sensibilidad al frío y/o síndrome de las piernas inquietas. En función del origen de la anemia podemos encontrar síntomas característicos:

- **Ferropenia:** fatiga, irritabilidad, disminución de la capacidad de concentración y/o caída del pelo.

- **Déficit vitamina B12 y/o ácido fólico:** piel rugosa, glositis y/o queilosis. El déficit de vitamina B12 también puede producir clínica neurológica por desmielinización.

- **Anemias hemolíticas:** suelen cursar con ictericia y coluria como manifestaciones generales. “En función del tipo de anemia hemolítica tendremos otras manifestaciones específicas (pej petequias en las microangiopatías como la púrpura trombótica trombocitopénica o PTT)” (31).

- **Drepanocitosis o anemia de celular falciforme:** Los casos graves se caracterizan por un síndrome anémico, fenómenos vaso-oclusivos e infecciones recurrentes por disminución de la función esplénica. Esto se asocia con complicaciones maternas y fetales, particularmente CIR, DPPNI, eventos tromboembólicos, trastornos hipertensivos y Preeclampsia e infecciones (especialmente infecciones del tracto urinario y neumonía). - **Talasemia:** La anemia leve suele ser asintomática o cursar con anemia leve. Por el contrario, los tipos principales se asocian con anemia más grave, que es dependiente de transfusiones y tiene un alto riesgo de hemo

siderosis (cardíaca, hepática, endocrina) y malformaciones óseas (osteopenia, osteoporosis, eritropoyesis extramedular) que pueden ser secundarias a policitemia. intervención. Mayor riesgo de complicaciones. Madre y feto, énfasis: CIR. Eventos tromboembólicos y preeclampsia. Diagnóstico de anemia durante el embarazo. Aunque es posible sospechar anemia en función de los síntomas, el diagnóstico se realiza de forma analítica. Se solicita un hemograma completo durante cada trimestre del embarazo y siempre que se presenten síntomas sugestivos de anemia o deficiencia de hierro. Durante el embarazo, el aumento del volumen de plasma materno (30-50%) en comparación con el aumento de la masa de glóbulos rojos (20-30%) provoca anemia fisiológica y un estado de hemodilución.

Por lo tanto, el umbral para diagnosticar la anemia varía según la población general.

La anemia del embarazo se diagnostica si:

- Hb y Lt; 11 g/dl = 1er y 3er trimestre.
- Hb y Lt; 10,5 g/dl = segundo trimestre.

Los niveles de gravedad se diferencian en función de los valores de Hb (7).

- Anemia leve: 10-10,9 g/dl
- Anemia moderada: 7-9,9 g/dl
- Anemia grave: menor a 7 g/dl

2.3. HIPOTESIS

Los factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos están asociados a complicaciones maternas en gestantes añosas atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho. Enero - Diciembre 2021.

2.4. DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE TERMINOS

Edad:

Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta el presente.

Estado civil:

El matrimonio o unión conyugal, en un sentido más amplio, se define como la unión de dos personas de diferente sexo con el fin de procrear y compartir una vida en común.

Nivel de instrucción:

Grado académico más elevado de estudios alcanzado o realizado por una persona.

Ocupación:

Se trata de la acción de ocupar un puesto o un rol laboral para percibir un salario, sin necesidad de tener vocación ni profesión.

Índice de masa corporal (IMC):

Es una cifra que se genera en base al peso y altura del individuo; Sirve como un indicador confiable para identificar las categorías de peso que pueden causar problemas de salud.

Atenciones prenatales:

La prevención, identificación y tratamiento de variables que pueden influir en la morbilidad materna y perinatal son los objetivos de todas estas acciones y procedimientos sistemáticos o esporádicos.

Edad gestacional:

Número de semanas de embarazo que tiene la gestante al momento de la resolución del embarazo.

Paridad:

El número total de nacimientos que tuvo la futura madre antes de su embarazo actual.

Periodo intergenésico:

Se refiere al intervalo entre el final de un embarazo y el inicio del siguiente.

Cesárea previa:

Antecedente de cesárea.

Complicaciones obstétricas:

Se refieren a la presencia de trastornos ocurridos durante el embarazo, el parto y puerperio.

Preeclampsia:

trastorno del embarazo que ocurre después de las 22 semanas de gestación, caracterizado por la aparición de la hipertensión arterial que se asocia a proteinuria.

Rotura prematura de membranas:

rotura espontánea de las membranas corioamnióticas que se produce antes del inicio del trabajo de parto, en una gestación mayor a las 22 semanas.

Amenaza de parto pretérmino:

Se define como la presencia de dinámica uterina regular asociada con presencia de modificaciones cervicales progresivas con membranas amnióticas íntegras, desde las 22 hasta las 36.6 semanas de gestación.

Parto pretérmino: que ocurre antes de las 37 semanas de gestación.

Retención de placenta: placenta adherida mayor a 30 minutos en alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos en alumbramiento dirigido.

Alumbramiento incompleto: Es la retención de restos placentarios y/o ovulares en la cavidad uterina.

Atonía uterina: incapacidad uterina de encogerse posterior al parto y la expulsión del feto del vientre materno.

Desgarro perineal de II grado: Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal.

Anemia moderada o severa: Es la disminución de la concentración de hemoglobina en sangre. Moderada: cifra de hemoglobina entre 7.0- a 9.9 gr/dl. Severa: cifra de hemoglobina menos de 7.0 gr/dl.

2.5. VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Factores de riesgo:

- **Factores sociodemográficos:**

Edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación.

- **Factores obstétricos:**

Índice de masa corporal, número de atención prenatales, edad gestacional, paridad, periodo intergenésico, antecedentes de cesárea previa.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Complicaciones obstétricas.

- Preeclampsia
- Rotura prematura de membranas
- Parto pretérmino
- Retención de placenta
- Alumbramiento incompleto

- Atonía uterina
- Desgarro perineal de II grado
- Anemia moderada o severa

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicada

3.2. MÉTODO DE ESTUDIO

Descriptivo, transversal y retrospectivo.

3.3. POBLACION

La población estuvo constituida por 453 historias clínicas de gestantes añosas que se atendieron en el Hospital Regional de Ayacucho durante el periodo de estudio. Enero - Diciembre 2021.

3.4. MUESTRA

La muestra estuvo constituida por 208 historias clínicas de gestantes añosas atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, obtenidas mediante la siguiente formula estadística.

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

N = representa el total de la población (N =

453) $Z_{\alpha} = 1.96$ (para un nivel de confianza del

95%)

p = Proporción esperada (en este caso se asume el 50% =

0.50) q = 1 – p (Corresponde en este caso a: 1-0.50 = 0.50)

d = Precisión (en este caso se fijó un 10% = 0.10)

n = 208 historias clínicas de gestantes añosas

3.4.1. TIPO DE MUESTREO

Probabilístico aleatorio simple

3.4.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

INCLUSIÓN

- Todas las gestantes con edad mayor igual de 35 años que se atendieron el Hospital Regional de Ayacucho.

EXCLUSIÓN

- Gestantes menores de 35 años atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho y con historias clínicas incompletas.
- Con hábitos tóxicos y
- Enfermedades crónicas subyacentes.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. TÉCNICA

- Recolección de información de fuente secundaria a través de la revisión de las historias clínicas.

3.5.2. INSTRUMENTO

- Ficha de recolección de datos.
- Está conformado por 15 ítems que califican los factores relacionados con las complicaciones obstétricas, el cual consta de 3 apartados: datos generales, datos

individuales, datos obstétricos y complicaciones maternas. Con respecto a cada pregunta, se marcó su respuesta de acuerdo a los datos de la historia clínica, por lo tanto, al ser un instrumento médico legal, el siguiente cuestionario fue anónimo para reservar la privacidad de la paciente, con el permiso correspondiente para la revisión de las historias clínicas.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

El instrumento se validó a través de una prueba piloto con muestra equivalente al 10% (gestantes mayores de 35 años con complicaciones obstétricas como: atonía uterina, retención placentaria, alumbramiento incompleto, amenaza de parto pretermino), para lo cual se analizó cada uno de los ítems, para determinar su concordancia con los objetivos de la investigación, así como la claridad, contenido y redacción de cada ítem. La confiabilidad se determinó mediante el empleo del Coeficiente Alfa de Cronbach.

3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

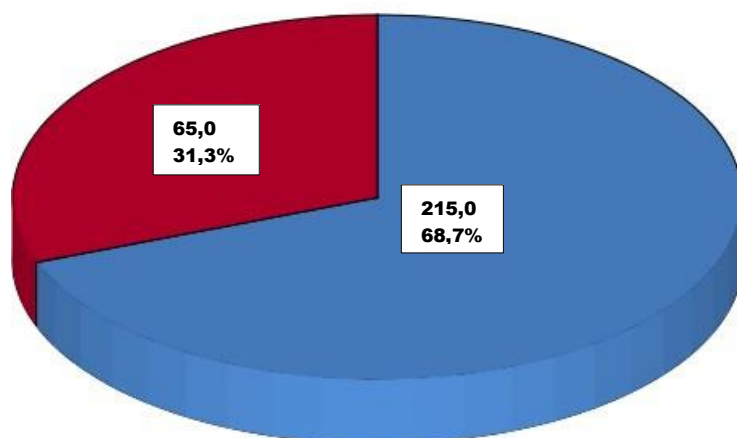
- Se solicitó autorización por medio de la decanatura de la Facultad de Ciencias de la Salud a la Dirección del Hospital Regional de Ayacucho para realizar el presente trabajo de investigación.
- Conseguida la autorización, se procedió a la revisión de las Historias Clínicas de las gestantes añosas, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.
- Los datos fueron recopilados en la ficha de recolección de datos.
- Los datos obtenidos fueron verificados, luego se clasificó y ordenó.

3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos se procesaron en el Software Estadístico IBM SPSS 26.0 (*Statistical Package for Social Science*), con los cuales se construyeron cuadros de una y doble entrada, a los cuales se les aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrado para determinar la relación de las principales variables de estudio.

CAPITULO IV
RESULTADOS Y DISCUSION

Si
No



Fuente: historia clínica – ficha de recolección de datos

Gráfico 01: Complicaciones obstétricas en gestantes añosas del Hospital Regional de Ayacucho. Enero – Diciembre 2021

El gráfico N° 01: Nos muestra la incidencia de complicaciones obstétricas en gestantes añosas del Hospital Regional de Ayacucho, durante el periodo de estudio se encontró que del 100% (208) de gestantes, el 68,7% (145) si presentaron complicaciones obstétricas, mientras que el 31,3% (65) no presentaron complicaciones.

Estos resultados son similares a lo encontrado **Kong, E. 2019**, en su investigación “Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes añosas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Santa María de Cutervo, Noviembre 2018 – Febrero 2019” donde reportó que las madres se caracterizaron por tener entre 36 y 39 años (63.64%), ser convivientes (60%), proceder de zonas urbano-marginales(45.45%), amas de casa (85.45%) y tener estudios secundarios completos (36.36%).

La gestación en mujeres de 35 años o más se considera un embarazo de edad materna avanzada. Es cada vez más frecuente que las mujeres deseen tener hijos después de los 35 o incluso de los 40 años, lo que ha llevado a convertirse en un fenómeno social importante. Sin embargo, los embarazos en estas edades conllevan un mayor riesgo de sufrir complicaciones propias de la gestación, así como un aumento de enfermedades maternas crónicas y una mayor probabilidad de muerte tanto de la madre como del feto. Por lo tanto, es importante que los programas de planificación familiar y anticoncepción en la comunidad se centren en evitar embarazos en mujeres mayores de 35 años. Además, es fundamental brindar una atención prenatal de calidad que permita prever las posibles complicaciones, para lograr los mejores resultados tanto para la madre como para el recién nacido.

Tabla 01: Complicaciones obstétricas en gestantes añosas del Hospital Regional de Ayacucho. Enero – Diciembre 2021.

Complicaciones maternas	N°	%
Hipertensión gestacional	9	4,3
Preeclampsia	22	10,6
RPM	25	12,0
Parto pretérmino	11	5,3
Retención placentaria	6	2,9
Alumbramiento incompleto	7	3,4
Placenta previa	14	6,7
Atonía uterina	12	5,8
Desgarro perineal	12	5,8
Anemia	25	12,0
Ninguno	65	31,3
Total	208	100,0

Fuente: historia clínica – ficha de recolección de datos

La Tabla 01: Muestra las complicaciones maternas en gestantes añosas del Hospital Regional de Ayacucho, del 100% (208) gestantes estudiadas, el 12,0% (25) presentaron RPM y anemia, el 10,6% (22) presentaron preeclampsia, el 6,7% (14) presentaron placenta previa, el 5,8% (12) presentaron atonía uterina y desgarro perineal, el 5,3% (11) presentaron parto pretérmino, el 4,3% (9) presentaron hipertensión gestacional, el 3,4% (7) presentaron alumbramiento incompleto y el 2,9% (6) retención placentaria.

Resultados son similares a los hallazgos de **Campos y Jacobo (2019, Ica)**, donde reporto que el 79.3% presentaron hipertensión arterial, el 63.4% presentaron anemia y el 58.6% amenaza de parto prematuro. Así mismo, **Días y Da Silva (2021, Brasil)** en su estudio reportaron que el 77,5% presentaron hipertensión arterial sistémica pre gestacional y preeclampsia y el 93,6% presentaron riesgo de diabetes mellitus gestacional.

Algunas de las complicaciones que pueden presentarse con mayor frecuencia en mujeres de edad materna avanzada incluyen la hipertensión gestacional y la preeclampsia, el parto prematuro, la placenta previa y la anemia. Además, el riesgo de complicaciones en el embarazo aumenta con la edad materna avanzada, como la gestación múltiple, la restricción del crecimiento fetal, la hemorragia posparto y la necesidad de cesárea.

Es importante destacar que, aunque el embarazo en mujeres de edad materna avanzada se asocia con un mayor riesgo de complicaciones obstétricas, muchas mujeres tienen embarazos y partos saludables y seguros a edades avanzadas. Sin embargo, es necesario una atención prenatal y cuidados adecuados para detectar y manejar cualquier complicación tempranamente, lo que puede ayudar a mejorar los resultados maternos y perinatales en estas mujeres.

Tabla 02: Factores sociodemográficos de gestantes añosas del Hospital**Regional de Ayacucho. Enero – Diciembre 2021.**

Factores sociodemográficos		N°	%
Edad	35 - 39 años	142	68,3
	40 años a mas	66	31,3
	Total	208	100,0
Estado civil	Soltera	68	32,7
	Conviviente	62	29,8
	Casada	78	37,5
	Total	208	100,0
Nivel de instrucción	Primaria	57	27,4
	Secundaria	52	25,0
	Superior técnico	48	23,1
	Superior universitario	51	24,5
	Total	208	100,0
Ocupación	Ama de casa	74	35,6
	Empleada	65	31,3
	Independiente	69	33,2
	Total	208	100,0

Fuente: historia clínica – ficha de recolección de datos

En la tabla 02: Se observa los factores sociodemográficos donde se determinó que del 100% (208) de gestantes añosas, el 68,3% (142) tienen de 35 a 49 años, 31,3% (66) tienen de 40 años a más, 37,5% (78) son casadas, 32,7% (68) son solteras, 29,8% (62) son convivientes, 27,4% (57) tienen nivel de instrucción primaria,

25,0% (52) tienen secundaria, 24,5% (51) superior universitario, 23,1% (48) tienen superior técnico, 35,6% (74) son ama de casa, 33,2% (69) son independientes, y el 31,3% (65) son empleadas.

Los resultados son similares en los hallazgos de **Molina, G. (2019, Huancavelica)** donde reportó que 79 gestantes en estudio eran mayores de 35 años, de ellas el 55,7% eran casadas, el 40,5% eran convivientes y el 3,8% eran solteras, en relación al nivel de instrucción el 46,8% tenían primaria, el 20,3% tenían secundaria y el 10,1% superior.

Las complicaciones obstétricas pueden variar dependiendo de factores sociodemográficos como la edad, el estado civil, el nivel de instrucción y la ocupación de la madre, las mujeres mayores de 35 años tienen un mayor riesgo de complicaciones como la hipertensión, la preeclampsia, el parto prematuro.

En resumen, las complicaciones obstétricas pueden estar influenciadas por factores sociodemográficos como la edad materna, el estado civil, el nivel de instrucción y la ocupación. Es importante que las mujeres reciban atención prenatal adecuada y estén informadas sobre los factores de riesgo específicos para su perfil demográfico para reducir el riesgo de complicaciones obstétricas. Sin embargo con el nivel de instrucción primaria y secundaria; y la ocupación de amas de casa tienen una falta de conocimiento y poco acceso a la información por lo que no existe un cambio de actitud en nuestras gestantes.

Tabla 03: Factores obstétricos de gestantes añosas del Hospital Regional de Ayacucho. Enero – Diciembre 2021

Factores obstétricos		N°	%
Índice de masa corporal	Bajo peso	60	28,8
	Peso normal	82	39,4
	Sobre peso	49	23,6
	Obesidad	17	8,2
	Total	208	100,0
N° Atenciones prenatales	0 a 3 APN	81	38,9
	4 a 6 APN	81	38,9
	7 a más APN	46	22,1
	Total	208	100,0
Edad gestacional	22 - 27 sem	1	1,9
	28 - 36 sem	39	18,3
	37 - 41 sem	168	79,8
	Total	208	100,0
Paridad	Nulípara	13	6,3
	Primípara	33	15,9
	Multípara	145	69,7
	Gran múltipara	17	8,2
	Total	208	100,0
Periodo intergenésico	< 24 meses	88	42,3
	25 a 48 meses	61	29,3
	> 49 meses	59	28,4
	Total	208	100,0
Cesárea previa	Si	99	47,6
	No	109	52,4
	Total	208	100,0

Fuente: historia clínica – ficha de recolección de datos

En la Tabla 03: se observa los factores obstétricos de las gestantes añosas estudiadas, donde se determinó que del 100% (208), el 39,4% (82) tienen peso normal en relación al IMC, el 38,9% (81) tienen de 0 a 4 y de 4 a 6 atenciones prenatales, el 79,8% (168) tienen de 37 a 41 semanas de gestación, el 69,7% (145) son multíparas, el 42,3% (88) tienen menos de 24 meses de periodo intergenésico y el 52,4% (109) no tenían cesárea previa.

Resultados similares en los hallazgos de **Kong, E. (2020, Chiclayo)** donde reportó la mayor prevalencia en relación a las características obstétricas que el 65,31% tenían de 37 a 41 semanas de gestación, el 63,64% eran multíparas. Del mismo modo, de **Molina, G. (2019, Huancavelica)** reporto en su estudio que el 79,7% tenían más de 6 APN, en relación a la paridad.

En el presente estudio se evidencia que la mayor prevalencia de mujeres tiene un peso normal en relación al índice de masa corporal (IMC), lo cual es importante porque se sabe que un IMC elevado o bajo puede aumentar el riesgo de complicaciones obstétricas. En relación al número de APN se sabe que es muy importante para garantizar la salud de la madre y del feto durante el embarazo, es aquí donde se puede detectar y tratar cualquier problema de salud que pueda surgir durante el embarazo, incluso antes de que se convierta en una complicación.

En relación a la edad gestacional es importante determinar porque un parto prematuro puede aumentar el riesgo de complicaciones obstétricas. También se destaca que la mayoría de las mujeres son multíparas y tenían un período intergenésico de menos de 24 meses, lo cual puede aumentar el riesgo de complicaciones obstétricas, debido a que el feto absorbe toda la reserva de la

embarazada y organismo tiene que recuperarse.

En general, esta información es útil para identificar los factores de riesgo de complicaciones obstétricas en este grupo de gestantes, lo cual puede guiar la atención prenatal y la toma de decisiones clínicas para optimizar los resultados maternos y perinatales.

Tabla N° 04: Complicaciones obstétricas en relación a los factores sociodemográficos en gestantes añosas del Hospital Regional de Ayacucho. Enero – Diciembre 2021.

		Complicaciones obstétricas						Chi cuadrado
		Si		No		Total		
Factores sociodemográficos		N°	%	N°	%	N°	%	
Edad	35 - 39 años	96	46,2	46	22,1	142	68,3	$X^2c=0.462$ $p > 0.05$
	40 años a más	47	22,6	19	8,7	66	31,3	
Estado civil	Soltera	51	24,5	17	8,2	68	32,7	$X^2c=1.770$ $p > 0.05$
	Conviviente	40	19,2	22	10,6	62	29,8	
	Casada	53	25,5	25	12,0	78	37,5	
Nivel de instrucción	Primaria	37	17,8	20	9,6	57	27,4	$X^2c=2.492$ $p < 0.05$
	Secundaria	40	19,2	12	5,8	52	25,0	
	Superior técnico	34	16,3	14	6,7	48	23,1	
	Superior universitario	33	15,9	18	8,7	51	24,5	
Ocupación	Ama de casa	54	26,0	20	9,6	74	35,6	$X^2c=8.318$ $p < 0.05$
	Empleada	51	24,5	14	6,7	65	31,3	
	Independiente	39	18,8	30	14,4	69	33,2	

Fuente: historia clínica – ficha de recolección de datos

En la tabla 04: Nos muestra la presencia de complicaciones obstétricas en gestantes añosas del Hospital Regional de Ayacucho en relación a las características sociodemográficas donde se observa la mayor prevalencia que del 100% (208), el 68,3% (142) tienen de 35 a 39 años, de ellas el 46,2% (96) si presentaron

complicaciones obstétricas y el 22,1% (46) no presentaron complicaciones; así mismo, el 37,5% (78) son casadas, de ellas el 25,5% (53) si presentaron complicaciones obstétricas y el 12,0% (25) no presentaron complicaciones; el 27,4% (57) tienen nivel de instrucción primaria, de ellas el 17,8% (37) si presentaron complicaciones obstétricas y el 9,6% (20) no presentaron complicaciones; finalmente el 35,6% (74) son amas de casa, de ellas el 26,0% (54) si presentaron complicaciones obstétricas y el 9,6% (20) no presentaron complicaciones.

Los resultados sometidos a la prueba de estadística del chi-cuadrado demuestra que se halló una diferencia estadística significativa ($p > 0.05$) en las características de edad y estado civil, mientras que en el nivel de instrucción y ocupación si se halló relación estadística significativa ($p < 0.05$), por lo que podemos decir que el nivel de instrucción y ocupación están asociados a complicaciones obstétricas.

Los resultados son similares a los hallazgos de **Diaz y Da silva (2021, Brasil)** donde reporto que el 83.3% de gestantes de 35 a 40 años presentaron preeclampsia. Así mismo, **Flores, F. y Gil, J. (2019, Tarapoto)** en su investigación reporto con las mayores prevalencias que el 82% tenían nivel de instrucción secundaria, el 78% eran convivientes, el 92% tenían de ocupación ama de casa.

Los resultados obtenidos indican que la edad materna, el estado civil, la ocupación y el nivel de educación son variables fundamentales que pueden ejercer influencia en la aparición de complicaciones obstétricas en gestantes añosas. Por lo tanto, se destaca la importancia de una atención prenatal adecuada y temprana, especialmente en mujeres con características sociodemográficas que puedan aumentar el riesgo de complicaciones obstétricas.

**Tabla N° 05: Complicaciones obstétricas en relación a los factores obstétricos en gestantes
añosas del Hospital Regional de Ayacucho. Enero – Diciembre 2021.**

		Complicaciones obstétricas						Chi cuadrado
		Si		No		Total		
Factores obstétricos		N°	%	N°	%	N°	%	
Índice de masa corporal	Bajo peso	47	22,6	13	6,3	60	28,8	$X^2c=3.516$ $P > 0.05$
	Peso normal	53	25,5	29	13,9	82	39,4	
	Sobre peso	32	15,4	17	8,2	49	23,6	
	Obesidad	12	5,8	5	2,4	17	8,2	
	Total	144	69,2	64	30,8	208	100,0	
N° Atenciones prenatales	0 a 3 APN	58	27,9	23	11,1	81	38,9	$X^2c=8.530$ $P < 0.05$
	4 a 6 APN	62	29,8	19	9,1	81	38,9	
	7 a más APN	24	11,5	22	10,6	46	22,1	
	Total	144	69,2	64	30,8	208	100,0	
Edad gestacional	22 - 27 sem	1	0,5	0	0,0	1	,5	$X^2c=3.852$ $P < 0.05$
	28 - 36 sem	31	14,9	7	3,4	39	18,3	
	37 - 41 sem	110	52,9	56	26,9	168	79,8	
	Total	142	69,2	63	30,8	208	100,0	
Paridad	Nulípara	12	5,8	1	0,5	13	6,3	$X^2c=4.337$ $P > 0.05$
	Primípara	21	10,1	12	5,8	33	15,9	
	Multípara	98	47,1	47	22,6	145	69,7	
	Gran multípara	13	6,3	4	1,9	17	8,2	
	Total	144	69,2	64	30,8	208	100,0	
Periodo intergenésico	< 24 meses	56	26,9	32	15,4	88	42,3	$X^2c=7.386$ $P > 0.05$
	25 a 48 meses	39	18,8	22	10,6	61	29,3	
	> 49 meses	49	23,6	10	4,8	59	28,4	
	Total	144	69,2	64	30,8	208	100,0	
Cesárea previa	Si	69	33,2	30	14,4	99	47,6	$X^2c=0.019$ $P > 0.05$
	No	75	36,1	34	16,3	109	52,4	
	Total	144	69,2	64	30,8	208	100,0	

Fuente: historia clínica – ficha de recolección de datos

En la tabla 05: Nos muestra la presencia de complicaciones obstétricas en gestantes añosas del Hospital Regional de Ayacucho en relación a las características obstétricas donde se observaron la mayor prevalencia que del 100% (208), el 29,4% (82) tiene peso normal como IMC, de ellas el 15,4% (32) si presentaron complicaciones obstétricas y el 8,2% (17) no presentaron complicaciones; así mismo, el 38,9% (81) tienen de 4 a 6 APN, de ellas el 29,8% (62) si presentaron complicaciones obstétricas y el 9,1% (18) no presentaron complicaciones; el 78,9% (168) tienen de 37 a 41 semanas de gestación, de ellas el 52,9% (110) si presentaron complicaciones obstétricas y el 26,9% (56) no presentaron complicaciones; del mismo modo, el 42,3% (88) tienen menos de 24 meses de periodo intergenésico, de ellas el 26,9% (56) si presentaron complicaciones obstétricas y el 15,4% (32) no presentaron complicaciones; finalmente el 52,4% (109) no tenían cesárea previa, de ellas el 36,1% (75) si presentaron complicaciones obstétricas y el 16,3% (34) no presentaron complicaciones.

Los resultados sometidos a la prueba estadística del chi-cuadrado demuestra que se halló diferencia estadística significativa ($p > 0.05$) en las características de Índice De Masa Corporal, paridad, periodo intergenésico y cesárea previa; mientras que en el número de atenciones prenatales y la edad gestacional se halló relación estadística significativa ($p < 0.05$), por lo que podemos decir que el nivel de instrucción y ocupación están asociados a complicaciones obstétricas.

Los resultados son diferentes a los hallazgos de **Olortegui, L. (2016, Lima)** donde reporto que el 47,8% tenían sobre peso, el 64,5% eran primíparas, el 50,4% tenían > 49 meses de periodo intergenésico, el 62,0% tenían antecedente de cesárea previa. Los estudios sugieren que los factores obstétricos pueden estar relacionados con un mayor riesgo de complicaciones obstétricas en las gestantes. La experiencia previa y el tiempo entre embarazos afectan al riesgo de complicaciones, como partos prematuros. Las mujeres con cesáreas previas enfrentan consideraciones especiales en futuros embarazos, ya que pueden tener un mayor riesgo de rotura uterina durante un parto vaginal. Investigar estas relaciones guía la atención prenatal y ayuda a tomar decisiones clínicas informadas para asegurar embarazos más seguros y saludables.

CONCLUSIONES

1. Las principales complicaciones fueron la Ruptura Prematura de Membranas y la anemia con el 12.0% (25).
2. El nivel de instrucción y ocupación tuvieron relación estadística significativa con las complicaciones obstétricas ($p < 0.05$), por lo que podemos concluir que el nivel de instrucción y la ocupación están asociados a complicaciones obstétricas.
3. El número de atenciones prenatales y la edad gestacional tuvieron una relación estadística significativa con las complicaciones obstétricas ($p < 0.05$), por lo que podemos concluir que el número de atenciones prenatales y la edad gestacional están asociados a complicaciones obstétricas.

RECOMENDACIONES

1. Es importante que las mujeres acudan a una atención preconcepcional; para conocer y tener en cuenta los diversos factores de riesgo como la edad, a fin de reducir la morbilidad materna y Perinatal.
2. El profesional obstetra debe realizar un control prenatal a las gestantes añosas de forma riguroso e integral. Esto permitirá identificar tempranamente cualquier signo de complicaciones y garantizar que se tome medidas y manejo preventivo. Así mismo es esencial internalizar y concientizar en las pacientes los beneficios del control prenatal.
3. Optimizar una pertinente atención de las madres según lo establecido en las normas para facilitar la detección oportuna de signos y síntomas de alarma durante el embarazo, parto y post parto, e inmediata atención del recién nacido mediante un eficiente control neonatal y seguimiento respectivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valls Hernández M, Safora Enríquez O, Rodríguez Izquierdo A, López Rivas J. Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2009;35(1):25-31. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2009000100002&script=sci_arttext
2. Viegas O, Wiknsosastro G. Para un parto sin riesgo se requiere algo más que servicios médicos. Ginebra: OMS. Foro mundial de la salud. Maternidad sin riesgos. 1992;13:58-64. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/who-50467>
3. Schuller A, Benitez-Guerra G, Andrade L, Soto O, Schuller M. Estudio de las gestantes de edad avanzada en el Hospital Universitario de Caracas. RFM. 2007;30(4):335-340. https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0798-04692007000100005&script=sci_arttext
4. Balestena Sánchez JM, Pereda Serrano Y, Milán Soler JR. La edad materna avanzada como elemento favorecedor de complicaciones obstétricas y del nacimiento. Rev Ciencias Médicas. 2015;19(6):878-884. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942015000500004&script=sci_arttext
5. Chamy P Verónica, Cardemil M Felipe, Betancour M Pablo, Ríos S Matías, Leighton V Luis. riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Rev Chil Obstet Ginecol. 2009;74(6):333-339. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-75262009000600003&script=sci_arttext

6. Ramírez S. Resultados perinatales y obstétricos en gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, facultad de medicina. 2015. <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/3756>
7. Rodríguez-Zendejas M, Flandez-Sánchez CG, Pérez-Contreras P, del Carmen Jiménez-Orozco J. Gestación espontánea en edad materna avanzada: reporte de caso. Revista Medica MD. 2015;7(1):51-54. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2015/md151k.pdf>
8. Cuenca Romero RDC. Estudio comparativo de las complicaciones perinatales en gestantes nulíparas añosas y normales atendidas en el Hospital Isidro Ayora Loja [Bachelor's thesis]. 2013.
9. Nolasco-Blé AK, Hernández-Herrera RJ, Ramos-González R. Hallazgos perinatales de embarazos en edad materna avanzada. Ginecol Obstet Mex. 2012;80(4):270-275. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=34802>
10. Pérez BH, Tejedor JG, Cepeda PM, Gómez AA. La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2011;54(11):575-580. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304501311003128>
11. Organización Mundial de la Salud. Sitio web: www.who.int/es
12. De Cherney A, Nathan L. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétrico. 8a ed. México: El Manual Moderno, S.A. de C.V.; 2010.
13. Obregón L. Primigesta de edad avanzada. Rev Obstet Ginecol Venez Ene-Dic. 1993-2003 (citada 2007 Sep; 67(3)).

14. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Embarazo en la adolescencia y en mujer añosa. Prog Obstet Ginecol, 57, 380-92.
15. Valls Hernandez M, Safora Enriquez O, Rodriguez Izquierdo A, Lopez Rivas J. Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años. Rev Cubana Obstet Ginecol. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2009000100002&script=sci_arttext
16. Ferrer R. Práctica del cuidado humano y control de la embarazada. <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3348/1.html>
17. Aldrighi JD, Ribeiro SS, Chemim AK, Wall ML, Zuge SS, Piler AA. Ocorrência de complicações no período gestacional em mulheres com idade materna avançada. Rev Baiana Enferm. 2021. <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/43083>
18. Moya-Toneut C, Garaboto-García M, Moré-Vega A, Borges-Fernández R, Moya-Arechavaleta N, Moya-Arechavaleta A. Resultados maternos y perinatales en gestantes con avanzada edad materna. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2017. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2017000200009&script=sci_arttext
19. Kenny LC, Lavender T, McNamee R, O'Neill SM, Mills T, Khashan AS. Edad materna avanzada y resultado adverso del embarazo: evidencia de una gran cohorte contemporánea. PLoS One. 2013;8(2):e56583. doi: 10.1371/journal.pone.0056583. Epub 2013 Feb 20. PMID: 23437176;PMCID: PMC3577849. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0056583>

20. Rivas-Perdomo EE. Asociación entre edad materna avanzada y los resultados perinatales adversos en una clínica universitaria de Cartagena (Colombia), 2012: Estudio de cohorte retrospectiva. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2015;66(3):179-185. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342015000300004&script=sci_arttext
21. Campos Valencia Y, Jacobo Parra RN. Relación entre gestantes añosas y complicaciones maternas en gestantes atendidas en el Centro de Salud Clas Parcona, 2019. <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/handle/autonmadeica/1025>
22. Kong Sánchez EK. Complicaciones Obstétricas y Perinatales en gestantes añosas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Santa María de Cutervo, noviembre 2018-febrero 2019. <http://repositorio.udch.edu.pe/handle/UDCH/957>
23. Peralta Tasilla BB. Edad materna avanzada y trastorno hipertensivo del embarazo en gestantes del servicio de gineco-obstetricia en el Hospital Nacional Sergio E Bernales, 2018. <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/1987>
24. Molina Marcañaupa G. Complicaciones obstétricas en las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Lircay, Huancavelica 2018. <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/2644>
25. Flores Diaz F, Gil Tenazoa JA. Complicaciones maternas y neonatales durante el embarazo, parto y puerperio: Estudio comparativo en gestantes de edad extrema y óptima. Hospital Amazónico de Yarinacocha, marzo-agosto 2018. <http://hdl.handle.net/11458/3608>

26. Barahona Rojas SK. Edad Materna Avanzada y su Asociación con las Complicaciones Materno Perinatales en Gestantes Atendidas en el Hospital Sergio E Bernal 2017. <https://hdl.handle.net/20.500.12990/6029>
27. Balestena Sánchez JM, Pereda Serrano Y, Milán Soler JR. La edad materna avanzada como elemento favorecedor de complicaciones obstétricas y del nacimiento. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río. 2015;19(5):789-802. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942015000500004&script=sci_arttext
28. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Estado de la Población Peruana 2014.
29. Salazar M, Pacheco J, Scaglia L, Lama J, Munaylla R. La edad materna avanzada como factor de riesgo de morbimortalidad materna y perinatal. Rev Peru Ginecol Obstet. 2015;45(2):124-130. <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/ginecol&obstet/v45n2/a9.pdf>
30. García I, Alemán M. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2010;36(4):481-489. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2010000400002&script=sci_arttext&tlng=en
31. Sifuentes M. Complicaciones del embarazo en gestantes añosas atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos de enero 2008 a diciembre 2009 [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional De La Amazonía Peruana. Facultad De Medicina Humana.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA
FACULTA DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título: “Factores de riesgo asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas del Hospital Regional de Ayacucho, Enero – Diciembre 2021”

FICHA N°: _____

I. FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS:

1. Edad: _____

- (1) 35 – 39 años
(2) 40 a más

2. Estado civil

- (1) Soltera
(2) Conviviente
(3) Casada

3. Nivel de instrucción

- (1) Primaria
(2) Secundaria
(3) Superior técnico
(4) Superior universitario

4. Ocupación

- (1) Ama de casa
(2) Empleada
(3) Independiente

II. FACTORES OBSTETRICOS:

5. IMC: _____

- (1) Bajo peso (< 18,5)
(2) Peso normal (18,5 a 24,9)
(3) Sobrepeso (25 a 29,9)
(4) Obesidad (> o igual 30)

6. Número de atenciones prenatales:

- (1) De 0 - 3 APN
(2) De 4 – 6 APN
(3) De 7 a más APN

7. Edad gestacional (semanas):

- (1) 22 a 27 ss. ()
- (2) 28 a 36 Ss. ()
- (3) 37 a 41 Ss. ()

8. Paridad

- (1) Nulípara ()
- (2) Primípara ()
- (3) Multípara ()
- (4) Gran multípara ()

9. Periodo intergenésico:

- (1) \leq 24 meses ()
- (2) 25 a 48 meses ()
- (3) \geq 49 meses ()

10. Cesárea previa

- (1) Si (1 o más) ()
- (2) No ()

11. complicaciones obstétricas

- (1) Si ()
- (2) No ()

III. COMPLICACIONES MATERNAS:

- (1) Hipertensión Gestacional ()
- (2) Preeclampsia ()
- (3) RPM ()
- (4) Parto pretérmino ()
- (5) Retención placentaria ()
- (6) Alumbramiento incompleto ()
- (7) Placenta previa ()
- (8) Atonía/Hipotonía uterina ()
- (9) Desgarro Perineal II grado ()
- (10) Anemia ()
- (11) Ninguno ()

PRUEBA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE CRONBACH

Alfa de Cronbach	N de elementos
,431	12

Estadísticas de total de elemento				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Edad	31,36	46,238	,216	,418
Estado civil	30,86	45,312	,183	,413
Nivel de instrucción	30,00	43,778	,142	,415
Ocupación	30,64	44,460	,183	,409
IMC	29,75	44,861	,174	,412
Edad gestacional	29,79	46,026	,293	,414
Paridad	29,93	47,180	-,011	,443
Periodo intergenésico	30,46	42,406	,417	,370
Cesárea previa	31,18	45,708	,259	,412
Complicaciones obstétricas	31,29	45,101	,376	,402
Complicaciones maternas	25,29	20,434	,355	,348
N° APN	28,14	34,646	,157	,434

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS
RESOLUCIÓN DECANAL N° 1028-2023-FCSA-UNSCH-D

BACHILLERES: CHACMANA MIGUEL, Carmen Rosa
DE LA CRUZ BAUTISTA, Luz Marleny

En la ciudad de Ayacucho siendo las 13 horas con cuarenta minutos, del día dieciocho de diciembre del año dos mil veintitrés, se reunieron en el auditorio de la Escuela Profesional de Obstetricia los docentes miembros jurados, para el acto de sustentación de tesis titulado: **“FACTORES ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES AÑOSAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. ENERO-DICIEMBRE 2021”**; presentado por las bachilleres: **CHACMANA MIGUEL, Carmen Rosa** y **DE LA CRUZ BAUTISTA, Luz Marleny**; para optar el título profesional de Obstetra. Los miembros del Jurado de la Sustentación de tesis conformado por:

Presidente : Prof. Melchora Jacqueline Avalos Mamani (Delegada por el Decano)

Miembros : Prof. Edda Milagros Sánchez Huamani

Prof. Elsa Rosa Fuentes Nolazco (solicito permiso por salud)

Prof. Graciela Mendoza Bellido de Ascarza

Asesora: Prof. Noemí Yolanda Quispe Cadenas

Secretario Docente: Prof. Héctor Danilo Velarde Valer

Contando con el quorum de Reglamento (por mayoría de presentes de los miembros del jurado) se da por iniciado la sustentación de tesis, la Presidente de la comisión del Jurado de Tesis solicita al Secretario docente dar lectura a los documentos presentados por las recurrentes y da algunas indicaciones a las sustentantes.

Seguidamente, da inicio a la exposición de los resultados obtenidos a través de la tesis realizada por la Bachiller: **Carmen Rosa CHACMANA MIGUEL** y luego continúa la Bachiller: **Luz Marleny DE LA CRUZ BAUTISTA**. Una vez concluida la exposición de las bachilleres, el Presidente de la comisión solicita a los miembros del Jurado Evaluador a realizar las respectivas preguntas. Posteriormente, se da pase al asesora de tesis, profesora Noemí Yolanda Quispe Cadenas para que pueda aclarar algunas interrogantes.

A continuación, el Presidente invita a las sustentantes abandonar el auditorio para que se proceda con la calificación.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN FINAL

Bachiller: **Carmen Rosa CHACMANA MIGUEL**

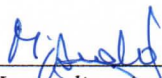
JURADOS	TEXTO	EXPOSICIÓN	PREGUNTAS	Prom. FINAL
Prof. Melchora Jacqueline Avalos Mamani	17	16	16	16
Prof. Edda Milagros Sánchez Huamani	16	16	16	16
Prof. Graciela Mendoza Bellido de Ascarza	17	17	16	17
PROMEDIO FINAL				16

Bachiller: **Luz Marleny DE LA CRUZ BAUTISTA**

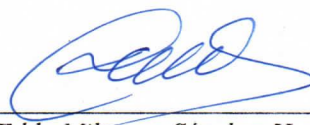
JURADOS	TEXTO	EXPOSICIÓN	PREGUNTAS	Prom. FINAL
Prof. Melchora Jacqueline Avalos Mamani	17	16	16	16
Prof. Edda Milagros Sánchez Huamani	16	16	16	16
Prof. Graciela Mendoza Bellido de Ascarza	17	17	16	17
PROMEDIO FINAL				16

De la evaluación realizada por los miembros del jurado calificador, se llegó a los siguientes resultados: Aprobar a la Bachiller **Carmen Rosa CHACMANA MIGUEL**, quien obtuvo la nota final de **dieciséis (16)** y aprobar a la bachiller **Luz Marleny DE LA CRUZ BAUTISTA**, quien obtuvo la nota final de **dieciséis (16)**.

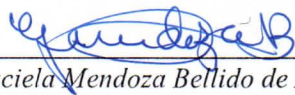
En mérito a todo lo actuado los miembros del jurado evaluador firman al pie del presente. Siendo las 15 horas con veinte minutos se da por concluido el presente acto académico de sustentación de tesis presencial.



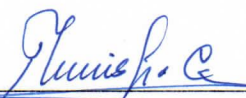
Prof. Melchora Jacqueline Avalos Mamani
Presidente



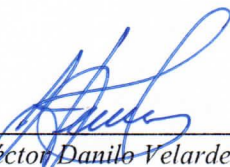
Prof. Edda Milagros Sánchez Huamani
Miembro



Prof. Graciela Mendoza Bellido de Ascarza
Miembro



Prof. Noemi Yolanda Quispe Cadenas
Asesora



Prof. Héctor Danilo Velarde Valer
Secretario Docente

**CONSTANCIA N° 32 -2023 VERIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD DE
TRABAJO DE TESIS**

Dra. Delia Anaya Anaya docente-instructora en el proceso de implementación de las pruebas anti plagio en **PRIMERA INSTANCIA** de la tesis de pregrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; he constatado que la tesis titulada:

**“FACTORES ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES
OBSTÉTRICAS EN GESTANTES AÑOSAS DEL HOSPITAL
REGIONAL DE AYACUCHO. ENERO - DICIEMBRE 2021”**

Autoras:

Bach. CHACMANA MIGUEL, Carmen Rosa

Bach. DE LA CRUZ BAUTISTA, Luz Marleny

Asesora: Dra. Noemí Quispe Cadenas

Ha sido sometido al análisis del sistema antiplagio TURNITIN concluyendo que presenta un porcentaje de 19 % de similitud.

Ayacucho, 16 de octubre del 2023



Dra., Delia Anaya Anaya

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE TESIS- N° 032- 2023

La Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia, en mérito a la Resolución Decanal N° 607-2023-UNSCH-FCSA-D, delegada por la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, verifica en segunda instancia, la originalidad de los trabajos de investigación y de tesis (borrador final antes de la sustentación), en el marco del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, aprobado por Resolución del Consejo Universitario N° 039-2021-UNSCH-CU, demás normas y procedimientos inherentes; Por tanto, deja constancia que el trabajo de tesis titulado **“FACTORES ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN GESTANTES AÑOSAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. ENERO – DICIEMBRE 2021”**

Autoras: **Bach. CHACMANA MIGUEL, Carmen Rosa**
Bach. DE LA CRUZ BAUTISTA, Luz Marleny

Asesor : **Prof. Noemi Yolanda Quispe Cardenas**

Ha sido sometido al análisis del sistema antiplagio TURNITING concluyendo que presenta un porcentaje de **20%** de similitud.

Por lo que, de acuerdo con el porcentaje establecido en el Artículo 13 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga es procedente conceder la Constancia de Originalidad.

Ayacucho, 24 de octubre de 2023


UNIVERSIDAD NACIONAL DE
SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Dra. Magha Infante Beingolet
DIRECTORA

C.c:
Archivo
MIB/

“FACTORES ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES AÑOSAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. ENERO - DICIEMBRE 2021”

por Carmen Rosa y Luz Marleny CHACMANA MIGUEL y DE LA CRUZ
BAUTISTA

Fecha de entrega: 24-oct-2023 12:15p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2205977344

Nombre del archivo: 3._TESIS_Chacmana_y_De_la_Cruz.docx (267.64K)

Total de palabras: 14972

Total de caracteres: 83266

“FACTORES ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES AÑOSAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. ENERO - DICIEMBRE 2021”

INFORME DE ORIGINALIDAD

20%

INDICE DE SIMILITUD

20%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

10%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	medicinafetalbarcelona.org Fuente de Internet	4%
2	Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga Trabajo del estudiante	3%
3	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
6	docplayer.es Fuente de Internet	1%
7	repositorio.untumbes.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	1%

9	repositorio.unu.edu.pe Fuente de Internet	1 %
10	repositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	1 %
11	repositorio.udch.edu.pe Fuente de Internet	1 %
12	Submitted to Universidad Peruana Los Andes Trabajo del estudiante	<1 %
13	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %
14	ri.ues.edu.sv Fuente de Internet	<1 %
15	repositorio.undac.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
16	1library.co Fuente de Internet	<1 %
17	repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
18	repositorio.upica.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
19	repositorio.ucp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
20	revginecobstetricia.sld.cu Fuente de Internet	<1 %

21 repositorio.uns.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

22 repositorio.autonomadeica.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

23 uvadoc.uva.es

Fuente de Internet

<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 30 words

Excluir bibliografía

Activo