



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TESIS**

**COMPLICACIONES MATERNO - FETALES EN MUJERES  
GESTANTES MAYORES DE 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO - LIMA 2016.**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**AUTOR:**

**DAMIAN OSORIO MADELEINE ZULLY**

**LIMA – PERÚ**

**2017**

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis a Dios por haberme dado la oportunidad de lograr una de mis metas.

A mis padres con amor y admiración: Orlando y Lucy que gracias a su esfuerzo, apoyo me han proporcionado todo lo que han tenido a su alcance para que yo cumpla mis objetivos.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por su sabiduría y bendiciones, a mis padres por su apoyo incondicional, a mis docentes por los conocimientos y experiencias compartidas y a mi asesora por su orientación, empeño y paciencia.

## RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el objetivo de Determinar las complicaciones materno - fetales en mujeres gestantes mayores de 35 años en el Hospital de San Juan de Lurigancho - 2016. **Material y método:** el estudio fue descriptiva; y retrospectiva, de corte transversal. Se evaluaron 154 historias clínicas de mujeres que tuvieron parto en el año 2016. Entre los **resultados** del estudio se observó que la edad de las mujer gestantes en su mayoría fue de 35 años 24,03% , con número de gestaciones tercigestas 38,31% con grado de instrucción primaria incompleta 24,03% en su mayoría convivientes 54,55%, amas de casa 89,61%, y lugar de procedencia sierra 63,64%. Por otro lado las complicaciones en el embarazo en mayor porcentaje es anemia con un 25,97%, en el término del parto: aborto, 24,03%, parto normal 33,77% y el 42,21 fue cesárea. En la complicaciones del parto predomino desgarro de I grado con 34.62%, el 11,54 % presento trabajo de parto disfuncional y el 7,69% presento expulsivo prolongado. Él motivo de cesárea fue por: ruptura prematura de membrana con el 18,46%. Complicaciones del puerperio se presentó el 35,90% anemia y el las complicaciones fetales predomino con el 8,55% sufrimiento fetal.

Palabras claves:

Gestantes mujeres mayores de 35 años.

Complicaciones maternas.

Complicaciones fetales.

## ABSTRACT

The present study was proposed with the objective of determining maternal-fetal complications in pregnant women older than 35 years in the hospital of San Juan de Lurigancho - 2016. Material and method: the study was descriptive; and retrospective, cross-sectional. We evaluated 154 medical records of women who delivered in 2016. Among the results of the study it was observed that the age of the pregnant women was mostly 35.03%, with tertiary gestations 38.31% with an incomplete grade of primary education, 24.03%, most of them living together, 54.55%, housewives, 89.61%, and place of origin, 63.64%. On the other hand complications in pregnancy in a higher percentage is anemia with 25.97%, in the term of delivery: abortion, 24.03%, normal delivery 33.77% and 42.21 was cesarean section. In the complications of childbirth, a tear of I degree predominated with 34.62%, 11.54% presented dysfunctional labor and 7.69% presented prolonged expulsive labor. The reason for cesarean was due to: premature membrane rupture with 18.46%. Complications of puerperium presented 35.90% anemia and fetal complications predominated with 8.55% fetal distress.

### Keywords:

Pregnant women over 35 years.

Maternal complications.

Fetal complications.

<b>INDICE</b>	<b>Pag.</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	ii
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	iii
<b>RESUMEN</b> .....	iv
<b>ABSTRACT</b> .....	v
<b>INTRODUCCION</b> .....	viii
<b>CAPITULO I</b> .....	1
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	1
<b>1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA</b> .....	1
<b>1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	4
<b>1.2.1 DELIMITACIÓN TEMPORAL:</b> .....	4
<b>1.2.2 DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA:</b> .....	5
<b>1.2.3 DELIMITACIÓN SOCIAL:</b> .....	5
<b>1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	5
<b>1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL</b> .....	5
<b>1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS</b> .....	5
<b>1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	5
<b>1.4.1 OBJETIVO GENERAL</b> .....	5
<b>1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	5
<b>1.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	5
<b>1.6 VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES</b> .....	6
<b>1.7 JUSTIFICACION</b> .....	7
<b>CAPÍTULO II</b> .....	9
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	9
<b>2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	9
<b>2.2 BASES TEÓRICAS</b> .....	17

<b>2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS:</b> .....	30
<b>CAPÍTULO III</b> .....	33
<b>METODOLOGÍA</b> .....	33
<b>3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN</b> .....	33
<b>3.2 DISEÑO DE INVESTIGACION</b> .....	33
<b>3.2.1 NIVEL DE INVESTIGACION</b> .....	33
<b>3.2.2 METODO</b> .....	33
<b>3.3 POBLACION Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION.</b> .....	34
<b>3.3.1 POBLACIÓN</b> .....	34
<b>3.3.2 MUESTRA:</b> .....	34
<b>3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS</b> ...34	
<b>3.4.1TÉCNICAS</b> .....	34
<b>3.4.2 INSTRUMENTOS</b> .....	35
<b>3.5 PROCEDIMIENTOS</b> .....	35
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b> .....	36
<b>4.1 RESULTADOS</b> .....	36
<b>4.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.</b> .....	37
<b>CONCLUSIONES</b> .....	53
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	54
<b>REFERENCIAS</b> .....	55
<b>ANEXOS:</b> .....	59
<b>1. Matriz de consistencia.</b>	
<b>2. Instrumento.</b>	
<b>3. Validación de instrumento.</b>	

## INTRODUCCION

Las mujeres mayores de 35 años consideran clásicamente a la edad avanzada durante la gestación como un riesgo obstétrico alto para complicaciones materno - perinatales y en varias instituciones, estas pacientes son manejadas en cuidados de nivel especializado.

Entre los factores asociados con la edad avanzada son conocidos los trastornos hipertensivos gestacionales, abortos, la restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, nacimiento por cesárea. Los 35 años, se ha establecido como límite de “embarazada en edad avanzada”, porque a partir de esta edad se inicia el incremento progresivo del riesgo.

Por otro lado existen varios factores que pueden afectar negativamente el resultado del embarazo en edades tardías, como mayor riesgo de aborto espontáneo. La reserva ovárica disminuye con la edad, acompañado de una menor calidad de los ovocitos.

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

La Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) definió la edad materna avanzada como aquella mayor de 35 años. Otros términos comúnmente usados son, añosa, madura y geriátrica <sup>(1)</sup>.

Se considera clásicamente a la edad avanzada durante la gestación como un riesgo obstétrico alto para complicaciones materno-perinatales y en varias instituciones, estas pacientes son manejadas en cuidados de nivel especializado <sup>(2)</sup>.

Entre los factores asociados con la edad avanzada son conocidos los trastornos hipertensivos gestacionales, la diabetes gestacional, la restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, nacimiento por cesárea, puntuación baja de APGAR, muerte perinatal y el peso bajo al nacer <sup>(3)</sup>.

Debido a cambios económicos y sociales a nivel mundial, se observa en estos años una tendencia por parte de la mujer a retrasar el embarazo a edades cada vez mayores <sup>(4)</sup>. En países como Panamá, Chile, Ecuador, cerca del 35 % de las mujeres de 35 años y más se embarazan, este

fenómeno se ha favorecido por los índices de pobreza y desempleo, 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%<sup>(5)</sup>. En España, en el 2010, el 22,4% de los nacimientos correspondieron a mujeres mayores de 35 años. En Cuba la fecundidad en estas mujeres descendió a 10 por cada 1000. En Uruguay la edad de maternidad también se ha retrasado en la última década, al pasar de los 24 a los 28 años, y la tasa de fecundidad ha bajado de 2,5 hijos en 1996 a 1,97 en 2011 <sup>(6)</sup>.

En Cuba, se ha observado que el embarazo después de 35 años es bastante común en la sociedad y por la asistencia obstetricia especializada se ha logrado el término de los mismos, a pesar de los factores de riesgo asociados <sup>(7)</sup>. Se realizó un estudio en el Hospital Gineco - Obstétrico de Matanzas, durante el año 1999, de todas las parturientas con esta condición (171 pacientes) que representaron el 5,2% de 3,292 nacimientos. Se recogieron los datos en un libro registro y en forma de variables, se procesaron los datos en la Universidad de Matanzas, y se demostró que la edad madura (35 años en adelante) no influyó en los indicadores de mortalidad perinatal, sin embargo, la única muerte materna recayó en ese grupo. Para la literatura universal, el embarazo en mujeres mayores de 35 años trae aparejadas complicaciones para el binomio materno-fetal, se considera de alto riesgo obstétrico (ARO) y, al igual que las de 19 años, se han clasificado como grupo de riesgo de la edad extrema de la vida <sup>(7)</sup>.

La maternidad tardía está asociada a complicaciones, generalmente por las alteraciones crónicas preexistentes que inevitablemente aparecen con la edad, las cuales en su mayoría son identificadas y tratadas mediante una correcta atención prenatal <sup>(8)</sup>.

Existe amplio conocimiento sobre las posibles complicaciones en mujeres añosas, como hipertensión arterial, leiomiomatosis uterina, preeclampsia, diabetes y presentaciones anormales, parto prematuro, restricción de

crecimiento intrauterino y aumento de la mortalidad materno perinatal. Dentro de la patología neonatal más frecuente, se encuentra el aumento de la incidencia de anomalías congénitas. El objetivo de la medicina materno fetal es lograr que todo embarazo y parto culminen con una madre y un hijo sano. Durante años se ha comprendido que ciertos subgrupos específicos tienen mayor riesgo de síndrome de Down (trisomía 21). Los 35 años, se ha establecido como límite de “embarazada en edad avanzada”, porque a partir de esta edad se inicia el incremento progresivo del riesgo para síndrome de Down y otras alteraciones cromosómicas, por tanto es el límite para practicar las pruebas necesarias con objeto de detectar estas anomalías y para tratar otros posibles problemas que van asociados a la edad materna <sup>(9)</sup>.

En Perú, en los años 80 una pareja decidía tener un hijo a los 28 años en el 2001 la edad promedio de las mujeres para convertirse en madres fue de 21,9 años, mientras que en el 2004 paso a los 22,2 años; en el 2011, la edad media de las mujeres que deciden tener su primer hijo fue de 31 años. Si bien en Perú no hay estadísticas claras sobre la cantidad de consultas por fertilidad, es claro que estas van en aumento y esto va a la par con la estadística mundial esta investigación, pretende como objetivo describir y analizar los datos obstétricos y perinatales de madres mayores de 35 años <sup>(10)</sup>.

De acuerdo a la investigación realizada por el Oswaldo Tipiani en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en Lima, menciona que 490 pacientes, presentaron Complicaciones Materno – Perinatales, de las cuales, 166 tenían edad igual o mayor de 35 años. 13 Los controles fueron 324. La edad media de los casos fue 37,7 años, con desviación estándar de 2,2. Los resultados obtenidos muestran que existe mayor prevalencia de diabetes gestacional en gestantes añosas. La prevalencia de muerte perinatal, APGAR menor de 7 a los 5 minutos, peso bajo al nacer y morbilidad puerperal no tuvo influencia por la edad materna. El estudio concluye que, después de corregir para factores de confusión, la edad

materna avanzada representa un factor de riesgo independiente para complicaciones médicas y obstétricas. El reconocimiento de dichos factores es importante para la reducción de la morbimortalidad materno-perinatal en este grupo de pacientes. De acuerdo a la investigación realizada por el Alberto López Terrones en el Hospital María Auxiliadora entre los años 2001 y 2005, indica que de los 36,955 partos que se registraron en el periodo de estudio, el 18.69% (6,907) equivale a gestantes entre las edades de 10 y 19 años; 68.83% (25,437) a gestantes de 20 a 34 años; y 12.48% (4,611) a gestantes añosas, de 35 años a más. Considerando específicamente este último grupo, el López detalla que 29.61% (1,374) de los casos de gestantes añosas fueron partos inducidos a cesárea, mientras que 70.39% restante (3,267) fueron partos por vía vaginal. Explica, también, que dentro del grupo de las pacientes gestantes añosas inducidas a cesárea, se presentaron diversas indicaciones, entre las más resaltantes nos menciona: cesárea previa, con 235 casos; desproporción céfalo pélvica, con 196 casos; sufrimiento fetal agudo, con 149 casos; y preeclampsia/eclampsia, con 136 casos. De igual manera nos hace referencia de otras indicaciones, tales como, feto en transverso, feto en podálico, ruptura uterina <sup>(10)</sup>.

Por lo tanto la presente investigación estudiara las complicaciones materno-fetales en mujeres mayores de 35 años atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2016.

## **1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.2.1 DELIMITACIÓN TEMPORAL:**

El presente trabajo de investigación se llevara a cabo en el Hospital San Juan de Lurigancho que se encuentra ubicado en el paradero 10 de la Av. Canto Grande, siendo un hospital de Nivel II-1, brindando las cuatro especialidades básicas con 75 camas de hospitalización y 09 de observación, para una población asignada de 104,303 habitantes y una demanda de 1 millón de habitantes del distrito por ser el único nosocomio de la zona.

### **1.2.2 DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA:**

La población de estudio son las mujeres gestantes mayores de 35 años atendidas en el hospital de San Juan de Lurigancho.

### **1.2.3 DELIMITACIÓN SOCIAL:**

El presente estudio se realizó en los tres primeros meses del año 2016.

## **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL**

¿Cuáles son las complicaciones materno - fetales en mujeres gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho - lima 2016?

### **1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS**

¿Cuáles son las complicaciones maternas en mujeres gestantes mayores de 35?

¿Cuáles son las complicaciones fetales en mujeres gestantes mayores de 35?

## **1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar las complicaciones materno - fetales en mujeres gestantes mayores de 35 años en el hospital de San Juan de Lurigancho, 2016.

### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Conocer las complicaciones maternas en mujeres gestantes mayores de 35 años durante el embarazo parto y puerperio.

Conocer las complicaciones fetales de recién nacidos de mujeres gestantes mayores de 35 años.

## **1.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

No es pertinente porque es un estudio descriptivo simple.

## 1.6 VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES

### OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES	
<p><b>COMPLICACIONES MATERNO FETALES EN MUJERES GESTANTES MAYORES DE 35 AÑOS.</b></p>	<p><b>MATERNAS</b></p>	<p><b>EMBARAZO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aborto.</li> <li>✓ Mola.</li> <li>✓ Embarazo Ectópico.</li> <li>✓ Anemia.</li> <li>✓ Placenta Previa.</li> <li>✓ Desprendimiento prematuro de placenta.</li> <li>✓ Trastornos Hipertensivos del embarazo.</li> <li>✓ Pre eclampsia Leve.</li> <li>✓ Pre eclampsia severa.</li> <li>✓ Eclampsia.</li> <li>✓ Síndrome de HELLP.</li> <li>✓ Ruptura prematura de membranas.</li> <li>✓ Infección del tracto urinario.</li> <li>✓ Pielonefritis.</li> <li>✓ Oligohidramnios.</li> <li>✓ Polihidramnios.</li> <li>✓ Hemorragia de la primera mitad del embarazo.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Anomalías de la presentación.</li> </ul>
		<b>TRABAJO DE PARTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Expulsivo prolongado</li> <li>✓ Trabajo de parto disfuncional.</li> <li>✓ Desgarros.</li> <li>✓ Parto pretermino.</li> <li>✓ Cesárea.</li> </ul>
		<b>PUERPERIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hemorragia</li> <li>✓ Dehiscencia de la episiorrafia</li> <li>✓ Endometritis</li> </ul>
	<b>FETALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Óbito fetal</li> <li>✓ Asfixia perinatal</li> <li>✓ Distocia Funicular</li> <li>✓ RCIU</li> <li>✓ Enfermedades Congénitas</li> </ul>	

## 1.7 JUSTIFICACION

Los cambios en el desarrollo de la sociedad contemporánea a nivel mundial, originan que cada día la mujer aplaze la maternidad principalmente por motivos laborales y profesionales, aumentando las estadísticas de mujeres primigestas mayores de 35 años como lo muestra la ENDES de 2010, con los consecuentes riesgos que supone la gestación en edades extremas.

La gestación es abordada normalmente desde el enfoque biológico, fisiológico, los estudios se orientan a la descripción de la morbilidad materno infantil asociado a factores de riesgo preexistentes o coexistentes en el proceso de la gestación en edades extremas (adolescentes o mayor de 35 años); más no han estudiado el significado

para las mujeres gestantes y su familias de este proceso que aunque natural afecta en el aspecto psicológico, emocional, sentimental, reconociendo todas las dimensiones humanas la vida de la mujer y la familia.

Durante años se ha comprendido que ciertos subgrupos específicos tienen mayor riesgo de síndrome de Down. El grupo de riesgo alto más ampliamente conocido es el de mujeres mayores de 35 años (edad materna avanzada). El riesgo de tener un hijo con alguna anomalía cromosómica se incrementa con la edad materna. El defecto predominante más frecuente es el síndrome de Down (trisomía 21). Desde hace tiempo se ha establecido que el riesgo de síndrome de Down avanza de una frecuencia de uno en 365 a los 35 años a uno en 32 a los 45 años. Si se considera todas las anomalías cromosómicas, la incidencia es de alrededor del doble, aumenta de uno en 80 a los 35 años a uno en 20 a los 45 años. Pero existen informaciones contradictorias sobre si la edad materna avanzada supone un factor de riesgo añadido para la gestación.

Se ha publicado que la incidencia de embarazos gemelares aumenta con la edad materna (hasta los 35 a 39 años) y la paridad. Los efectos positivos de la edad creciente de la madre y la paridad sobre la incidencia de gemelos han sido demostrados por Waterhouse. Igualmente se considera como patología prevalente el aumento de cesáreas durante la atención del parto, entre otras.

Teniendo en consideración todo lo señalado con relación a la gestación en edad avanzada, se desarrolló este estudio, Cuáles son las complicaciones materno fetales en mujeres gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho - lima 2016.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

**Sánchez M., Yugsi Z.** En su trabajo realizado en el hospital Vicente Corral Moscoso” de la ciudad Cuenca del año 2013(Ecuador), que tiene como Objetivo: Determinar los factores de riesgo materno fetal en mujeres de edad avanzada que ingresan al área de maternidad del Hospital “Vicente Corral Moscoso” de la ciudad Cuenca del año 2013. Material y Métodos: Es un estudio descriptivo se utilizó el método cuantitativo. El universo está constituido por 130 mujeres que ingresaron al servicio de maternidad del Hospital “Vicente Corral Moscoso”; se trabajó con un marco muestral de 90mujeres con edad materna avanzada que ingresaron a maternidad en los meses de enero, febrero y marzo del año 2013. Como técnicas se utilizó la entrevista, revisión de la historia clínica y de documentos; para la recolección de la información se elaboró un formulario previamente validado por las autoras: Miriam Elena Sánchez Sandoval y Zoila Mercedes Yugsi Fajardo. Una vez obtenida la información aplicamos un análisis descriptivo con la utilización de los programas: Excel y Word, los mismos

que aportaron con elementos estadísticos para su análisis. Obteniendo como Resultado: que Los resultados de la investigación indican los factores de riesgo materno fetales en mujeres con edad materna avanzada que ingresaron al área de maternidad del Hospital “Vicente Corral Moscoso”. Luego del análisis realizado se determina que las mujeres con edad avanzada han tendido partos distócicos del 56% eutócicos con el 30%, con óbito fetal del 8% y un 6% de aborto como también podemos aclarar que el aborto no se dio en mujeres de 41 a 43 años de edad. También se puede decir que las madres presentan algunos factores de riesgo como el 18% de madres gestantes sufren de hipertensión, el 21% tuvieron múltiples embarazos, el 16% presento placenta previa y un 11% alumbraron a sus hijos con parto por cesárea. Mientras que los recién nacidos sufren algunas patologías determinando que el 32% de niños presentan ictericia, tan solo un 6% incompatibilidad de sangre un 2% desnutrición y un gran porcentaje de niños como es 60% no presentan ninguna patología. Para finalizar determinamos que de 90 niños hijos de mujeres con edad materna avanzada, 50 niños tienen talla de 41 a 45cm y solo 10 son de talla entre 46 a 50 cm. Confirmando de esta manera que mientras más avanza la edad de la madre gestante disminuye el nacimiento de niños con talla adecuada. Conclusiones: El estudio realizado permite afirmar que las embarazadas en edades avanzadas, atendidas en el Hospital “Vicente Corral Moscoso” de Cuenca, no aportaron alteración de la morbimortalidad perinatal y materna, porque en todas las variables analizadas siempre predominaron las estadísticas favorables hacia un embarazo y parto normales a pesar de las edades de las gestantes <sup>(9)</sup>.

**Rivas E.** En su trabajo realizado en la clínica universitaria de Cartagena (Colombia) en el año 2012, con el Objetivo: evaluar la posible asociación entre la edad materna avanzada y los resultados perinatales adversos. Materiales y métodos: estudio observacional de cohortes históricas con gestantes que tuvieron parto en la Clínica Universitaria San Juan de Dios en Cartagena (Colombia), durante el 2012; esta es una institución general de carácter privado, de tercer nivel de complejidad tamaño muestral: 160

pacientes por grupo con base en una frecuencia esperada de muerte fetal en el grupo expuesto del 22%, en el grupo no expuesto del 10%, con un nivel de confianza del 95% y un poder del 80%. Muestreo aleatorio simple. Se midieron las variables demográficas, la edad gestacional al momento del parto, peso y talla de los recién nacidos, APGAR a los 5 minutos y vía del parto. Se consideraron los resultados perinatales adversos; como resultado primario, la muerte fetal in útero, y secundarios el parto pretermino y la asfixia perinatal. Se hace una descripción de las características basales de los dos grupos; para evaluar la asociación con los resultados se estimó el riesgo relativo (RR) y el respectivo intervalo de confianza del 95%. Resultados: el riesgo relativo (RR) de muerte fetal intrauterina dada la edad avanzada de la gestante fue de 1,33 (IC 95%: 0,59-2,99). El RR de prematuros, dada la edad materna avanzada, fue de 0,94 (IC 95%: 0,42-2,05) y, finalmente, el RR de asfixia perinatal dada la edad materna avanzada fue de 0,96 (IC 95%: 0,66-1,39). Conclusiones: no se encontró que la edad materna sea un factor de riesgo para malos resultados perinatales <sup>(8)</sup>.

**Juárez A.** En su trabajo realizado en el Hospital General de zona no. 71 en el año 2013 (México) con el Objetivo: Determinar el resultado perinatal adverso en embarazada añosa. Metodología. Mediante un diseño observacional, retrospectivo, transversal y analítico; se efectuó en el HGZ 71 recolección de variables de manera retroactiva de una base de datos manejada en la Jefatura de Pediatría de este lugar, que cuenta con resultados perinatales; de donde se tomaron las variables de estudio, y se formaron dos grupos: pacientes embarazadas de 35 años en adelante y pacientes embarazadas de 20 a 35 años; con datos completos de la atención del parto en ambos grupos y que cumplieron los criterios de inclusión y no inclusión; se analizó con estadística descriptiva e inferencial con tablas de contingencia y  $p < 0.005$ . Resultados: Se recolectaron 382 pacientes de las cuales 194 fueron gestantes añosas de  $37 \pm 3$  años de edad y 188 gestantes con promedio de edad de  $28 \pm 2$  años. Las complicaciones perinatales se presentaron en el 56% de las gestantes añosas y de las no añosas 52%. Las complicaciones más frecuentes

halladas fueron la preeclampsia con 11% (21) en la gestante añosa y de 4% en la no añosa con OR de 2.6 (IC 95% 1.1-6) y  $p < 0.022$ ; de hemorragia uterina 9% en la añosa, de 3% en la no añosa con OR de 3 (IC 95% 1.1-7.6) y  $p < 0.021$ . Conclusión. En esta cohorte de pacientes los riesgos de un embarazo en edad avanzada fueron preeclampsia, diabetes mellitus, hemorragias obstétricas y prematuras. <sup>(10)</sup>.

**Araujo G.** En su trabajo comorbilidades y resultado perinatal y obstétrico en mujeres embarazadas mayores de 35 años en la unidad metropolitana de salud sur durante el periodo de enero a diciembre del 2013 (Ecuador) con el objetivo: establecer si la edad materna mayor de 35 años (añosa), se comporta como factor de riesgo independiente para resultados obstétricos y perinatales desfavorables. Metodología: se realizó un estudio de cohorte para el cual se utilizó la información almacenada en las historias clínicas y base de datos de la unidad metropolitana de salud sur. Se incluyó la totalidad de los partos en mujeres mayores de 35 años registrados entre enero de 2013 y diciembre de 2013. El total partos en pacientes añosas fue de 350, de los cuales al aplicarse los criterios de exclusión me permitieron tener una muestra de 315 madres añosas. Para la cohorte de mujeres entre 20 y 34 años de recolectaron los datos de 210 partos atendidos en mujeres de este grupo etario en la unidad metropolitana de salud sur de enero a diciembre del 2013. Los datos fueron analizados con los programas estadísticos EPI y SPSS. Resultados: en la unidad metropolitana de salud sur durante el año 2013 se atendieron 2743 nacimientos, esto entre partos vaginales y partos por cesáreas; de estos el 12.7% se produjeron en mujeres mayores de 35 años. La edad promedio de las participantes de este estudio fue de 33.6 años. Siendo la edad mínima 20 años y la edad máxima 44 años. más de la mitad de las pacientes (64,3%) tienen algún problema de sobrepeso u obesidad, lo que a su vez actúa como factor de riesgo para otras patologías. la variable paridad se encontró que el 60,6% de las pacientes tiene más de 2 hijos y es clasificada como múltipara, y se encuentran predominantemente en la cohorte de madres añosas y el 16,8% son primigestas, y a su vez se encuentran predominantemente en el grupo de madres entre 20-34 años.

15 al realizar el cruce de variables para la estimación de riesgos por ser madre añosa no se encontró una relación significativa entre la edad de las pacientes y el riesgo de hospitalización durante el embarazo, el diagnóstico de diabetes gestacional, la presencia de ruptura prematura de membranas, y presentaciones anómalas durante la labor de parto, sin embargo los odds ratio que se encontraron significativos demuestran asociación entre ser madre no añosa y presentar mayor número de controles prenatales, y ser madre añosa con mayor riesgo de hemorragia postparto, hemorragia durante el tercer trimestre del embarazo y el diagnóstico de compromiso de bienestar fetal durante la labor de parto. conclusiones: la hipótesis planteada se comprobó a medias, pues se encontró relación significativa entre la edad materna y la presencia de comorbilidades durante el embarazo como fueron los trastornos hipertensivos del embarazo, y el riesgo de sangrado, sin embargo no se determinó mayor riesgo de presentar diabetes gestacional como se hubiese esperado. no se logró establecer mayor riesgo para la necesidad de hospitalización durante el transcurso del embarazo para el grupo de añosas. no se determinó mayor riesgo para los recién nacidos las únicas variables con las que se determinó asociación al ser madres mayores de 35 años fueron puntajes de APGAR menor a 3 y mayor riesgo de presentar recién nacidos con peso bajo al nacimiento, no se encontró mayor riesgo de presentar recién nacidos prematuros al momento del parto, pese a estos hallazgos el resultado perinatal de los hijos de madres añosas es favorable, no se logró determinar asociación con sufrimiento fetal y los recién nacidos de madres añosas no parecen requerir hospitalización posterior al parto. se corroboró que definitivamente el mayor riesgo se presenta cuando el primer embarazo se presenta a mayor edad materna, la variable primigesta añosa representa mayor riesgo de prematuridad, trastornos hipertensivos, bajo peso al nacimiento.<sup>(23)</sup>

## **ANTECEDENTES NACIONALES**

**Olortegui L.** En su trabajo realizado en el instituto materno perinatal en el año 2013(Perú), con el Objetivo: Determinar los factores más frecuentes

que se asocian a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Materiales: los datos se obtuvieron de las historias clínicas de las pacientes mayores de 35 años con parto vaginal atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el período de enero a junio del 2013. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con 391 pacientes. Las variables utilizadas fueron: consumo de alcohol, consumo de tabaco, evaluación nutricional, antecedentes patológicos, paridad, periodo intergenésico, cesárea previa y complicaciones obstétricas. Se calculó frecuencia, Intervalo de confianza 95% y estadística. Para el análisis multivariado de los factores de riesgo para complicaciones se empleó regresión logística obteniéndose los odds ratios (OR). Obteniendo como Resultado: que de 391 gestantes añosas el 48.3% presentaron complicaciones obstétricas siendo las más frecuentes la rotura prematura de membranas (15.6%), hipodinamia uterina (8.7%) y el alumbramiento incompleto (7.9%). Los factores que se asociaron significativamente a las complicaciones obstétricas fueron el IMC alto ( $p=0.007$ ), la obesidad (OR 2.58, IC 95% 1.45, 4.57), la cesárea previa (OR=2.03, IC95% 1.09, 3.77) y la paridad (OR=1.51, IC95% 1.12, 2.05). Conclusión: la obesidad, la cesárea previa y la paridad son factores de riesgo estadísticamente significativo para complicaciones obstétricas en gestantes añosas <sup>(5)</sup>.

**Fernández J.** En su trabajo realizado en el hospital María Auxiliadora en el año 2014(Perú), con el Objetivo: Identificar las principales complicaciones obstétricas en las gestantes añosas atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el periodo de enero a diciembre del 2014. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal con método deductivo y diseño observacional de una población de estudio de 1198 pacientes gestantes añosas atendidas, mediante la revisión de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de complicaciones obstétricas en gestantes de 35 a 49 años, el traslado de datos a una ficha de recolección e ingreso de estos al programa de SPSS versión 22.0.obteniendo como Resultado: que Del estudio, análisis y

discusión de los resultados conseguidos, se ha establecido que de un total de 7600 pacientes gestantes atendidas en el Hospital María Auxiliadora de enero a diciembre del 2014, la frecuencia de gestantes añosas (de 35 a 49 años de edad) fue de 15.76%. Se ha identificado entre las principales complicaciones obstétricas en gestantes añosas durante el embarazo, como más frecuente la Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE), con 17.70%, que incluye la Preeclampsia Leve con un 9.10%, la Preeclampsia Grave con un 7.85%, el Síndrome de HELLP con 0.50% y la Eclampsia con 0.25%; siguen las Infecciones en Tracto Urinario (ITU), con 8.26%, y a continuación el Oligoamnios con 4.26%, las Hemorragias en la segunda mitad del embarazo con 3.92%, las Anemias Crónicas de tipo Ferropénica, con 3.26%, las Hemorragias de la primera mitad del embarazo con 0.92%, el Polihidramnios, con 0.50% y la Pielonefritis con 0.17%. Durante el Parto, con mayor frecuencia la Rotura Prematura de Membranas (RPM), con un 13.11%. Continúa, el Parto Obstruido (como Desproporción de feto, Pelvis Estrecha y Mala posición fetal) con 8.18% y el Parto Prematuro con 3.09%. Y durante el Puerperio, como más frecuente la Anemia Aguda Post Parto con 15.78% y en menor incidencia las Infecciones de Herida Operatoria con 1.59%, las Atonías Uterinas con 1.09% y la Endometritis con 0.58%. Conclusión: La hipótesis planteada, ha sido confirmada por la mayor incidencia de la Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE) con 17.70%, Anemia Aguda Post Parto con 15,78%, Rotura Prematura de Membranas (RPM) con 13.11%, Infecciones en el Tracto Urinario (ITU) con 8.26% y Parto Obstruido con 8.18%. <sup>(6)</sup>.

**Ramírez S.** En su trabajo realizado en el hospital regional de Loreto en el año 2014(Perú), con el Objetivo: Describir los datos obstétricos y perinatales de madres mayores de 35 años. Metodología: El presente proyecto de estudio es de tipo descriptivo y transversal, con diseño observacional y retrospectivo, constituido por la totalidad de gestantes mayores de 35 años de edad hospitalizadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia, del Hospital Regional de Loreto durante el año 2014, teniendo de criterios de inclusión ser mayores de 35 años de edad, parto por cualquier vía, producto nacido vivo o natimuerto, cuyo parto fuera en el

Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” y durante el año 2014. Resultados: El promedio de edad fue de 38.60 años (DE: + 2.312), con un mínimo de 36 años y un máximo de 48 años, siendo el 81.9% entre 36 a 40 años. El 78.4% fueron convivientes y 5% solteras; el 53.5% de nivel secundario, 0.7% analfabetos; el 74.8% fueron de zona urbana, 16.3% rural y el 89% amas de casa. El 85% fueron multigestas, 53.5% múltiparas, 1.4% nulíparas, 62.4% no presentaron aborto, 93.6% presentaron edad gestacional menor o igual a 40 semanas, el 43.6% menos de 6 controles. El 38.3% presentaron sobrepeso y el 19.1% obesidad tipo I. El 60.6% culminaron su gestación por vía vaginal y el 39.4% fue cesárea, el 10.6% presentaron desgarro, el 93.6% dieron a luz neonatos con APGAR de 7 a 10. El 55.7% tuvieron neonatos del sexo masculino y el 44.3% de sexo femenino. El promedio de peso neonatal fue de 3154.96g., naciendo del 88.7% de ellas con un rango de peso de 2500 a 4000 g, El promedio de talla neonatal fue de 49.37 cm. Entre las complicaciones el 48.9% presento ITU, 48.2% anemia, 18.4% parto prematuro, 12.4% RPM, 6.4% pre-eclampsia, y el 13.8% no presentó alguna complicación. Conclusiones: En las gestantes mayores de 35 años del Hospital Regional de Loreto en el año 2014 se encontró sobrepeso y obesidad tipo 1 al inicio de la gestación; con mayor frecuencia parto vía vaginal, neonatos con APGAR de 7 a 10, de sexo masculino, de peso de 2500 a 4000 g, de talla 48 a 52 cm; dentro de las complicaciones con más porcentaje ITU y anemia <sup>(7)</sup>.

**Gutiérrez E.** En su trabajo realizado en el Hospital Rezola-Cañete en el año 2014(Perú), con el Objetivo Objetivo: Determinar las complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes mayores de 35 años en el Hospital Rezola- Cañete en el año 2014. Metodología: Investigación descriptiva simple, retrospectiva de corte transversal. Muestra: 301 gestantes mayores de 35 años. El muestreo: no probabilístico intencionado. Resultados: Se encontraron como principales complicaciones obstétricas: preeclampsia y ruptura prematura de membranas con 5.3%, parto pretermino 2.7 %, desproporción céfalo-pélvica 2.3%, desgarros perineales 1.7%, oligohidramnios 1%, desprendimiento prematuro de placenta, placenta

previa y atonía uterina 0.7%, diabetes gestacional, polihidramios, acretismo placentario 0.3%. Las gestantes mayores de 35 años también presentaron complicaciones perinatales como: distocia funicular (Circular de cordón) 9.3%, macrosomía fetal 7.6%, distocia fetal (Presentación podálica) 6%, prematuridad 3.3%, sufrimiento fetal agudo 1.7%, recién nacido de embarazo gemelar 1.3%, retardo de crecimiento intrauterino y óbito fetal 1%, anomalías congénitas 0.7%, asfixia perinatal y síndrome de dificultad respiratoria 0.3%. Conclusión: Las gestantes mayores de 35 años presentaron más complicaciones perinatales que complicaciones obstétricas. <sup>(22)</sup>.

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

La Federación of Gynecology and Obstetrics definió como “añosa” a toda mujer que se embaraza después de los 35 años y, generalmente, esta característica se asocia con aumento del riesgo de problemas en el neonato. A partir de los 35 años la salud reproductiva comienza a declinar por lo tanto no deberían existir embarazos después de esta edad, ya que aumentan los riesgos asociados al embarazo y parto <sup>(9)</sup>.

### **EMBARAZO EN MUJERES GESTANTES MAYORES DE 35 AÑOS.**

Genera especial preocupación debido al aumento de complicaciones tanto maternas como fetales, significativamente a las mujeres cuando interactúa con la multiparidad en el Perú, se estableció que el número de partos anteriores resulta estadísticamente significativo e impacta de manera positiva la probabilidad de muerte <sup>(15)</sup>.

La gestación en mujeres que superan los 35 años, dadas las complicaciones que se asocian al proceso, implica la vivencia de situaciones de especial complejidad. Resulta de vital importancia para los proveedores de cuidados maternos, profundizar en los sentimientos y experiencias de las mujeres con embarazos a edad avanzada con el fin de establecer sus necesidades. Estas mujeres tienen dudas y preocupaciones que es importante conocer con el fin de ofrecerles información acertada; el “vivir un embarazo en riesgo” les causa especial preocupación <sup>(16)</sup>.

El retraso de la maternidad se ha convertido en un fenómeno común en el mundo desarrollado, como resultado de factores sociales, educacionales y económicos que han permitido que la mujer se convierta en una profesional, alcance su independencia económica y cree todas aquellas condiciones que le permitan decidir cuál es el mejor momento de la maternidad. El problema radica en la presencia de enfermedades crónicas que acompañan a estas edades, a lo que se añaden los cambios fisiológicos propios del embarazo en todos los sistemas del organismo, que ponen a prueba sus reservas corporales y empeoran el pronóstico y los resultados de la gestación, y dan lugar a un aumento de la morbilidad y la mortalidad materna <sup>(16)</sup>.

### **COMPLICACIONES MATERNAS.**

Algunas condiciones médicas comunes en mujeres mayores de 35 años incluyen la diabetes y la presión arterial alta, etc. Si la madre gestante presenta alguna de estas condiciones, es más susceptible a enfrentar problemas durante el embarazo. Y aunque no tenga ninguna de estas enfermedades, las mujeres mayores son más propensas a desarrollar diabetes gestacional y presión arterial alta inducida por el embarazo <sup>(17)</sup>.

Además existe un mayor riesgo de presentar problemas con la placenta y sangrado durante el embarazo. En las patologías encontradas en mujeres de edad materna avanzada describiremos el diagnóstico de enfermería, la razón científica, objetivo y cuidados de enfermería. A partir de los 35 años disminuye la fertilidad, y también lo hace la calidad de los ovocitos <sup>(17)</sup>.

Los estudios indican que, además, aumenta el riesgo de problemas cromosómicos en el feto, como el síndrome de Down; aunque a partir de los 35 años también se produce un mayor número de abortos espontáneos, frecuentemente relacionados con los trastornos cromosómicos que presenta el feto. Así, si el óvulo es defectuoso, hay muchas posibilidades de que el embarazo no siga adelante y no llegue a nacer un bebé con este tipo de problemas. Sin embargo, hay que informar a la paciente sobre los riesgos de trastornos cromosómicos fetales, y las pruebas de diagnóstico

prenatal que, como la amniocentesis, permiten detectar estas alteraciones <sup>(17)</sup>.

En algunos casos, la disminución de la fertilidad en las mujeres de más de 35 años se debe a que tienden a ovular (liberar un óvulo de los ovarios) con menor frecuencia que las mujeres más jóvenes, o también influyen ciertos problemas de salud que son más comunes después de esta edad, como la endometriosis, que ocasiona que los tejidos se adhieran a los ovarios o a las trompas de falopio e interfieran con la concepción, entre otros. Por ello, si una mujer de más de 35 años no ha quedado embarazada después de intentar concebir durante seis meses, debe consultar al especialista ya que los estudios sugieren que aproximadamente un tercio de las mujeres de entre 35 y 39 años y aproximadamente la mitad de las mujeres de más de 40 años tienen problemas de fertilidad y muchos de estos pueden tratarse con éxito <sup>(17)</sup>.

Si bien las mujeres de más de 35 años pueden tener más dificultades para quedar embarazadas, también tienen una mayor probabilidad de tener embarazos múltiples; probabilidad que aumenta de forma natural con la edad, siendo más probable que este grupo deba someterse a un tratamiento de fertilidad, lo que aumenta las probabilidades de tener embarazo de embarazo múltiple. La mujer en edad avanzada, previo al embarazo debe realizarse una evaluación integral que comprenda aspectos hormonales, a través del cual puede conocerse con exactitud el funcionamiento de las hormonas reproductivas y otras como las hormonas tiroideas, prolactina y andrógenos <sup>(17)</sup>.

El riesgo de tener problemas en la labor de parto aumenta para las mujeres mayores de 35 años y aún más para las mujeres mayores de 40 años que están dando a luz a su primer bebé. Los estudios han demostrado que las mujeres mayores tienen más probabilidades de prolongar la segunda etapa de la labor de parto y de sufrimiento fetal. Esto incrementa las probabilidades de tener un parto asistido con fórceps o ventosa obstétrica o de que se les practique una cesárea. Las mujeres mayores también tienen un mayor riesgo de un nacimiento sin vida <sup>(17)</sup>.

## **Complicaciones en el embarazo**

- ✓ Aborto.
- ✓ Mola.
- ✓ Embarazo Ectópico.
- ✓ Anemia.
- ✓ Placenta Previa.
- ✓ Desprendimiento prematuro de placenta.
- ✓ Trastornos Hipertensivos del embarazo.
- ✓ Pre eclampsia Leve.
- ✓ Pre eclampsia severa.
- ✓ Eclampsia.
- ✓ Síndrome de HELLP.
- ✓ Ruptura prematura de membranas.
- ✓ Infección del tracto urinario.
- ✓ Pielonefritis.
- ✓ Oligohidramnios.
- ✓ Polihidramnios.
- ✓ Anomalías de la presentación.

## **Complicaciones en el trabajo de parto**

- ✓ Trabajo de parto disfuncional
- ✓ Alteraciones del expulsivo.
- ✓ Parto pretérmino.
- ✓ Desgarros
- ✓ Cesárea.

## **Complicaciones en el puerperio**

- ✓ Anemia
- ✓ Hemorragia
- ✓ Dehiscencia de la episiorrafia
- ✓ Endometritis

### **COMPLICACIONES MATERNO FETALES:**

Son patologías que ocurren durante el embarazo, parto y puerperio y en el recién nacido y ponen el riesgo de la vida de la madre y del producto de la concepción <sup>(21)</sup>.

#### **ABORTO:**

Interrupción de la gestación antes de las 22 semanas o pérdida del feto menor de 500gr.

#### **MOLA:**

Degeneración quística de las vellosidades coriales, que abarca la placenta y el resto del complejo ovular.

#### **EMBARAZO ECTÓPICO:**

Implantación del ovulo fecundado fuera de la cavidad uterina puede ser complicado cuando se rompe u origina hemorragia y no complicado en el caso en la cavidad uterina.

#### **ANEMIA:**

Es una afección por la cual el cuerpo no tiene suficientes glóbulos rojos sanos. Los glóbulos rojos le suministran el oxígeno a los tejidos corporales.

#### **PLACENTA PREVIA:**

Es la inserción anormal dela placenta segmento uterino inferior, pudiendo ocluir total o parcialmente en el servicio cervical uterino.

#### **DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA.**

Es la separación parcial o total de la placenta de su implantación en la cavidad uterina antes del parto y por encima de las 22semanas de gestación.

### **TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO:**

Se caracteriza por hipertensión, proteinuria, con o sin edema, y en la gravedad del caso pueda agregarse convulsiones, coma y otros síntomas, después de las 20 semanas de edad gestacional.

Si la hipertensión se produce antes de las 20 semanas de gestación, se clasifica como hipertensión crónica.

#### **PRE ECLAMPSIA LEVE:**

Presión arterial mayor de 140/90 o aumentado de 30 mmHg de mercurio de la presión sistólica y de 15mmHg la diastólica.

#### **PRE ECLAMPSIA SEVERA:**

Presión arterial >160/110 o aumentado de 60mmHg, la presión sistólica y de 30 mmHg la diastólica.

#### **ECLAMPSIA:**

Al cuadro de preeclampsia se agrega convulsiones.

#### **SÍNDROME DE HELLP:**

Presencia de hemolisis, elevación de enzimas hepáticas y disminución de plaquetas.

### **RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:**

Salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares, en embarazos mayores de 20 semanas, por lo menos una hora antes del inicio del trabajo de parto.

### **INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO:**

Es la colonización y proliferación microbiológica del tracto urinario con o sin expresión clínica, durante el embarazo. El diagnóstico se define por la presencia en cultivo de orina por más de 100,000 UFC/ml de un mismo germen. El diagnóstico es clínico-microbiológico, por lo cual es indispensable el urocultivo con antibiograma.

### **PIELONEFRITIS:**

Es una infección del riñón y de las vías urinarias.

### **OLIGOHIDRAMNIOS:**

Se denomina cuando la cantidad de líquido amniótico se encuentra disminuida debajo de 300c.c aunque en sentido estricto es toda reducción por debajo del mínimo normal de 600c.c.

### **POLIHIDRAMNIOS:**

Se considera cuando el volumen de líquido amniótico excede los 2000c.c, sin embargo teniendo en consideración que en las últimas 4 semanas de embarazo el líquido amniótico disminuye, por esta época debe considerarse anormales valores que exceden a los 2500c.c.

### **ANOMALIAS DE LA PRESENTACION:**

#### **CARA**

El diámetro que se presenta en el estrecho superior de la pelvis es el submento - bregmático, que mide como promedio 10 cm a término.

#### **FRENTE**

En ésta el diámetro que se presenta en el estrecho superior es el occípito - mentoniano, que mide como promedio 13,5 cm a término, y el punto de referencia es la nariz.

#### **BREGMA**

En ella el diámetro que se presenta es el occípito-frontal, que mide como promedio 11,5 cm a término y el punto de referencia es la fontanela anterior.

### **COMPLICACIONES EN EL TRABAJO DE PARTO:**

Detención del trabajo de parto luego de la presentación de contracciones uterinas intensas y vigorosas, sin progresión del feto por causas mecánicas o dinámicas, lo cual se prolonga por encima de las 12 horas. Se manifiesta por que la curva de alerta del partograma se desvía hacia la derecha.

### **ALTERACION DE LA FASE LATENTE:**

Mediante el tacto vaginal se puede detectar la progresión de la dilatación y el descenso en mayor tiempo del promedio.

#### **FASE LATENTE PROLONGADA**

Evidencia de actividad uterina sin inicio de la fase activa por un periodo mayor de 20 horas en primíparas y 14 horas en multíparas.

### **ALTERACION DE LA FASE ACTIVA:**

Mediante el tacto vaginal y la lectura del partograma con curva de alerta se puede detectar las siguientes alteraciones.

#### **POR ENLENTECIMIENTO:**

##### **FASE ACTIVA O PROLONGADA:**

Es aquella en que la dilatación cervical avanza con una velocidad menor de 1 cm/hora, durante la fase activa del trabajo de parto. En promedio se considera si esta fase dura más de 12 horas en primeras y 8 horas en multíparas

##### **RETRASO DEL DESCENSO O DESCENSO LENTO:**

Cuando la presentación fetal desciende menos de 1cm/hora en nulíparas y menos de 2 cm/ hora en multíparas, durante la fase activa del trabajo de parto.

#### **POR DETENCIÓN:**

##### **DETENCIÓN DE LA DILATACIÓN:**

Es aquella en la cual la dilatación se interrumpe o detiene en la fase activa en dos horas más.

##### **DETENCIÓN DEL DESCENSO:**

Es aquella en que no existe progreso del descenso del polo fetal en una hora o más tanto en nulíparas o multíparas, fundamentalmente en el expulsivo.

#### **ALTERACIONES DEL EXPULSIVO:**

##### **EXPULSIVO PROLONGADO:**

Más de 2 horas en nulíparas.

Más de 1 hora en multíparas.

#### **PARTO PRETÉRMINO:**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), parto prematuro es aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. El límite inferior entre parto prematuro y aborto es, de acuerdo a la OMS, 22 semanas de gestación, 500 g de peso o 25 cm de longitud céfalo-nalgas.

**CESÁREA:**

Es el nacimiento de un feto a través de una incisión en la pared abdominal y en la pared uterina, ante una situación de peligro de la madre o del feto, o ante la imposibilidad del feto de nacer por vía vaginal.

**CESÁREA ELECTIVA:**

Programada durante la atención prenatal.

**CESÁREA DE EMERGENCIA:**

Aquella que se decide de manera imprevista por la presencia de una complicación o patología de aparición súbita que obliga a la culminación del embarazo en la brevedad posible, pero respetando los requisitos para su ingreso a sala de operaciones.

**PROLAPSO DE CORDON:**

Se denomina al descenso de este por delante de la presentación pudiendo estar las membranas intactas o rotas. Se considera que esta en procubito cuando están intactas y en procidencia cuando están rotas. Se reserva la denominación de laterocidencia cuando el cordón se encuentra anormalmente entre el polo de la presentación y la pared del canal pélvico.

**EMBARAZO GEMELAR:**

Se define como la presencia de dos o más fetos dentro del útero. Es importante desde el punto de vista clínico manejar y entender las siguientes nomenclaturas:

**EMBARAZOS GEMELARES BIACROMIALES:**

Cada feto tiene su placenta y saco amniótico.

**EMBARAZO GEMELARES MONOCORIALES BIAMNIOTICOS:**

Ambos fetos comprenden una placenta pero tienen distintas bolsas amnióticas.

**EMBARAZOS MONOCORIALES MONOAMNIOTICOS:**

Ambos fetos comparten la placenta y el saco de líquido amniótico.

### **EMBARAZO PROLONGADO:**

Se define como el embarazo que llega o supera las 42 semanas (294 días a partir del primer día de la última regla).

### **MACROSOMIA FETAL:**

Se considera a los fetos cuyo peso es superior a los 5 kg su etiología se encuentra en padres de gran talla, multiparidad, embarazo prolongado, diabetes, endocrinopatías, etc.

### **PELVIS ESTRECHA:**

Se denomina pelvis estrecha cuando las medidas de la pelvis son menores a lo normal.

#### **ESTRECHEZ DEL PLANO DE ENTRADA O SUPERIOR**

Los diámetros importantes en el estrecho superior son el anteroposterior y el transversal. Se denomina diámetro conjugado verdadero la distancia que hay entre el promontorio sacro y el borde superior de la sínfisis púbica. El diámetro conjugado obstétrico es la distancia entre el promontorio sacro y el sitio más cercano de la cara posterior de la sínfisis púbica. Diámetro conjugado diagonal es la distancia entre el promontorio sacro y el borde inferior de la sínfisis (el único que se puede medir clínicamente). El diámetro obstétrico se calcula restando 1,5 a 2 cm al diámetro conjugado diagonal y es el menor del estrecho superior. Se considera estrechez pélvica en el plano superior un conjugado diagonal menor de 11,5 cm o un obstétrico menor de 10 cm. Grados leves de estrechez pueden permitir encajamiento mediante el mecanismo del asinclitismo. El asinclitismo anterior, en el cual la sutura sagital se encuentra más cerca del sacro, es más favorable que el posterior, donde la sutura sagital está más cerca del pubis.

#### **ESTRECHEZ DEL PLANO MEDIO**

El plano medio está limitado por el borde inferior de la sínfisis del pubis, las espinas ciáticas y el sacro, en la unión de la 4ª y la 5ª vértebra. Son causas de distocia a este nivel las espinas ciáticas prominentes

(diámetro interespinoso menor de 10 cm), la convergencia de las paredes laterales y la escotadura sacrociática estrecha. Por lo general producen detención persistente del descenso y de la rotación en una variedad posterior o transversa profunda. Las estenosis del estrecho medio originan las distocias pélvicas más importantes.

### **ESTRECHEZ DEL PLANO DE SALIDA O INFERIOR**

Casi siempre se asocia a estenosis del estrecho medio y debe sospecharse cuando hay espinas ciáticas prominentes (disminución del diámetro transversal), sacro inclinado hacia adelante, diámetro anteroposterior del estrecho inferior corto (este diámetro va desde el borde inferior de la sínfisis hasta la punta del sacro), o disminución de la distancia entre las tuberosidades isquiáticas (diámetro intertuberoso menor de 8 cm). Este tipo de pelvis se conoce como infundibuliforme.

### **INCOMPATIBILIDAD CEFALO PELVICA:**

Desproporción entre el tamaño de la pelvis y el tamaño del feto que impide el paso del mismo sin riesgos por el canal pélvico.

### **PARTO PODALICO:**

Es el parto en el cual el polo de presentación es la pelvis del feto, comprende las variedades de nalgas puras y las variedades: completa en donde se presentan las nalgas y ambos miembros inferiores y la incompleta en que se presenta los miembros inferiores.

### **INSUFICIENCIA PLACENTARIA:**

Es una complicación del embarazo en la cual la placenta no puede llevar oxígeno y nutrientes suficientes al bebé que está creciendo en el útero.

### **DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA:**

se denomina desprendimiento de placenta normalmente insertada a la desunión parcial o total de su implantación en la pared de cavidad uterina,

originada como complicación durante el embarazo o en parto, dando el lugar a la formación de un hematoma retro placentario y a la interrupción parcial y total de los intercambios materno fetales.

### **COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO:**

#### **HEMORRAGIA:**

Pérdida sanguínea mayor de 500 cc consecutiva a la expulsión de la placenta durante las 24 horas después del parto vía vaginal o más de 1000 cc por cesárea.

#### **ATONIA UTERINA:**

La atonía uterina es la causa más frecuente, pero siempre deben descartarse la retención de restos ovulares mediante el examen de la placenta y las membranas sobre una superficie plana, y también las lesiones del canal del parto. Si hay dudas, se efectuaran de inmediato la exploración manual de la cavidad y del tracto inferior con instrumental apropiado La hemorragia puede ser torrencial, ya que el caudal sanguíneo que llega al útero a término es entre 700 -900 ml/min.

#### **RETENCION DE PLACENTA:**

Estrictamente, el parto se completa sólo después de la expulsión de las membranas fetales, las cuales se desprenden normalmente del útero dentro de las 12 h que siguen al nacimiento del feto. La expulsión retardada ocurre cuando la separación de las membranas se prolonga por más de 12h, si la membranas no han sido expulsadas dentro de las 24 h se consideran retenidas.

Si luego de realizar la tracción controlada del cordón<sup>16</sup>, la placenta no se expulsa después de 30 minutos de estimulación con oxitocina y el útero está contraído se llega al diagnóstico de placenta retenida.

#### **RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS:**

Es cuando uno o más lóbulos placentarios quedan retenidos, lo cual impide que el útero se contraiga eficazmente. La conducta más adecuada en este caso es la exploración manual del útero.

### **PLACENTA ÁCRETA:**

Es la adherencia anormal de la placenta al miometrio, sin penetrar en él. Su diagnóstico es ecográfico durante la gestación<sup>18, 19</sup>. Se puede intentar un manejo conservador mediante el alumbramiento manual si existen pocas zonas de adherencia anormal, con el riesgo de hemorragia posterior y perforación.

### **DEHISCENCIA DE EPISIORRAFIA:**

Solución de continuidad en el área de episiotomía, con fuga total o parcial del material de sutura de la episiorrafia.

### **ENDOMETRITIS PUERPERAL:**

Invasión de gérmenes patógenos a la cavidad uterina luego del parto, comprendiendo la decidua, con la posibilidad de invadir la capa muscular.

La infección puede favorecerse si existe retención de restos placentarios se caracteriza por presentar fiebre mayor de 38 c, pasados las 48 horas del parto, en dos controles cada 6 horas.

## **COMPLICACIONES FETALES**

### **ÓBITO FETAL:**

La OMS definió como muerte previa a la expulsión o extracción completa de su madre de un producto de la concepción independientemente de la duración del embarazo.

### **SE DISTINGUE:**

#### **MUERTE FETAL TEMPRANA:**

La producida antes de las 22 semanas o con peso fetal menor de 500gr, menor de 25 cm, evento denominado también aborto.

#### **MUERTE FETAL INTERMEDIA:**

Acontecida antes de las 22 semanas con peso de 500 y 999 gr.

### **MUERTE FETAL TARDÍA:**

Ocurrida por encima de 28 semanas o con peso superior fetal a los 1000 gr.

### **SUFRIMIENTO FETAL:**

Es una perturbación metabólica compleja debida a una disminución de los intercambios feto materno, de evolución relativamente rápida, que lleva a una alteración de la homeostasis fetal y que puede conducir a alteraciones tisulares irreparables o a la muerte fetal

### **DISTOCIA FUNICULAR:**

Se considera a toda posición anatómica y/o posición que conlleva riesgo de trastorno de flujo sanguíneo de los vasos umbilicales, la cual incluye alteraciones del tamaño (corto-largo), circulares ( simple, doble, o triple en el cuello o cualquier parte fetal), prolapso, procubito, laterocidencia nudos o falsos nudos.

### **RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRA UTERINO:**

Se refiere al crecimiento deficiente de un bebé mientras está en el útero durante el embarazo.

### **ENFERMEDADES CONGÉNITAS:**

Las anomalías congénitas se denominan también defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas. Se trata de anomalías estructurales o funcionales, como los trastornos metabólicos, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida.

## **2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS:**

### **EMBARAZO EN MUJERES GESTANTES MAYORES DE 35 AÑOS**

La gestación en mujeres que superan los 35 años, dadas las complicaciones que se asocian al proceso, implica la vivencia de situaciones de especial complejidad.

El retraso de la maternidad se ha convertido en un fenómeno común en el mundo desarrollado, como resultado de factores sociales, educacionales y económicos que han permitido que la mujer se convierta en una profesional, alcance su independencia económica y cree todas aquellas condiciones que le permitan decidir cuál es el mejor momento de la maternidad. El problema radica en la presencia de enfermedades crónicas que acompañan a estas edades, a lo que se añaden los cambios fisiológicos propios del embarazo en todos los sistemas del organismo, que ponen a prueba sus reservas corporales y empeoran el pronóstico y los resultados de la gestación, y dan lugar a un aumento de la morbilidad y la mortalidad materna <sup>(16)</sup>.

### **COMPLICACIONES MATERNAS**

La salud materna comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, al parto hasta el posparto. Aunque la maternidad es a menudo una experiencia positiva, para demasiadas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte.

Cinco complicaciones directamente relacionadas son responsables de más del 70% de las muertes maternas: hemorragias, infecciones, abortos peligrosos, eclampsia y parto obstruido. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos.

### **COMPLICACIONES FETALES**

Factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos <sup>(18)</sup>.

Desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbimortalidad son los prematuros, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente

enunciados. Una vez que el embarazo es diagnosticado, una de las demandas primordiales que hacen los padres al equipo médico tratante es el de obtener un producto de la gestación estructural y funcionalmente intacto, con los avances que ha alcanzado la medicina fetal y perinatal en la prevención y diagnóstico precoz de patologías que afectan el binomio madre-hijo, se ha logrado transmitir una mayor tranquilidad a los progenitores de la indemnidad fetal a medida que evoluciona el embarazo (19).

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio se enmarca dentro del tipo de investigación descriptiva; y retrospectiva, de corte transversal.

#### **3.2 DISEÑO DE INVESTIGACION**

##### **DESCRIPTIVO:**

Porque describirá el hecho tal cual aparece en la realidad

##### **RETROSPECTIVO DE CORTE TRANSVERSAL:**

Es un estudio que se realizara en el presente basada en un diseño

#### **3.2.1 NIVEL DE INVESTIGACION**

Aplicativo porque se realizará sobre hechos concretos y específicos, de carácter netamente utilitarios.

#### **3.2.2 MÉTODO**

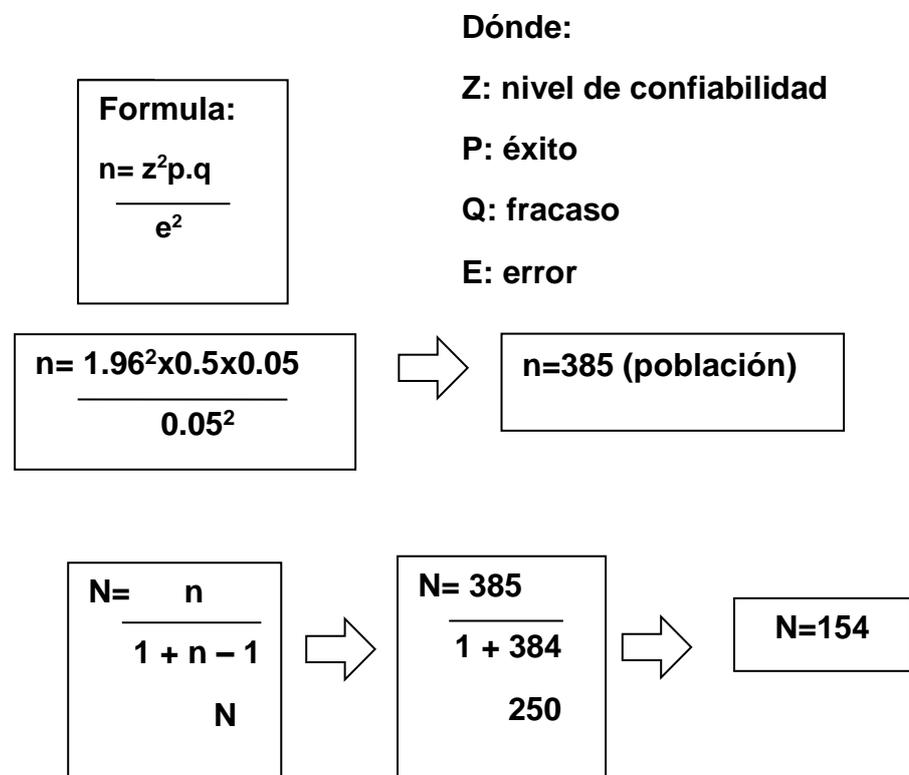
Cuantitativo porque se vale de los números para examinar datos e información con un determinado nivel de error y nivel de confianza.

### 3.3 POBLACION Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION.

#### 3.3.1 POBLACIÓN

Se considera la población tomada del primer trimestre de total de partos del año 2016 siendo un total de 250 mujeres gestantes mayores de 35 años atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de San Juan de Lurigancho.

#### 3.3.2 MUESTRA:



La muestra es 154 mujeres gestantes mayores de 35 años que fueron atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho.

### 3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 3.4.1 TÉCNICAS

Técnica de revisión de historias clínicas perinatales e historias clínicas del recién nacido.

En este proyecto se utilizó la técnica de recopilación de datos; donde por medio de una solicitud aceptada del Hospital San Juan de Lurigancho pude acceder a datos de diferentes historias clínicas de mugeres gestantes mayores de 35 años atendidas en este Hospital en el área de Centro Obstétrico.

#### **3.4.2 INSTRUMENTOS**

El instrumento utilizado en este proyecto es la ficha de recolección de datos que consta en tres ítems:

- I.-Datos Generales: consta con 5 preguntas.
- II.-Complicaciones Materno: consta 3 preguntas.
- III.-Complicaciones Fetales: consta con 1 pregunta.

#### **3.5 PROCEDIMIENTOS**

Se solicitó la autorización correspondiente a la Oficina de Investigación, para desarrollar el presente investigación en el Hospital San Juan De Lurigancho donde previamente se coordinó, con la oficina de estadística así como con el Centro Obstétrico para la identificación de las historias clínicas de las pacientes a estudiar en servicio de archivo del Hospital.

Se continuó con el llenado de la hoja de recolección de datos hasta completar la muestra de estudio.

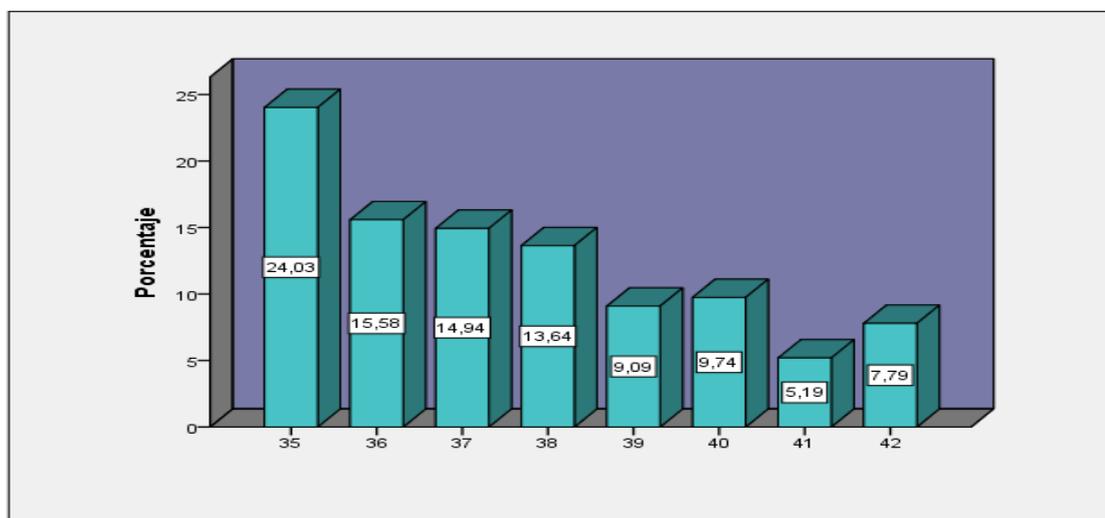
## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS**

### **4.1 RESULTADOS**

**TABLA N°1**  
**DISTRIBUCION DE PARTICIPANTES DEL ESTUDIO SEGÚN EDAD**

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
35	37	24,03%	24,03%	24,0%
36	24	15,58%	15,58%	39,6%
37	23	14,94%	14,94%	54,5%
38	21	13,64%	13,64%	68,2%
39	14	9,09%	9,09%	77,35%
40	15	9,74%	9,74%	87,0%
41	8	5,19%	5,19%	92,2%
42	12	7,79%	7,79%	100,0%
Total	154	100,0%	100,0%	

**GRAFICO N°1**  
**DISTRIBUCION DE PARTICIPANTES DEL ESTUDIO SEGÚN EDAD**



**Fuente obtenida en el Hospital San Juan De Lurigancho - 2016.**

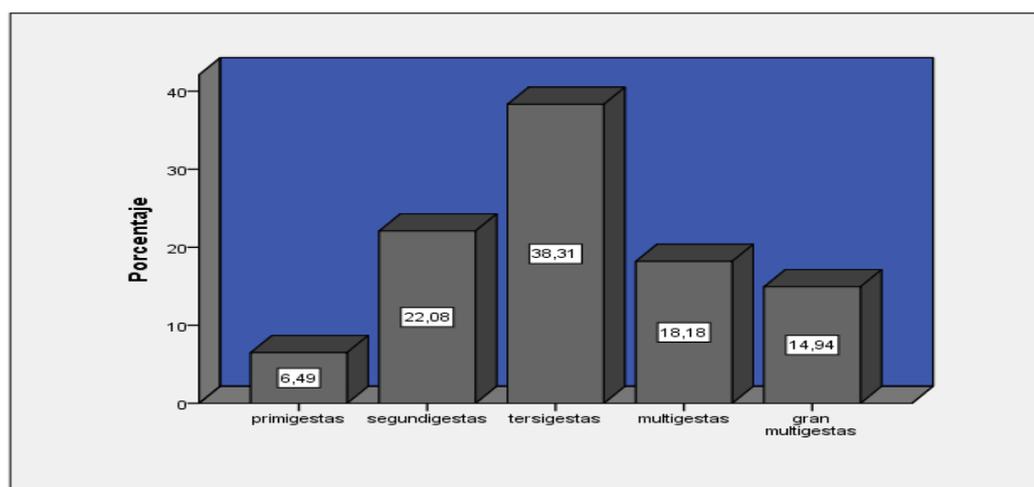
De la población total de 154 mujeres gestantes mayores de 35 años; el 24,03% son de 35 años y el 5,19% son de 41 años, resultados que nos muestra que las mujeres cada vez postergan el embarazo, el cual genera mayor riesgo materno perinatal.

**TABLA Nº2**  
**PORCENTAJE DE PATICIPANTES SEGÚN NÚMERO DE**  
**GESTACIONES**

Número de gestaciones	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primigestas	10	6,49%	6,49%	6,5%
Segundigestas	34	22,08%	22,08%	28,6%
Tercigestas	59	38,31%	38,31%	66,9%
Multigestas	28	18,18%	18,18%	85,1%
Gran multigestas	23	14,94%	14,94%	100,0%
Total	154	100,0%	100,0%	

**GRAFICO Nº 2**

**PORCENTAJE DE PATICIPANTES SEGÚN NÚMERO DE**  
**GESTACIONES**



**Fuente obtenida en el Hospital San Juan De Lurigancho - 2016.**

De la población total de 154 mujeres gestantes mayores de 35 años, el ,31% son tercigestas y 6,49% son primigestas.

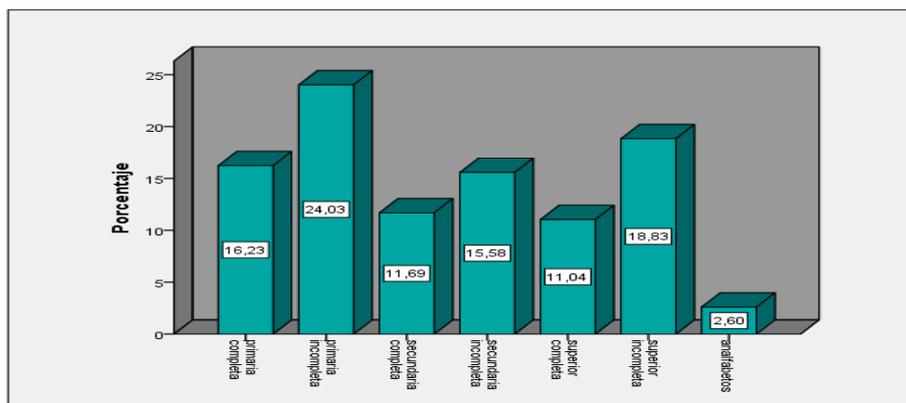
**TABLA N°3**

**PORCENTAJE DE PATICIPANTES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN**

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primaria completa	25	16,23%	16,23%	16,2%
Primaria incompleta	37	24,03%	24,03%	40,3%
Secundaria completa	18	11,68%	11,68%	51,9%
Secundaria incompleta	24	15,58%	15,58%	67,5%
Superior completa	17	11,04%	11,04%	78,6%
Superior incompleta	29	18,83%	18,83%	97,4%
Analfabetos	4	2,60%	2,60%	100,0%
Total	154	100,0%	100,0%	

**GRAFICO N° 3**

**PORCENTAJE DE PATICIPANTES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN**



**Fuente obtenida en el Hospital San Juan De Lurigancho - 2016.**

De la población total de 154 mujeres gestantes mayores de 35 años, el 24,03% tiene grado de instrucción primaria completa y el 2.6% es analfabeta.

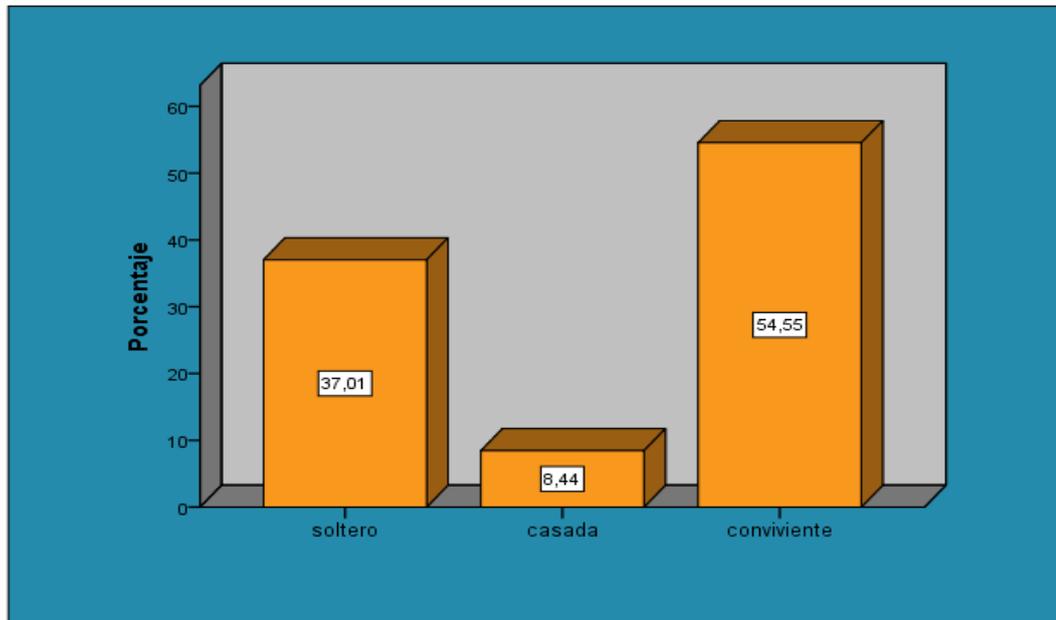
**TABLA Nº 4**

**PORCENTAJE DE PATICIPANTES SEGÚN ESTADO CIVIL**

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltero	57	37,01%	37,01%	37,0%
Casada	13	8,44%	8,44%	45,5%
Conviviente	84	54,55%	54,55%	100,0%
Total	154	100,0%	100,0%	

**GRAFICO N º4**

**PORCENTAJE DE PATICIPANTES SEGÚN ESTADO CIVIL**



**Fuente obtenida en el Hospital San Juan De Lurigancho - 2016.**

El gráfico muestra a las mujeres gestantes mayores de 35 años que participaron en el estudio según el estado civil, evidenciándose que el 54,55% son de estado civil conviviente y el menor porcentaje 8,44% son casadas.

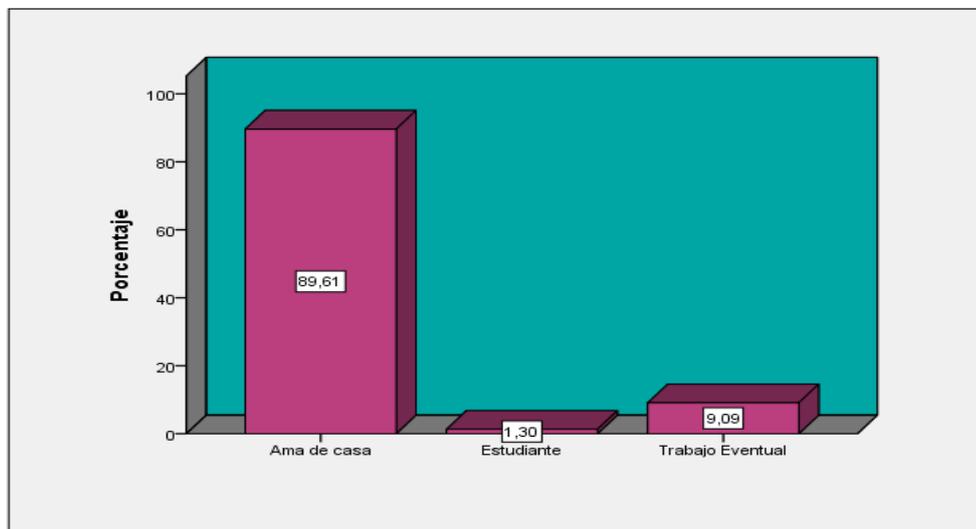
**TABLA Nº 5**

**PORCENTAJE DE PATICIPANTES SEGÚN OCUPACION**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ama de casa	138	89,61%	89,61%	89,6%
Estudiante	2	1,30%	1,30%	90,9%
Trabajo eventual	14	9,09%	9,09%	100,0%
Total	154	100,0%	100,0%	

**GRAFICO Nº 5**

**PORCENTAJE DE PATICIPANTES SEGÚN OCUPACION**



**Fuente obtenida en el Hospital San Juan De Lurigancho - 2016.**

De la población total de 154 mujeres gestantes mayores de 35 años el 89,6% es ama de casa y el 1,30% es estudiante.

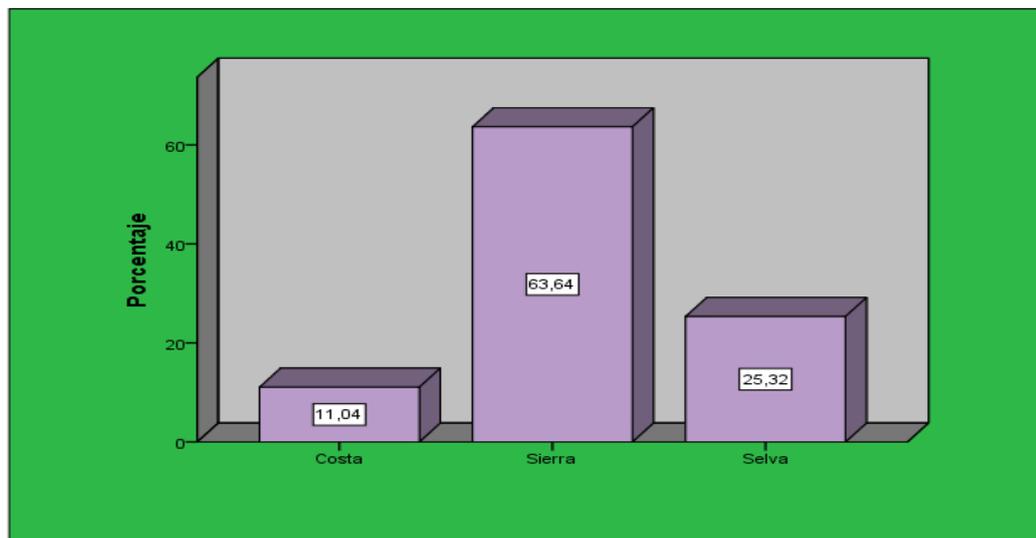
**TABLA Nº 6**

**PORCENTAJE DE PATICIPANTES SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA**

Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Costa	17	11,04%	11,04%	11,0%
Sierra	98	63,64%	63,64%	74,7%
Selva	39	25,32%	25,32%	100,0%
Total	154	100,0%	100,0%	

**GRAFICO Nº6**

**PORCENTAJE DE PATICIPANTES SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA**



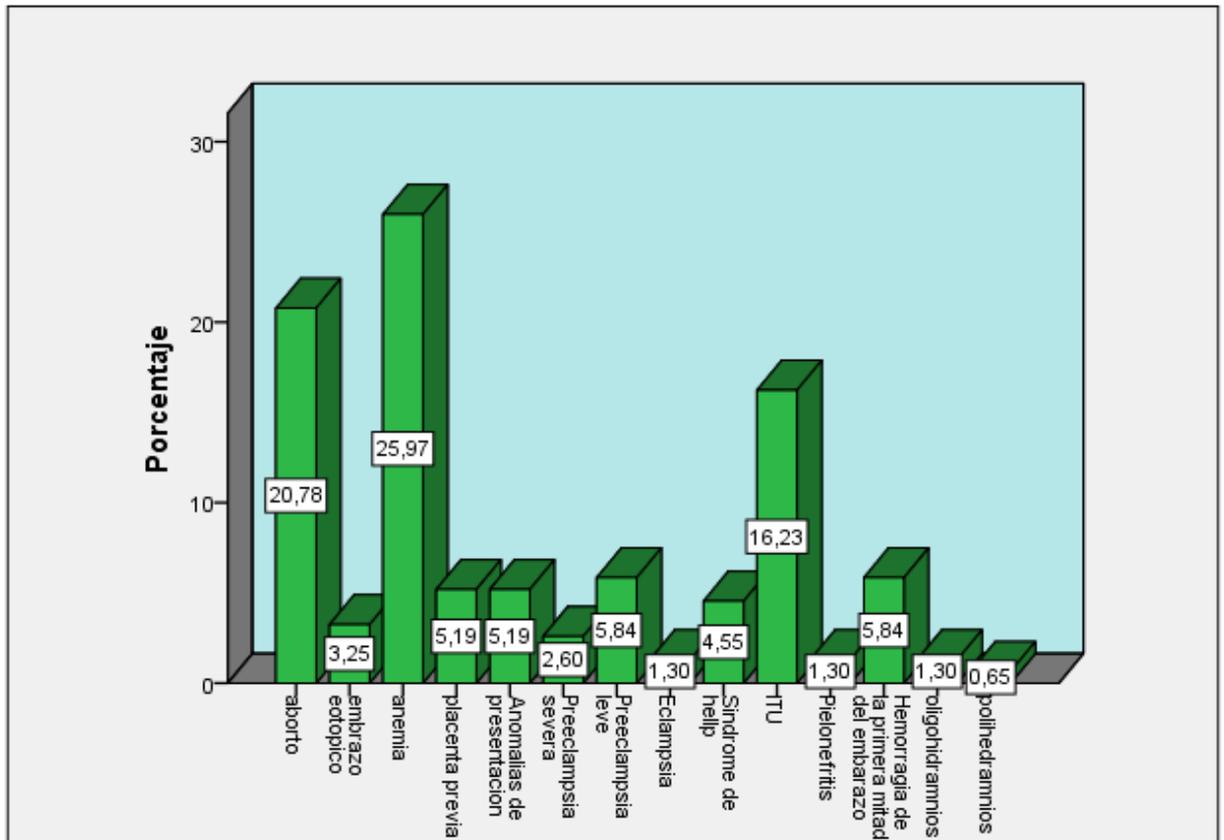
**Fuente obtenida en el Hospital San Juan De Lurigancho - 2016.**

De la población total de 154 mujeres gestantes mayores de 35 años que participaron en el estudio, el 63,64 % es de la sierra y 11,04% es de la costa.

**TABLA N°7**  
**COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO EN MUJERES GESTANTES**  
**MAYORES DE 35 AÑOS**

Complicaciones en el embarazo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Aborto	32	20,78%	20,78%	20,8%
Embarazo ectópico	5	3,25%	3,25%	24,05%
Anemia	40	25,97%	25,97%	50,0%
Placenta previa	8	5,19%	5,19%	55,2%
Anomalías de presentación	8	5,19%	5,19%	60,4%
Preeclampsia severa	4	2,60%	2,60%	63,0%
Preeclampsia leve	9	5,84%	5,84%	68,8%
Eclampsia	2	1,30%	1,30%	70,1%
Síndrome de Hellp	7	4,55%	4,55%	74,7%
ITU	25	16,23%	16,23%	90,9%
Pielonefritis	2	1,30%	1,30%	92,2%
Hemorragia de la primera mitad del embarazo	9	5,84%	5,84%	98,1%
Oligohidramnios	2	1,30%	1,30%	99,4%
Polidramnios	1	0,65%	0,65%	100,0%
Total	154	100,0%	100,0%	

**GRAFICO N°7**  
**COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO EN MUJERES GESTANTES**  
**MAYORES DE 35 AÑOS**



**Fuente obtenida en el Hospital San Juan De Lurigancho - 2016.**

De la población total de 154 mujeres gestantes mayores de 35 años que participaron en el estudio, el 25,97% presento Anemia, 20,78% Aborto y el 16,23% Infección del tracto urinario.

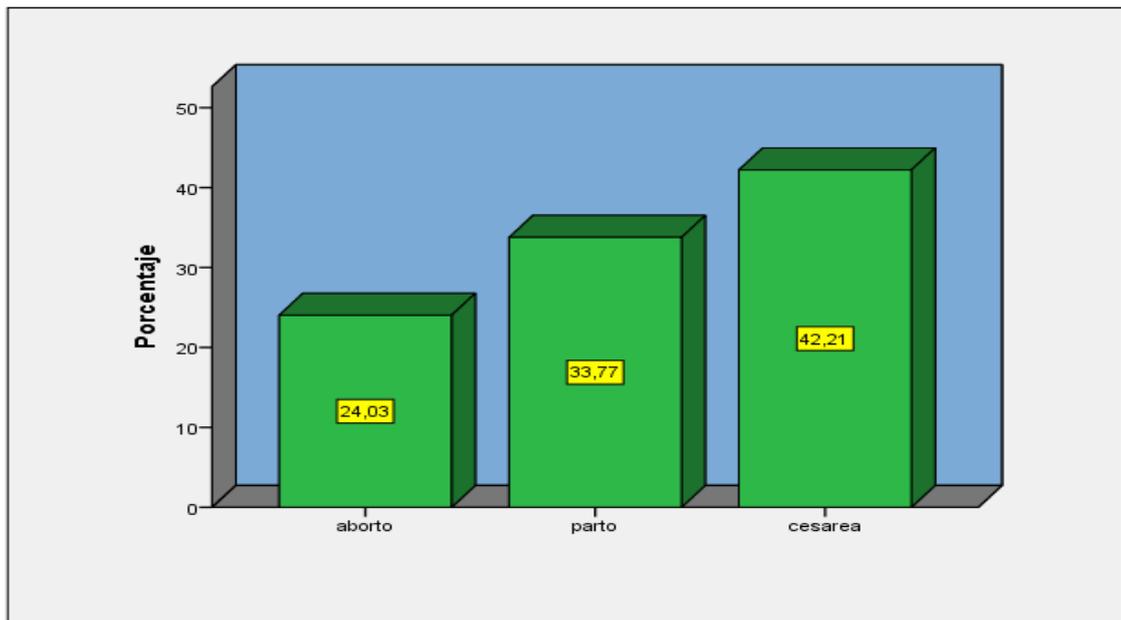
**TABLA Nº 8**

**PORCENTAJE DE PATICIPANTES SEGÚN EL TÉRMINO DE PARTO**

Termino de parto	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Aborto	37	24,03%	24,03%	24,0%
Parto	52	33,77%	33,77%	57,8%
Cesárea	65	42,21%	42,21%	100,0%
Total	154	100,0%	100,0%	

**GRAFICO Nº 8**

**PORCENTAJE DE PATICIPANTES SEGÚN EL TÉRMINO DE PARTO**



**Fuente obtenida en el Hospital San Juan De Lurigancho - 2016.**

De la población total de 154 mujeres gestantes mayores de 35 años que participaron en el estudio, el 24,03 % termino en aborto, el 33,77 % su parto fue normal y el 42,21% fue cesárea.

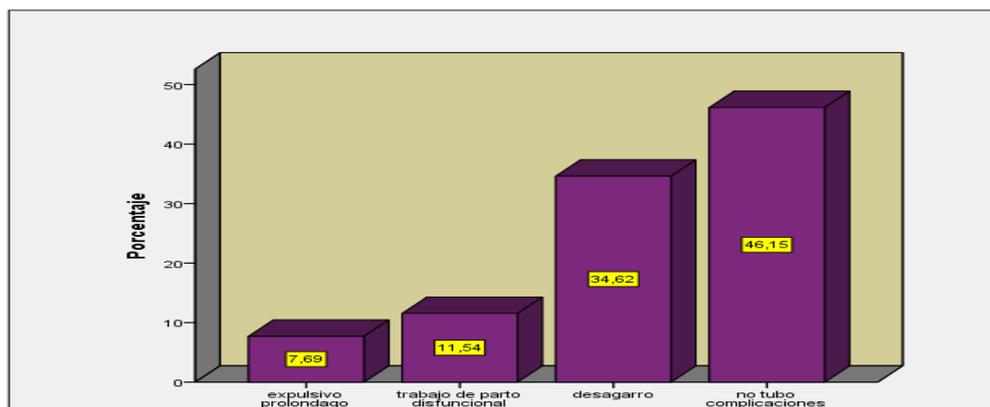
**TABLA N° 8.1**

**COMPLICACIONES DEL TRABAJO DE PARTO EN MUJERES GESTANTES MAYORES DE 35 AÑOS**

Complicaciones de parto	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Expulsivo prolongado	4	2,6%	7,69%	7,7%
Trabajo de parto disfuncional	6	3,9%	11,54%	19,2%
Desgarro	18	11,7%	34,62%	53,8%
No tubo complicaciones	24	15,6%	46,15%	100,0%
Total	52	33,8%	100,0%	

**GRAFICO N ° 8.1**

**COMPLICACIONES DEL TRABAJO DE PARTO EN MUJERES GESTANTES MAYORES DE 35 AÑOS**



**Fuente obtenida en el Hospital San Juan De Lurigancho - 2016.**

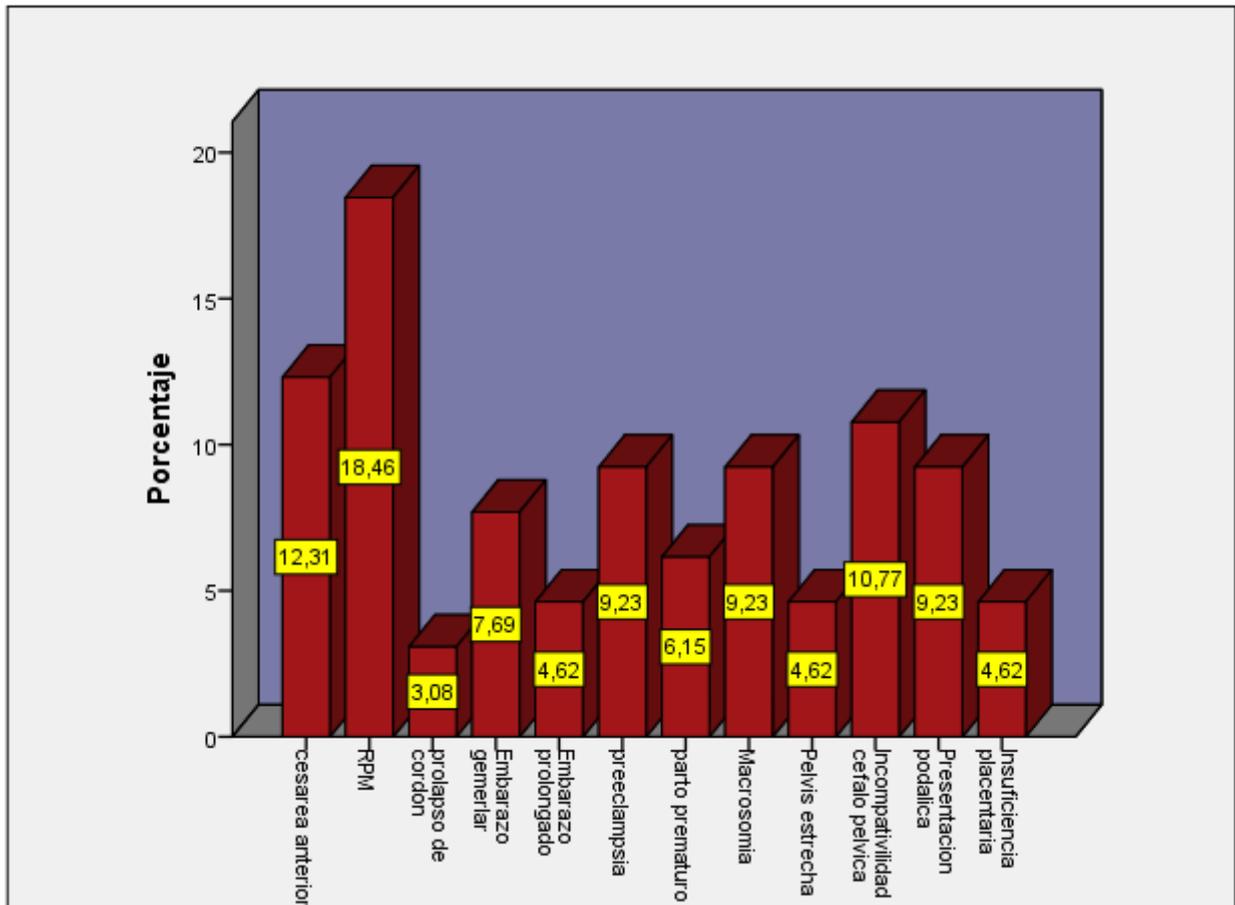
En el gráfico se evidencia que de 52 pacientes que presentaron parto normal el 46,15 % no presentó complicaciones, el 34,62% presentó desgarro de I grado, el 11,54 % presentó trabajo de parto disfuncional y el 7.69% presentó expulsivo prolongado.

**TABLA Nº 8.2****MOTIVO DE LA CESAREA DE LAS MUJERES GESTANTES MAYORES DE 35 AÑOS**

Motivo de la cesárea	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Cesárea anterior	8	5,2%	12,31%	12,3%
RPM	12	7,8%	18,46%	30,8%
Prolapso de cordón	2	1,3%	3,08%	33,8%
Embarazo gemelar	5	3,2%	7,69%	41,5%
Embarazo prolongado	3	1,9%	4,62%	46,2%
Preeclampsia	6	3,9%	9,23%	55,4%
Parto prematuro	4	2,6%	6,15%	61,5%
Macrosomía	6	3,9%	9,23%	70,8%
Pelvis estrecha	3	1,9%	4,62%	75,4%
Incompatibilidad céfalo pélvica	7	4,5%	10,77%	86,2%
Presentación podálica	6	3,9%	9,23%	95,4%
Insuficiencia placentaria	3	1,9%	4,62%	100,0%
Total	65	42,2%	100,0%	

## GRAFICO N° 8.2

### MOTIVO DE LA CESAREA DE LAS MUJERES GESTANTES MAYORES DE 35 AÑOS



Fuente obtenida en el Hospital San Juan De Lurigancho - 2016.

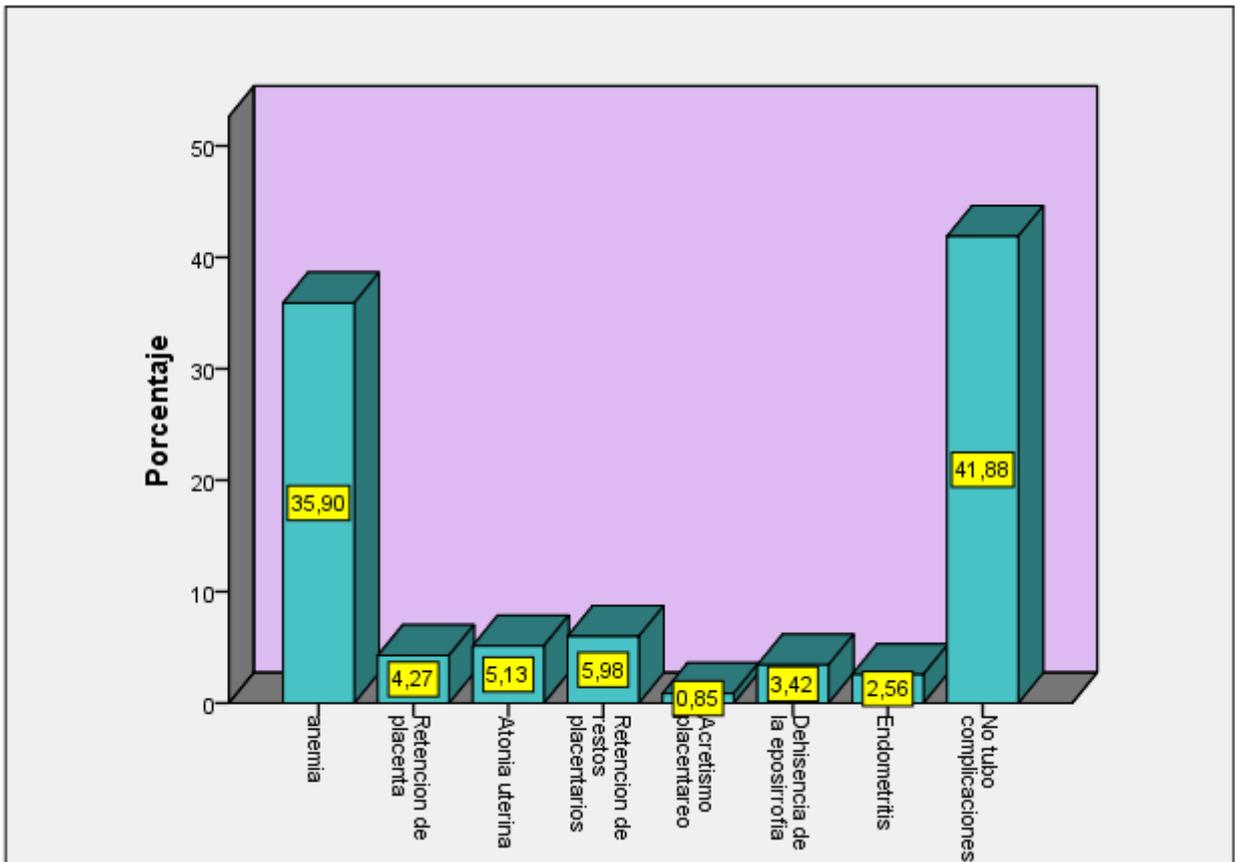
De 65 mujeres gestantes mayores de 35 años que tuvieron parto por cesárea; el 18,46% fue por ruptura prematura de membrana, el 12,31% cesárea anterior, el 10,77 % presentó incompatibilidad céfalo pélvica, el 9,23% preeclampsia – macrosomía fetal.

**TABLA Nº 9**  
**COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO DE MUJERES MAYORES DE 35**  
**AÑOS**

Complicaciones en el puerperio	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Anemia	42	27,3%	35,90%	35,9%
Retención de placenta	5	3,2%	4,27%	40,2%
Atonía uterina	6	3,9%	5,13%	45,3%
Retención de restos placentarios	7	4,5%	5,98%	51,3%
Acretismo placentario	1	,6%	0,85%	52,1%
Dehiscencia de la episiorrofia	4	2,6%	3,42%	55,6%
Endometritis	3	1,9%	2,56%	58,1%
No tubo complicaciones	49	31,8%	41,88%	100,0%
Total	117	76,0%	100,0%	

## GRAFICO N° 9

### COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO DE MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS



Fuente obtenida en el Hospital San Juan De Lurigancho-2016.

En el gráfico se evidencia el porcentaje de complicaciones en el puerperio en mujeres mayores de 35 años (117 mujeres en el puerperio); el 35,90% presentó anemia, 5,98% presentó retención de restos placentarios, 5,13% atonía uterina y el 4,27 % retención de placenta.

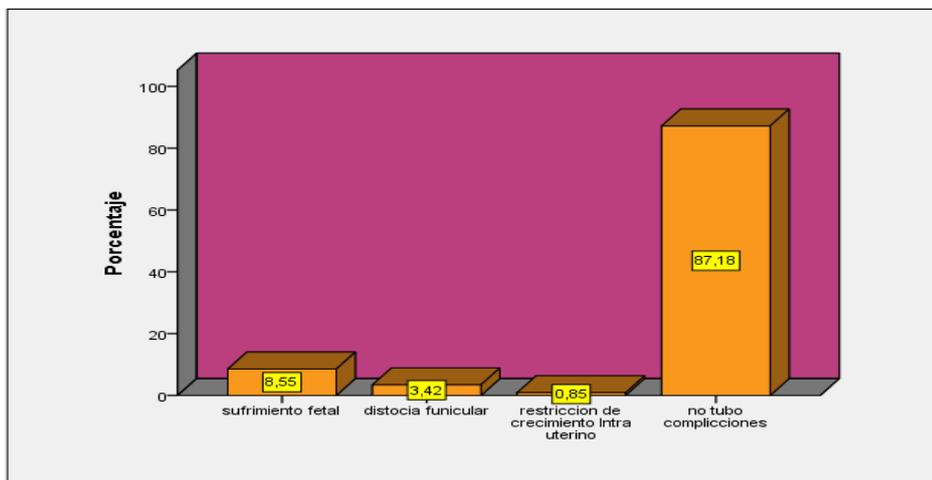
**TABLA Nº 10**

**COMPLICACIONES FETALES**

Complicaciones fetales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sufrimiento fetal	10	6,5%	8,55%	8,5%
Distocia funicular	4	2,6%	3,42%	12,0%
Restricción de crecimiento Intra uterino	1	,6%	0,85%	12,8%
No tubo complicaciones	102	66,2%	87,18%	100,0%
Total	117	76,0%	100,0%	

**GRAFICO Nº 10**

**COMPLICACIONES FETALES**



**Fuente obtenida en el Hospital San Juan De Lurigancho**

De la población total de 117 recién nacidos, el 8.55% presento sufrimiento fetal, 3.42 % presento distocia funicular, 0,85% restricción de crecimiento intra uterino.

## 4.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

El presente estudio, se realizó con el objetivo de determinar las complicaciones materno fetales en mujeres gestantes mayores de 35 años en el Hospital de San Juan de Lurigancho, 2016 para ello se contó con la participación de 154 mujeres gestantes.

En la investigación realizada por Fernández J encontró que las complicaciones obstétricas en gestantes añosas durante el: **EMBARAZO:** fue la Preeclampsia leve con 9.10% y en esta investigación 5,84%, preclampsia severa con un 7.85% en esta investigación 2,60%, eclampsia con 0,25% y en esta investigación 1,30% hemorragias de la primera mitad del embarazo con 0,92% y en esta investigación un 5,84%. Anemia con 3,26% y en esta investigación con un 25,97%. Polidramnios con 0.50%, en esta investigación el 0,65%, oligodramnios el 3,68% en esta investigación 1,30%, y en la pielonefritis con un 0,17, en esta investigación es 16,23%. Infección de tracto urinario es 38,26%, en esta investigación es 16,23%. En la investigación de Sánchez M el aborto en un 6% y en mi investigación un 20.78%. **PARTO:** Según Ramírez en su investigación el parto vaginal 39.4 % y en esta investigación un 33,77%, cesárea 10,6% y en esta investigación 11.54%. Trabajo de parto disfuncional con un 38,18% y en esta investigación 11,54%. Desgarro de I grado en un 93,9% y en esta investigación 34.62%. **PUERPERIO:** Según Fernández J durante el puerperio con más frecuencia es: Anemia con un 15,78% y en esta investigación un 35,90%. Atonía uterina en un 1,09% y en esta investigación 5,13% y endometritis con un 0,58% y en esta investigación un 2,56%. Según Olertegui L.; el alumbramiento incompleto con un 7,9% y en esta investigación retención de restos placentarios fue de un 5,98%.

En cuanto a las complicaciones fetales en este estudio se encontró que el Sufrimiento fetal fue de 8,55%, la distocia funicular 3,42%, restricción de crecimiento Intra uterino 0,85% y no tuvieron complicaciones el 37,18%, resultados no comparables con los hallazgos de Gutiérrez E, restricción de crecimiento Intra uterino 1.3% y síndrome de dificultad respiratoria 0.3%.

## CONCLUSIONES

- 1.- Las complicaciones maternas encontradas en el presente estudio fue: de 154 mujeres en la etapa del Embarazo se encontró que: 25,97% Anemia, 20,78% Aborto, 16,23% Infección de tracto urinario, 5,84% Preclamsia leve y 5,84% Hemorragia de la primera mitad del embarazo; en el Parto vaginal (52 pacientes) fue: 34,62% Desgarro de primer grado ,11,54% Trabajo de parto disfuncional y 7,69% Expulsivo prolongado. Parto por cesárea (65 pacientes): fue 18,46% Ruptura prematura de membranas, 12,31% cesárea anterior, 10,77% Incompatibilidad céfalo pélvica, 9,23% Preeclampsia y en el 9,23% Macrosomia fetal. Puerperio (117 puérperas): 35,90% Anemia, 5,98% Retención de restos placentarios, 5,13% Atonía uterina, 4,27% retención de placenta, 3,42% dehiscencia de episiorrafia , 2,56% endometritis y 0,85% acretismo placentario.
- 2.- Las complicaciones fetales de 117 recién nacidos vivos de gestantes mayores de 35 años que se presentó son: 8,55% sufrimiento fetal, 3,42% distocia funicular y 0,85% restricción de crecimiento intra uterino.

## RECOMENDACIONES

1. Se encontraron las complicaciones maternas tanto en el embarazo parto y puerperio en mujeres mayores de 35 años por lo que se recomienda:
  - Informar y dar a conocer los beneficios de la atención prenatal para facilitar la detección oportuna, de signos y síntomas de alarma durante su embarazo.
  - Realización de atenciones prenatales con calidez y calidad, de manera especial en las embarazadas en edad avanzada que permitan minimizar los resultados obstétricos y perinatales adversos ante la presencia de factores desfavorables.
  - Corregir la anemia presente en las gestantes de edad avanzada, recibiendo suplemento y una alimentación saludable que aporte hierro.
  
2. Respecto a las complicaciones fetales en las mujeres gestantes mayores de 35 años se recomienda:
  - Mejorar el llenado de las historias clínicas, también es importante que su llenado sea adecuada; ya que van a proporcionar datos que puedan presentarse como factor de riesgo y que al no estar bien registradas no ayudaran a evitar complicaciones maternas y neonatales.
  - Atención inmediata del recién nacido mediante un eficiente control neonatal y seguimiento respectivo.

## REFERENCIAS

### FUENTES DE INFORMACION

- (1).Fretts R., Shmihdiel J., Usher R., Gollman B.Aumentode la edad maternal y riesgo de muerte fetal. [En línea].2011. [Fecha de acceso 05 noviembre 2016].333 (5): paginas 953-957.Disponible en:<http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-la-edad-materna-como-factor-S0304501311003128>
- (2).Smith Y. Resultados obstétricos de las nulíparas de bajo pesor riesgo. [En línea].1998. [Fecha de acceso 05 noviembre 2016].63 (8): páginas 7-14.Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-resultados-perinatales-adolescentes-nuliparas-estudio-S0304501315001508>.
- (3).Ayudante P., Rogelio W., Jacinto J., Oscuvilca en el primer embarazo en mujeres mayores de 35 años de edad. Revista peruana ginecológica y obstetricia [En línea].2011. [Fecha de acceso 05 noviembre 2016].57 (1): paginas 49-53.disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3234/323428199010.pdf>.
- (4).Manfuert V. Complicaciones o eventos de riesgo en mujeres que se embarazan después de los 35 años ,2005.universidad abierta interamericana Sede Regional Rosario. 2005. [Fecha de acceso 10 noviembre 2016].Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC065130.pdf>
- (5).Olortegui L. Factores asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas en el Instituto Nacional Materno Perinatal [En línea]. Enero-junio 2013. [Fecha de acceso 07 noviembre 2016].Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3679/1/Olortegui\\_rl.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3679/1/Olortegui_rl.pdf)
- (6).Fernández J. Complicaciones obstétricas en las gestantes añosas atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el período de enero a diciembre del 2014.Universidad Ricardo Palma [En línea].2014. [Fecha de acceso 07 noviembre 2016].Disponible en:[http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/510/1/fern%c3%a1ndez\\_j.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/510/1/fern%c3%a1ndez_j.pdf)

- (7).Ramírez S. Resultados perinatales y obstétricos en gestantes mayores de 35 años, Hospital Regional de Loreto en el año 2014.Universidad Nacional de Amazonia Peruana. [En línea].2014 [Fecha de acceso 07 noviembre 2016].Disponible en:  
<http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/543/1/TESIS%20FINAL.pdf>
- (8).Rivas E., Asociación entre edad materna avanzada y los resultados perinatales adversos en una clínica universitaria de Cartagena (Colombia), [en línea].2012. [Fecha de acceso 12 noviembre 2016].disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v66n3/v66n3a04.pdf>
- (9).Sánchez Z., Fajardo Y. Factores de riesgo materno fetal, en mujeres con edad avanzada, Hospital regional Vicente corral Moscoso, cuenca, 2013. Universidad de Cuenca. [En línea].2013. [Fecha de acceso 08 noviembre 2016].Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/4904>
- (10).Juárez A. Resultados Perinatales adversos en embarazada añosa, hospital general de zona no. 71,2013.universidad universidad veracruzana. [En línea].2013. [Fecha de acceso 10 noviembre 2016].Disponible en: <http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Tesis-Angie.pdf>
- (11).Nolasco A., Hernández R., Ramos R. Hallazgos perinatales de embarazos en edad materna avanzada 2010. [En línea].2010. [Fecha de acceso 15 noviembre 2016].Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom124e.pdf>
- (12).García I., Alemán M. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. [En línea].2010. [Fecha de acceso 18 noviembre 2016].Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2010000400002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400002)
- (13).Tipiani O., es la edad materna avanzada un factor de riesgo independiente para complicaciones materno-perinatales. [En línea].2006. [Fecha de acceso 18

noviembre 2016].52 (3):89-99.Disponible en:

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52\\_n3/pdf/a09v52n3.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n3/pdf/a09v52n3.pdf)

(14).Alcolea s., Mohamed D. Guía de cuidados en el embarazo. [En línea].2013.

[Fecha de acceso 26 noviembre 2016].Disponible en:

<http://www.ingesa.msssi.gob.es/en/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guiacuidadosembarazo.pdf>

(15).García M. [En línea].2013. [Fecha de acceso 26 noviembre 2016].Disponible en:

[http://www.portalesmedicos.com/diccionario\\_medico/index.php/Complicacion](http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Complicacion)

(16).Águila S. La morbilidad materna extremadamente grave, un reto actual para la reducción de la mortalidad materna. [En línea]. [Fecha de acceso 3 diciembre 2016].disponible en:

[https://www.unicef.org/lac/morbilidad\\_materna\\_full.pdf](https://www.unicef.org/lac/morbilidad_materna_full.pdf)

(17).Mascaro P. Embarazo de alto riesgo atención integral y especializada. [En línea]. [Fecha de acceso 6 diciembre 2016].disponible en:

[http://bvs.minsa.gob.pe/local/imp/293\\_imp9.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/imp/293_imp9.pdf)

(18).Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. Organización Mundial de la Salud. [En Línea] 2014 Mayo. [Fecha de acceso el 5 de diciembre del 2016](348).Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

(19).Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES. Estadístico. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2014.

(20).Valenzo E, Peña M. Condición clínica al nacer los niños de madres con edad avanzada. Revista Mexicana de Pediatría. [Revista en Internet] 2014 setiembre [acceso el 1 de agosto del 2015] 81(5) Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2014/sp145b.pdf>

- (21).Acuña E., Cárdenas Y. Complicaciones materno perinatales en adolescentes con reincidencia de embarazo. [En línea]. 2014 [Fecha de acceso 13enero 2017].disponible en:  
file:///C:/Users/USER/Desktop/Acu%C3%B1a\_uh.pdf
- (22).Gutiérrez E., complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes mayores de 35 años [En línea]. 2014[Fecha de acceso 09 noviembre 2017].disponible en:  
[http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2158/3/gutierr ez\\_e.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2158/3/gutierr ez_e.pdf)
- (23).Araujo b. comorbilidades y resultado perinatal y obstétrico en mujeres embarazadas mayores de 35 años [en línea]. 2013 [fecha de acceso 09 noviembre 2017].disponible en:  
[http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10805/11.45.001030.p df;sequence=4](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10805/11.45.001030.pdf;sequence=4)

**ANEXOS:**

**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**TITULO: COMPLICACIONES MATERNO - FETALES EN MUJERES GESTANTES MAYORES DE 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO - LIMA 2016.**

PROBLEMA	OBJETIVOS	OPERACIONALIZACION			METODO
		VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	
<p><b>PROBLEMA PRINCIPAL</b> ¿Cuáles son las complicaciones materno fetales en mujeres gestantes mayores de 35 años atendidas en el hospital San Juan de Lurigancho 2016?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b> ✓ Determinar las Complicaciones materno - fetales en mujeres gestantes mayores de 35 años en el hospital de San Juan de Lurigancho 2016.</p>	<p><b>COMPLICACIONES MATERNAS</b></p>	<p><b>EMBARAZO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aborto</li> <li>✓ Mola</li> <li>✓ Embarazo Ectópico</li> <li>✓ Anemia</li> <li>✓ Placenta Previa</li> <li>✓ Desprendimiento prematuro de placenta</li> <li>✓ Trastornos Hipertensivos del embarazo</li> <li>✓ Pre eclampsia Leve</li> <li>✓ Pre eclampsia severa</li> <li>✓ Eclampsia</li> <li>✓ Síndrome de HELLP</li> <li>✓ Ruptura prematura de membranas</li> </ul>	<p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b> Descriptivo retrospectivo de transversal.</p> <p><b>NIVEL DE INVESTIGACIÓN</b> Aplicativo.</p> <p><b>MÉTODO</b> Cuantitativo.</p> <p><b>TÉCNICA</b> Revisión de historias clínicas perinatales.</p> <p><b>INSTRUMENTO</b> Ficha de recolección de datos.</p>

<p><b>PROBLEMA SECUNDARIO</b></p> <p>¿Cuáles son las complicaciones maternas mujeres gestantes mayores de 35 años?</p> <p>¿Cuáles son las complicaciones fetales en mujeres gestantes mayores de 35?</p>	<p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>✓ Conocer las complicaciones maternas en mujeres gestantes mayores de 35 años durante el embarazo, parto y puerperio.</p> <p>✓ Conocer las complicaciones fetales del recién nacido de mujeres gestantes mayores de 35 años.</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Infección del tracto urinario</li> <li>✓ Pielonefritis</li> <li>✓ Oligohidramnios</li> <li>✓ Polihidramnios</li> <li>✓ Anomalías de presentación</li> </ul>	<p><b>POBLACIÓN</b></p> <p>250 mujeres gestantes mayores de 35 años.</p> <p><b>MUESTRA</b></p> <p>154 mujeres gestantes mayores de 35 años.</p>
			<b>TRABAJO DE PARTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Expulsivo prolongado</li> <li>✓ Parto pretermino</li> <li>✓ Cesárea</li> </ul>	
			<b>PUERPERIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hemorragias.</li> <li>✓ Dehiscencia de la episiorrafia.</li> <li>✓ Endometritis</li> </ul>	
		<b>COMPLICACIONES FETALES</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Óbito fetal.</li> <li>✓ Sufrimiento fetal.</li> <li>✓ Distocia Funicular.</li> <li>✓ RCIU.</li> <li>✓ Enfermedades Congénitas.</li> </ul>	



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

COMPLICACIONES MATERNO - FETALES EN MUJERES GESTANTES  
MAYORES DE 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE  
LURIGANCHO - LIMA 2016.

I. DATOS GENERALES

Nº ficha

1. EDAD: \_\_\_\_\_

2. G\_\_\_\_ P\_\_\_\_\_

3. GRADO DE INSTRUCCIÓN

A) PRIMARIA : completa  incompleta

B) SECUNDARIA : completa  incompleta

C) SUPERIOR : completa  incompleta

4. ESTADO CIVIL

A) Soltera

B) Casada

C) Conviviente

D) Viuda

E) Divorciada

F) Separada

5. OCUPACION: \_\_\_\_\_

6. LUGAR DE PROCEDENCIA:

COSTA

SIERRA

SELVA

2. COMPLICACIONES MATERNAS

2.1 COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO

Aborto

Mola

- Embarazo Ectópico
- Anemia
- Placenta Previa
- Desprendimiento Prematuro de Placenta
- Anomalías de la presentación
  
- Trastornos Hipertensivos del Embarazo
  - Preeclampsia leve
  - Preeclampsia severa
  - Eclampsia
  - Síndrome de HELLP
- Ruptura Prematura de Membranas
- Infección del Tracto Urinario
- Pielonefritis
- Oligohidramnios
- Polihidramnios

OTROS: \_\_\_\_\_

NINGUNO: \_\_\_\_\_

## 2.2 COMPLICACIONES EN EL TRABAJO DE PARTO.

Trabajo de parto prolongado

Alteraciones de la fase latente

Fase latente prolongada

Alteraciones de la fase activa

Por enlentecimiento

Fase activa prolongada

Descenso lento

Por detención

Detención de la dilatación

Detención del descenso

Alteraciones del expulsivo

Expulsivo prolongado

Parto pretermino

Desgarros

Cesárea

OTROS: \_\_\_\_\_

NINGUNO: \_\_\_\_\_

### 2.3 COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO

Anemia

Hemorragia

Atonía uterina

Retención de placenta

Retención de restos placentarios

Acretismo placentario

Dehiscencia de la episiorrafia

Endometritis

OTROS: \_\_\_\_\_

NINGUNO: \_\_\_\_\_

### 3. COMPLICACIONES FETALES

- Óbito fetal
- Sufrimiento fetal
- Distocia Funicular
- Restricción de Crecimiento Intra Uterino
- Enfermedades Congénitas

OTROS: \_\_\_\_\_

NINGUNO: \_\_\_\_\_