



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES
OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO EN GESTANTES AÑOSAS EN EL
HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO - ICA. AGOSTO - DICIEMBRE
2015”**

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

PRESENTADO POR:

BACHILLER: MOQUILLAZA CABRERA AMELIA GRACIELA

ICA – PERÚ

2016

DEDICATORIA

A mis padres por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me han permitido ser una persona de bien y salir adelante en mi carrera profesional.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por haberme dado salud y fuerza para culminar mi carrera profesional.

A mis padres y hermanos por el sacrificio y apoyo que han contribuido para culminar mis estudios y sea una profesional de bien.

A la obstetra Mirtha Aguilar Tupia, por sus valiosas aportaciones, consejos, y asesoría que han contribuido en la realización y culminación de esta investigación.

Al Hospital Santa María del Socorro, que me brindó la oportunidad de acceder a los registros, para obtener de ellos la información valiosa para el desarrollo de la investigación.

RESUMEN

Se realizó un estudio de investigación cuyo objetivo fue determinar los Factores de riesgo asociados a las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes añosas del Hospital Santa María del socorro – Ica. Agosto - Diciembre del 2015, teniendo una metodología de investigación de tipo observacional, de corte transversal y de diseño no experimental; la muestra estuvo conformada por 74 pacientes.

Llegándose a la conclusión que los factores de riesgo tienen relación significativa con las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes añosas, en el 66.2% corresponde a edades entre 35 a 39 años y el 33.8% a edades de 40 años a más, el 24.4% presentaron antecedentes personales patológicos a diferencia de las que no presentaron antecedentes personales que fueron un 75.6%, las pacientes que presentaron antecedentes personales patológicos el 75.6% no tuvieron patología de relevancia, el 21.6% presentaron otras patologías que no se tomó en cuenta en el estudio, el 1.4% presentaron hipertensión crónica y tuberculosis, el 45.9% son multíparas, el 40.5% gran multíparas, 9,5% son primíparas y solo el 4.1% son nulíparas, el 43.3% de gestantes presentaron un periodo intergenésico entre 2 a 4 años, el 29.7% menor a 2 años y el 27% mayor a 4 años, las gestantes añosas que presentaron complicaciones durante el parto fueron un total del 16.2% y las que no presentaron un 83.8%; se complicaron con retención de restos placentarios un 75%, 1.4% presentaron cada una, retención placentaria, atonía uterina y desgarro perineal.

Palabras claves: Factores de riesgo, complicaciones obstétricas.

ABSTRACT

Ica - a research study whose objective was to determine the risk factors associated with obstetric complications during childbirth in pregnant añosas Hospital Santa María del relief was made. August -December 2015, with a research methodology observational, cross-sectional and non-experimental design; the sample consisted of 74 patients.

And concluded that the risk factors are significantly associated with obstetric complications during childbirth in aged pregnant, at 66.2% are aged 35 to 39 years and 33.8% at ages 40 years and over, 24.4% presented medical history unlike those who did not have personal history were 75.6% patients who had medical history 75.6% had no pathology of relevance, 21.6% showed other pathologies that was not taken into account in the study , the 1.4% had chronic hypertension and tuberculosis, 45.9% are multiparous, 40.5% large multiparous, 9.5% are gilts and only 4.1% were nulliparous, 43.3% of pregnant women had a intergenesic period between 2 to 4 years, 29.7% less than 2 years and 27% more than 4 years, añosas pregnant women who had complications during childbirth were a total of 16.2% and those who did not have 83.8% were complicated by placental retention remains 75%, 1.4% presented each, retained placenta, uterine atony and perineal tear.

Keywords: Risk factors, obstetrical complications.

ÍNDICE

CARATULA.....	I
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT.....	V
ÍNDICE.....	VI
INTRODUCCIÓN.....	VIII

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	10
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL.....	12
1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS.....	12
1.4. OBJETIVOS.....	13
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	13
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.5.1. HIPÓTESIS GENERAL.....	14
1.5.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICO.....	14
1.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	15
1.6. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	17
1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	17
1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	17
1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN.....	17
1.7.1. POBLACIÓN.....	17
1.7.2. MUESTRA.....	17
1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	18
1.8.1. TÉCNICAS.....	18
1.8.2. INSTRUMENTOS.....	18
1.9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	18

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
2.2. BASES TEÓRICAS.....	25
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	41

CAPÍTULO III:

PRESENTACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	45
DISCUSIÓN.....	54
CONCLUSIONES.....	57
RECOMENDACIONES.....	58
ANEXOS.....	59
1.- FUENTES DE INFORMACIÓN.....	60
2.- MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	62
3.- FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.....	64
4.- VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE PRUEBA	65

INTRODUCCIÓN

El embarazo y el parto son procesos fisiológicos naturales que deberían desarrollarse sin problemas para la madre y el producto. Sin embargo, durante estos procesos se pueden presentar complicaciones graves que ocasionan morbilidad, secuelas y en última instancia, la muerte de la madre, el feto o el recién nacido.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la mayor presencia de complicaciones del embarazo y parto se encuentra en los países en vías de desarrollo. Dentro de las principales complicaciones obstétricas descritas se encuentran las hemorragias, las infecciones y las enfermedades de hipertensión durante el embarazo.¹

Existe una edad de mayor capacidad biológica para tolerar el esfuerzo que significa un embarazo. Esta edad ha sido establecida estadísticamente entre los 18 y los 35 años. Después de los 35 años existe un riesgo mayor debido a lo que se le ha denominado desgaste fisiológico y a la aparición de patologías propias del envejecimiento.

En la literatura biomédica se afirma que el embarazo en mujeres de 35 años y más, trae aparejado complicaciones para el binomio madre-hijo.²

En la actualidad, el embarazo en mujeres mayores de 35 años es más frecuente debido a varias circunstancias que hacen postergar la maternidad, como el deseo de finalización de una carrera o de estudios superiores, la espera de una mejor situación emocional o laboral, la realización de ciertas metas, o por otro lado, la obtención de ciertos bienes materiales. En ambos casos el aumento de los divorcios ha provocado que muchas mujeres deseen tener un hijo con una nueva pareja. A partir de esta edad se inicia el incremento progresivo del riesgo para el Síndrome de Down y otras alteraciones cromosómicas.

¹ Peña E.; Martínez, M. Principales Complicaciones Obstétricas 2005. Volumen XXXV, Número 1. Santo Domingo, República Dominicana.

² Salazar M., Pacheco J, Scaglia L., Lama J, Munaylla R. La Edad Materna Avanzada Como Factor De Riesgo De Morbimortalidad Materna y Perinatal 2015. Vol. 45, núm. 2. Lima callao.

Hace tan solo 2 décadas, si una mujer quedaba embarazada a los 30 años, se consideraba un embarazo de riesgo debido a la "avanzada edad", actualmente la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia considera madres añosas a partir de 35 e incluso de 38 años.³

La maternidad tardía se asocia generalmente a complicaciones de patologías preexistentes que inevitablemente se incrementan con la edad y a la asociación con patologías dependientes del embarazo. Mujeres de 35 y más años de edad tienen un mayor riesgo de aborto espontáneo, anomalías cromosómicas, malformaciones congénitas, diabetes gestacional, amenaza de parto prematuro, hemorragia del primer y tercer trimestre, hemorragia post parto, parto por cesárea, y los trastornos hipertensivos del embarazo.⁴

La mortalidad por complicaciones en el embarazo, parto o puerperio es una de las principales causas de mortalidad en la mujer, y sin duda es uno de los mayores obstáculos que frenan el desarrollo en los países de bajos y medianos ingresos. Las estimaciones indican que entre el 70 y 90% de estas muertes relacionadas al embarazo serían evitables si todas las mujeres tuvieran acceso a servicios efectivos de salud reproductiva.⁵

³ Valls M; Safora O, Rodríguez A, López J. Comportamiento Del Embarazo En Mujeres Mayores De 40 Años 2009.

⁴ Tipiani O ¿Es La Edad Materna Avanzada Un Factor De Riesgo Independiente Para Complicaciones Materno- Perinatales? Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 2005 Lima.

⁵ Maguiña M, Miranda J. La Mortalidad Materna En El Perú 2002-2011. Ministerio De Salud, Dirección General De Epidemiología 2013.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El embarazo y el parto son procesos totalmente naturales. Sin embargo, en determinadas condiciones y circunstancias la gestante presenta mayores riesgos de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.³

El embarazo en los extremos de la vida reproductiva es considerado como factor de riesgo, por el aumento de la patología perinatal que se presenta. La mujer de nuestro medio tiene su familia a edad temprana. Sin embargo, cada día parece más decidida a cambiar esta circunstancia, de manera de poder realizar estudios superiores y trabajar profesionalmente. Por ello difiere su matrimonio y los hijos para más adelante, de modo que se está observando gestaciones y partos en mujeres con edad cada vez mayores.

La Dirección General de Epidemiología con la estimación y el registro de mortalidad materna, determinó que el grupo etario de 35 a 39 años presentó la mayor tasa de mortalidad materna en el Perú en todo el periodo 2002-2011 estimándose una tasa de mortalidad materna de 13.4 muertes maternas por cada cien mil mujeres en edad fértil, lo que sugiere que, tal como indica la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2011, las mujeres están postergando su primera gestación a edades más maduras (sobre todo las de mayor educación e ingresos), por lo que ello probablemente no solo se asocie únicamente a problemas obstétricos, sino también a otros problemas de salud

que pueden agravar el embarazo y ocasionar la muerte de la mujer.⁵

La meta del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) era reducir, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna en 75% y para el caso del Perú se debió alcanzar al año 2015 la razón de muerte materna de 66 defunciones por cada cien mil nacidos vivos.⁶

El reconocimiento de los factores que se asocian a las complicaciones es importante para la reducción de la morbimortalidad materno-perinatal en este grupo de pacientes. Es por ello la importancia de realizar un estudio con el objetivo de evaluar la asociación de los factores individuales y obstétricos más frecuentes que se asocian a las complicaciones durante el parto en gestantes añosas.

⁶ Objetivos De Desarrollo Del Milenio Informe De 2013. Naciones Unidas Nueva York, 2013

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. Delimitación Espacial

El estudio se realizará en el Hospital Santa María del Socorro Ica.

1.2.2. Delimitación Social

Abarcará todas las pacientes gestantes añosas atendidas en el centro obstétrico del Hospital Santa María del Socorro Ica.

1.2.3. Delimitación Temporal

La investigación se desarrollará entre Agosto – Diciembre 2015.

1.2.4. Delimitación Conceptual

La presente investigación estudiará los factores de riesgos asociados a las complicaciones obstétricas en las gestantes añosas en el Hospital Santa María Del Socorro.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes añosas en el Hospital Santa María Del Socorro - Ica. Agosto - diciembre 2015?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

- ¿Cuáles son los factores de riesgo personales que se asocian a las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes añosas en el Hospital Santa María Del Socorro - Ica. Agosto - diciembre 2015?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo obstétricos que se asocian a las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes añosas en el Hospital Santa María del Socorro - Ica. Agosto - diciembre 2015?
- ¿Cuáles son las complicaciones maternas que se dan durante el parto en gestantes añosas en el Hospital Santa María del Socorro - Ica. Agosto - diciembre 2015?

1.4.OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar si los factores de riesgo se asocian a las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes añosas en el Hospital Santa María Del Socorro - Ica. Agosto - Diciembre 2015.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores de riesgo personales asociados a las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes añosas en el Hospital Santa María Del Socorro - Ica. Agosto - Diciembre 2015.
- Identificar los factores de riesgo obstétricos asociados a las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes añosas en el Hospital Santa María Del Socorro - Ica. Agosto - Diciembre 2015.
- Determinar las complicaciones maternas durante el parto en las gestantes añosas en el Hospital Santa María Del Socorro - Ica. Agosto - Diciembre 2015.

1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. HIPÓTESIS GENERAL

Los factores de riesgo están asociados a las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes añosas en el Hospital Santa María Del Socorro - Ica. Agosto - Diciembre 2015.

1.5.2. HIPÓTESIS ESPECIFICA

- Los factores de riesgo personales que están asociados a las complicaciones obstétricas durante el parto son: la edad y los antecedentes personales patológicos en las gestantes añosas en el Hospital Santa María Del Socorro - Ica. Agosto - Diciembre 2015.
- Los factores de riesgo obstétrico que están asociados a las complicaciones obstétricas durante el parto son: el periodo intergenésico y la paridad en las gestantes añosas en el Hospital Santa María Del Socorro - Ica. Agosto - Diciembre 2015.
- Los factores de riesgo que están asociados a las complicaciones maternas durante el parto son: retención placentaria, retención de restos placentarios, atonía uterina, desgarro perineal en las gestantes añosas en el Hospital Santa María Del Socorro - Ica. Agosto - Diciembre 2015.

1.5.3. VARIABLES

VARIABLE ÚNICA

Factores de riesgo asociados a las complicaciones obstétricas durante el Parto.

1.5.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

FACTORES	Dimensión	VARIABLES	Definición operacional	Tipo de variable	Escala	Valores finales
	Personales	Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Cuantitativa	Ordinal	35 -39 años 40 a más
		Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Cualitativa	Nominal	Soltera Conviviente casada
		Nivel de instrucción	Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado	Cualitativa	Nominal	Analfabeta Primaria Secundaria Superior técnico Superior universitario
		Ocupación	Es el oficio o profesión (cuando se desempeña en ésta) una persona.	Cualitativa	Nominal	Ama de casa Estudiante otro
		Consumo de alcohol	Consumo recurrente de alcohol en gestación actual.	Cualitativa	Nominal	Si No
		Consumo de tabaco	Consumo de 1 o más cigarrillos al día durante gestación actual.	Cualitativa	Nominal	Si No
		Antecedentes personales	Enfermedades médicas antes de la gestación actual.	Cualitativa	Nominal	Hipertensión crónica Diabetes mellitus Miomias
	Obstétrico	Paridad	Número de partos que ha tenido la gestante, antes del embarazo actual.	Cualitativa	Ordinal	Nulípara Primípara Multípara Gran multípara
		Período intergenésico	Espacio de tiempo que existe entre la culminación del último embarazo y la concepción del embarazo actual.	Cuantitativa	Ordinal	≤ 2 años ≥4 años
Cesárea previa		Antecedente de cesárea	Cualitativa	Nominal	Si (1 o más) No	
Antecedentes obstétricos		Complicaciones obstétricas durante embarazo anteriores al embarazo actual.	Cualitativa	Nominal	Aborto recurrente Embarazo ectópico Óbito fetal	

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS	Variables	Definición operacional	Tipo de variable	Escala	Valor final
	Retención placentaria	Placenta adherida por más de 30 min. En alumbramiento espontaneo y por más de 15 min en alumbramiento dirigido.	Cualitativa	Nominal	Si No
	Retención de restos placentarios	Retención de restos placentarios y ovulares en la cavidad uterina.	Cualitativa	Nominal	Si No
	Atonía uterina	Pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y consecuente retraso en su involución tras el parto.	Cualitativa	Nominal	Si No
	Desgarro perineal de II grado	Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal.	Cualitativa	Nominal	Si No
	Anemia moderada o severa	Disminución de la concentración de hemoglobina en sangre. Moderada: cifra de hemoglobina entre >7 - 9 g/dl. Severa: cifra de hemoglobina menos de 7.0 gr/dl.	Cualitativa	Nominal	Si No
	Hemorragia post parto	Se define hemorragia posparto (HPP) usualmente como el sangrado del tracto genital de 500 ml o más en las primeras 24 horas luego del nacimiento del bebe.	Cualitativa	Nominal	Si No

1.6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es una investigación tipo observacional, de corte transversal porque se recogerá la información en un momento de tiempo determinado haciendo un corte en el tiempo, retrospectivo porque los datos se recolectaron en tiempo pasado utilizando las historias clínicas.

1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Es una investigación de diseño no experimental, ya que no se manipularan las variables de estudio, descriptiva porque describe las variables estudiadas sin presentar correlaciones o realizar un análisis de la misma.

1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1. POBLACIÓN

La población estuvo constituida por el total de gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro - Ica durante el periodo de estudio de Agosto a Diciembre del 2015.

1.4.3. MUESTRA

Estuvo conformada por 74 gestantes añosas de parto vaginal del Hospital Santa María Del Socorro - Ica que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestantes \geq de 35 años.
- Gestantes añosas que hayan concluido su parto por vía vaginal.
- Gestantes sin patología.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Gestantes $<$ de 35 años.
- Gestantes añosas que hayan concluido su parto por cesárea.
- Gestantes con patología.

1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1. TÉCNICAS

La técnica de recolección de datos fue mediante la revisión de la historia clínica y el libro de partos de las gestantes añosas de parto vaginal, seleccionadas con los criterios de inclusión.

1.8.2. INSTRUMENTOS

El instrumento que se utilizó es una Ficha de recolección de datos debidamente estructurado y validado.

1.8.3. TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó el método de estudio del chi cuadrado, luego se realizó el análisis de datos a través del paquete estadístico spss 20 y cuadros en Excel 10.

1.9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Estudios realizados en el Perú indican que la edad materna avanzada se asocia independientemente con la alteración de la presentación fetal durante el parto, mayor frecuencia de parto por cesárea, hemorragia de primer y tercer trimestre, parto pre término, hipertensión inducida por el embarazo, aborto recurrente, hipertensión crónica, recién nacidos con bajo peso.

Existe una edad de mayor capacidad biológica para tolerar el esfuerzo que significa un embarazo. Esta edad ha sido establecida estadísticamente entre los 18 y los 35 años .Después de los 35 años existe un riesgo mayor debido a lo que se le ha denominado desgaste fisiológico y a la aparición de patologías propias del envejecimiento. A partir de esta edad se inicia el incremento progresivo del riesgo para el Síndrome de Down y otras alteraciones cromosómicas.

Esta investigación es muy importante porque a través de ello se conocerá los factores de riesgos asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosa en el Hospital Santa María del Socorro – Ica, para que de acuerdo a los resultados se puedan crear estrategias para disminuir las complicaciones obstétricos en las gestantes añosas y así evitar diferentes riesgos que conlleven a la muerte.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTE INTERNACIONALES:

Valls M, Enríquez O, Rodríguez A, López J. COMPORTAMIENTO DEL EMBARAZO EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS. 1º de Enero – 31 de Diciembre 2007. Ciudad de La Habana – Cuba.

Resultados: Encontró que la incidencia de partos en estas edades fue incrementándose en los últimos 5 años, representan en la actualidad el 3 %, nulíparas el 19 %, más del 60 % tenían el antecedente de haber cambiado de pareja, predominaron las sobrepesos al inicio del embarazo, con un 43 %, un 39,7 % de los casos eran fumadoras y más de la mitad, el 59,1 % tuvieron un parto distócico. La enfermedad hipertensiva representó el mayor por ciento de las patologías asociadas. Hubo un 9,6 % de complicaciones y la más frecuente fue la histerectomía obstétrica. **Concluyó** que hay tendencia al incremento en el número de mujeres que paren con 40 años y más.³

³ Valls M; Safora O, Rodríguez A, López J. Comportamiento Del Embarazo En Mujeres Mayores De 40 Años 2009.

Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Ríos M, Leighton L. RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS MAYORES DE 35 AÑOS. Enero de 2001 - Diciembre de 2006. Chile.

Resultados: el 10,9% fueron en mujeres entre 35 y 39 años y 3,6% en embarazadas de 40 años o más. Un 27,2% de los embarazos fue en primigestas. La comparación entre embarazadas de 20-34 años y de 35-39 años mostró mayor frecuencia de hipertensión arterial crónica, hospitalización durante el embarazo, diabetes, pre eclampsia, hemorragia del tercer trimestre, parto cesárea, hemorragia puerperal, menor peso del recién nacido, y defectos congénitos, entre otros. Hubo mayor frecuencia de rotura prematura de membranas al analizar las mayores de 40 años. Las primigestas tuvieron mayor frecuencia de obesidad, pre eclampsia, diabetes, hospitalización del recién nacido, y hemorragia puerperal. Al realizar una regresión logística para determinar influencia de la edad, se apreció que el riesgo de comorbilidades y eventos adversos maternos y fetales aumentaba proporcionalmente con la edad. **Conclusión:** La edad materna se asoció significativamente en forma independiente con resultados maternos y perinatales adversos. ⁷

García I, Alemán M. RIESGOS DEL EMBARAZO EN LA EDAD AVANZADA. 1 de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2007. Cuba.

Resultados: Refiere que el hábito de fumar se encontró en el 71,43 % de las gestantes de edad avanzada, en las que predominaron además el sobrepeso (42,86 %) y la obesidad (38,09 %). En el grupo estudió la hipertensión arterial crónica y los trastornos hipertensivos gestacionales estuvieron presentes en el 57,14 % y 42,86% respectivamente. Tuvieron significación estadística la hipertensión arterial crónica y la amenaza de parto pretérmino. **Concluyó** que en el grupo de estudio fue más frecuente el tabaquismo, el peso corporal excesivo, la hipertensión arterial crónica y la amenaza de parto pretérmino. ⁸

⁷ Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Ríos M, Leighton L. Riesgo Obstétrico Y Perinatal En Embarazadas Mayores De 35 Años. Enero De 2001 - Diciembre de 2006. Chile.

⁸ García I; Alemán M. Riesgos Del Embarazo En La Edad Avanzada. 1 De Enero De 2005 y El 31 De Diciembre De 2007. Cuba.

Heras B, Gobernado J, Mora P, Almaraz A. LA EDAD MATERNA COMO FACTOR DE RIESGO OBSTÉTRICO. RESULTADOS PERINATALES EN GESTANTES DE EDAD AVANZADA. 1º de Marzo del 2007 - 29 de Febrero 2008 España.

Resultados: Las gestantes de mayor edad presentaron más patología asociada al embarazo (29,2 vs 15,8%) como diabetes gestacional (6.2%), metrorragia del primer trimestre (5.6%), y amenaza de parto prematuro (3.9%), Los estados hipertensivos del embarazo aunque fueron también más frecuentes no demostraron significación estadística. Se requirió inducción médica del parto con mayor frecuencia en el grupo de estudio. En el 47% de las gestantes nulíparas de edad avanzada se indicó una cesárea. La tasa de mortalidad perinatal en el grupo de estudio fue 16.5‰ vs 2.77‰ en el grupo control. La morbilidad materna también fue superior en el grupo de edad avanzada, fundamentalmente por complicaciones hemorrágicas. **Conclusión:** la edad materna avanzada se asocia con mayor frecuencia a patología gestacional y mayor incidencia de inducciones médicas del parto y tasa de cesáreas, especialmente en nulíparas.⁹

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES:

Olortegui L. Factores Asociados A Las Complicaciones Obstétricas En Gestantes Añosas En El Instituto Nacional Materno Perinatal, Enero – Junio 2013 Tesis de Grado.

Resultados: 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, la obesidad, la cesárea previa, y la paridad. **Conclusión:** la obesidad, la cesárea previa y la paridad son factores de riesgo estadísticamente significativo para complicaciones obstétricas en gestantes añosas.¹⁰

⁹ Heras B, Gobernado J, Mora P, Almaraz A. La Edad Materna Como Factor De Riesgo Obstétrico. Resultados Perinatales En Gestantes De Edad Avanzada. España.

¹⁰ Olortegui L. Factores Asociados A Las Complicaciones Obstétricas En Gestantes Añosas En el instituto Nacional Materno Perinatal, Enero – Junio 2013 Tesis de Grado.

Tipiani O. ¿ES LA EDAD MATERNA AVANZADA UN FACTOR DE RIESGO INDEPENDIENTE PARA COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES? Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 2005 Lima.

Resultados: La edad materna avanzada fue asociada independientemente con la alteración de la presentación fetal durante el parto en 1.6%, la cesárea por hemorragia del tercer trimestre en 6.6%, el parto pretérmino, la hipertensión crónica 2.4%, el aborto recurrente y la gran multiparidad en 11.4%. Se halló mayor prevalencia de diabetes gestacional en gestantes añosas en 1.8%. La prevalencia de muerte perinatal, Ápgar menor de 7 a los 5 minutos, peso bajo al nacer y morbilidad puerperal no tuvo influencia por la edad materna.

Conclusiones: 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 tales factores es importante para la reducción de la morbimortalidad materno-perinatal en este grupo de pacientes.⁴

Peña W, Palacios J, Oscuvilca E, Peña A. EL PRIMER EMBARAZO EN MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS DE EDAD en el Hospital Regional de Huacho y Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, Huacho, Perú. 2002- 2006

Resultados: La población referencial consistió en 13 384 partos en dicho lapso. Se determinó la frecuencia de complicaciones dando como resultado 5 320 partos en primigestas. El grupo de primigestas añosas estuvo constituido por 72(0,54%) gestante y en el grupo control, 2759 (20,6%) mujeres en edades de 20 a 34 años .De las 72 primigestas añosas, 5 presentaron hipertensión inducida por el embarazo (6,9%), y de los controles, 75 (2,7%) presentaron hemorragia del primer trimestre (4,2%) y en los controles 17 (0,6%). Entre otras variables estudiadas, 18 primigestas añosas presentaron infección urinaria y de los controles 730, solo hubo un caso de hemorragia del tercer trimestre en las añosas y en los controles 14 y 7 de los casos tuvieron rotura prematura de membranas, de los controles 149, con diferencias no significativas. De los nacidos de primigestas añosas, 10 (13,9%) tuvieron bajo peso al nacer y de los

⁴ Tipiani O ¿Es La Edad Materna Avanzada Un Factor De Riesgo Independiente Para Complicaciones Materno -Perinatales? Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 2005 Lima.

controles, 191 (7,2%) por cesárea y 2 de encefalopatía hipoxia, nacidos de parto vaginal), así como 12 de los controles (0,4%), y 2 de los casos y 50 de los controles Ápgar menos de 7 al quinto minuto, solo uno de los casos y 16 de los controles nacieron con malformaciones congénitas. Conclusiones: La hipertensión inducida por el embarazo, hemorragia del primer trimestre, embarazo múltiple, parto por cesárea y recién nacidos con peso bajo, hiperbilirrubinemia y patología neurológica fueron más frecuentes en las mujeres de 35 o más años que gestaban por primera vez, pero ninguna de tal gravedad, por asociación significativa, que aconsejara desalentar esa maternidad tardía **Conclusiones:** La hipertensión inducida por el embarazo, hemorragia del primer trimestre, embarazo múltiple, parto por cesárea y recién nacidos con peso bajo, hiperbilirrubinemia y patología neurológica fueron más frecuentes en las mujeres de 35 o más años que gestaban por primera vez.¹¹

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

Gonzáles I, MACROSOMIA FETAL: PREVALENCIA, FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y COMPLICACIONES en el Hospital Regional de Ica, Perú del 1º de enero – 31 de diciembre 2002.

Resultados: De 2,550 recién nacidos en el periodo de estudio, 129 (5%) fueron macrosómicos, la edad materna fue de 31 a 40 años en el 58%, el peso habitual de 70 a 99 Kg. En el 81%, multiparidad 65% y embarazo prolongado 7%. El 53% nació por parto vaginal y el 47% por cesárea. El sexo predominante fue el femenino con el 62%, el Apgar promedio entre 7 y 10 al minuto representó el 93%, la edad gestacional por examen físico (Test de Capurro) fue de 37 a 41 semanas en el 93% de los casos. Respecto al peso al nacimiento 99.2% pesó entre 4,000 y 4,999gr, 0.8% pesó más de 5,000gr.(Peso promedio 4,194gr, mínimo 4,000gr, máximo 5,180gr). La morbilidad neonatal representó el 30%. No tuvimos mortalidad neonatal. Las principales complicaciones fueron: 5% hiperbilirrubinemia, 2% hipoxia perinatal, 8% hipoglucemia y 15% trauma obstétrico. **Conclusiones:** La Prevalencia de macrosomía fue 5%, los factores maternos asociados fueron: la edad materna

¹¹ Peña W- Palacios J, Oscuvilca E, Américo Peña (2011) Titulado El Primer Embarazo En Mujeres Mayores De 35 Años de Edad en el Hospital Regional De Huacho y Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, Huacho, Perú 2009.

mayor de 30 años y el peso promedio habitual de la madre mayor de 70 Kg, multiparidad y embarazo prolongado. El sexo predominante fue el femenino. No hubo diferencia significativa en lo referente a la vía de terminación del parto. Las principales complicaciones fueron: traumatismo obstétrico (céfalo hematoma, caput succedaneum y fractura de clavícula), hiperbilirrubinemia e hipoglucemia.¹²

¹² Gonzáles I, Macrosomia Fetal: Prevalencia, Factores De Riesgo Asociados y Complicaciones En El Hospital Regional de Ica, Perú del 1º de enero -31 de diciembre 2002.

2.2. BASES TEÓRICAS

HEMORRAGIA POSPARTO

Según la OMS, se define como la pérdida de 500 ml de sangre o más a través del tracto vaginal que se produce en el período intraparto o postparto inmediato o un descenso del hematocrito del 10 % o más en las primeras dos horas postparto.¹³

La HPP es la causa principal de mortalidad materna en países de ingresos bajos y la causa primaria de casi un cuarto de todas las defunciones maternas en todo el mundo. La mayoría de las muertes provocadas por HPP ocurren durante las primeras 24 horas después del parto: la mayoría de estas podrían evitarse a través del uso profiláctico de agentes uterotónicos durante el alumbramiento y mediante un tratamiento oportuno y apropiado. ¹⁴

Cuando la pérdida sobrepasa los 1000 ml de sangre se la clasifica como hemorragia severa.¹⁵

La hemorragia puede ser externa, es lo más frecuente o sea que la sangre fluye al exterior, lo cual facilita el diagnóstico. Pero a veces es interna, es decir, se colecciona en el interior del útero que se deja distender hasta adquirir un volumen mayor que lo normal y puede salir sorpresivamente al exterior en forma líquida o de grandes coágulos. Por último, asume el tipo mixto al combinarse ambas posibilidades, exteriorizándose en parte mientras el resto se acumula en el útero.¹⁵

El flujo de sangre puede ser lento, como generalmente ocurre y se apropia de la enferma de manera continua, a veces durante horas. En otras oportunidades, menos frecuente, es masivo y origina un cuadro gravísimo que obliga a actuar en contados minutos. En este caso se puede instalar en la paciente el cuadro del shock hemorrágico: palidez, sudoración y polipnea, a lo que se suman los dos signos capitales: hipotensión y taquicardia, los que pueden alcanzar grados extremos.¹⁰

¹³ Canchila C, Laguna H, Paternina A, Arango A, De la Barrera A. "Prevención de la hemorragia post parto". Universidad de Cartagena, Facultad de Medicina Departamento de Ginecología & Obstetricia, Colombia. Noviembre de 2009.

¹⁴ Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la Hemorragia Postparto 2014.

¹⁵ Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia 2005.

La hemorragia post parto se clasifica en dos tipos:

- **Hemorragia Postparto Inmediata:** tiene lugar en las primeras 24 horas del puerperio; la mayoría ocurre en las primeras 2 horas. Ésta es la hemorragia más frecuente y la más importante.

- **Hemorragia Posparto Tardía :** Se presenta a partir del segundo día del puerperio hasta 6 semanas después del parto, la frecuencia oscila entre 5 a 15%.¹³

Las causas de hemorragia postparto son Tono (atonía uterina), Traumas (laceraciones), Tejido (retención de restos placentarios), y Trombina (alteraciones de la coagulación). Una buena forma de recordar las causas fácilmente, es la nemotecnia de las "4T".¹³

1. TONO (Atonía uterina): Se trata de un cuadro en el que el útero, después de haber expulsado la placenta, no se retrae ni contrae, alterándose así la hemostasia.

Los factores etiológicos son los mismos que actúan en la inercia con retención de placenta.¹⁵

Diagnóstico: Clínicamente se observa que el útero, después de haberse desocupado por completo, sigue teniendo un tamaño mayor que lo normal, ya que el fondo se encuentra por encima del ombligo, la consistencia es muy blanda y no se ha formado el globo de seguridad de Pinard. Al excitarlo manualmente se ve que se contrae, disminuye su tamaño y aumenta su consistencia, pero rápidamente vuelve a su estado anterior. La ausencia de lesiones de partes blandas, de trastornos de la coagulación o de retención de restos placentarios confirma el diagnóstico.¹⁵

Tratamiento: Comprende el masaje del útero a través de la pared del abdomen, que deberá prolongarse mientras el órgano no se mantenga permanentemente retraído, y la administración de oxitócicos (oxitocina). El fracaso obliga a realizar la histerectomía abdominal.

El tratamiento de todos estos procesos tiene como medida de base el mantenimiento del relleno del espacio intravascular con soluciones intravenosas y frecuentemente la reposición de la sangre segura. ¹⁵

2. TRAUMA (Laceraciones): Se hace referencia a desgarros del canal genital, ruptura uterina e inversión uterina. Los desgarros, corresponden a la segunda

causa de hemorragia postparto, después de la atonía uterina. Se presenta como una hemorragia activa, que deriva de un parto instrumentado o con episiotomía, los cuales deben repararse de inmediato.

La ruptura uterina, se define como la pérdida de la integridad de las paredes del útero. El principal riesgo para que se presente la ruptura uterina es la presencia de una cicatriz en el útero, siendo la cesárea con histerotomía transversa segmentaria baja la más frecuente. Otros riesgos los representan los partos instrumentados por distocias, o la hiper estimulación uterina.¹³

Inversión uterina: Esta complicación es poco frecuente, y la causa se le atribuye a una excesiva tracción sobre el cordón umbilical y el fondo uterino (Maniobra de Credé), con el resultado de la salida del fondo uterino de la cavidad endometrial.¹³

Diagnóstico: El cuadro se instala con un útero clínicamente normal, bien retraído y contraído, con correcta coagulación sanguínea y ya expulsada la placenta completa. El examen directo de la lesión permite confirmar el diagnóstico, se recurre al tacto intrauterino cuando la lesión radica en el cuerpo.¹⁵

Tratamientos: Siempre que se pueda se hará la reparación de la brecha por vía vaginal previa hemostasia, cuando sea necesario. Si el desgarro es corporal y extenso, se lo debe abordar por vi abdominal para tratar de suturarlo, cuando esto resultara imposible por su tamaño y gravedad, se procederá a la histerectomía.¹⁵

3. TEJIDO (Retención de tejido placentario o coágulos): Existe la posibilidad que durante el alumbramiento, no se desprenda por completo la placenta y las membranas ovulares, encontrándolo más frecuentemente en las placentas ácreta, íncreta o percreta, a pesar de ser poco frecuentes. Otro riesgo de retención de tejidos, son de cicatrices uterinas, debido a las adherencias que pueda generar.¹³

4. TROMBINA (Trastornos de la coagulación): Corresponde a coagulopatías congénitas o adquiridas durante el embarazo.¹³

La coagulopatía intravascular diseminada es una manifestación intermedia de múltiples enfermedades y no una entidad clínica distinta.

Se caracteriza por la activación patológica de la coagulación, que determina excesiva formación intravascular de fibrina con obstrucción de la microcirculación y lesión isquémica de diversos tejidos, además de la degradación anormal de factores de coagulación.¹⁵

Hay una tendencia hemorrágica como consecuencia del consumo de plaquetas y factores de la coagulación, potenciada por el efecto anticoagulante de los productos resultantes de la fibrinólisis.¹⁵

Etiología: son múltiples las condiciones patológicas que pueden causar Coagulación intravascular diseminada: sepsis, shock de varias etiologías, neoplasias, traumas, enfermedades hepáticas, vasculares, reacciones alérgicas y tóxicas, además de situaciones obstétricas, las más importantes son:¹⁵

- Desprendimiento prematuro de placenta
- Hemorragias graves consecuentes de rotura uterina
- Acretismo placentario
- Aborto infectado
- Embolia por líquido amniótico
- Síndrome de Hellp

Diagnóstico: Ante la sospecha clínica de coagulación intravascular diseminada los exámenes de laboratorio harán de confirmación y permitirán monitorear la reposición de hemocomponentes y evaluar la recuperación de la paciente.¹⁵

Recuento de plaquetas (normal 150.000 a 400.000).

Tiempo de protrombina: Estará anormal (aumentado alrededor del 70% de las pacientes).

Tiempo de tromboplastina parcial activado: Aumentado en 50% de las pacientes

Tiempo de trombina: Es un buen parámetro, pues está aumentado no solamente en la dependencia de hipofibrinogenemia.

Fibrinógenos: Los valores normales oscilan entre 300 a 600 mg/dl, cuando se encuentran por debajo de 150 mg/dl el riesgo de hemorragia es alto. Su caída tiene más importancia que el valor absoluto.

Conducta: El primer paso consiste en identificar el factor causal, acompañado de soporte del volumen sanguíneo y mantenimiento de la presión arterial.¹⁵

La conducta frente a una paciente obstétrica con coagulación intravascular diseminada es:

1. Reposición volémica y expansión
2. Controlar o remover el evento causal con procedimientos obstétricos y quirúrgicos. Inicialmente se debe evaluar la gravedad de la coagulopatía e intentar compensar a la paciente de la mejor manera posible, con reposición de volumen y hemocomponentes, lo que deberá continuar durante y después del procedimiento. Habiendo necesidad de parto, evaluar cuál es el mejor tipo, una vez que el vaginal es menos traumático y menos agresivo para la paciente. Debe realizarse la revisión del canal de parto, pues pequeñas laceraciones podrán provocar hemorragias graves. En el puerperio se deberá hacer la prevención de atonía uterina con oxitocina, ergometrina o misoprostol. Si la coagulopatía es grave y habiendo necesidad de histerectomía, ésta deberá ser total, pues la porción restante del útero en histerectomías subtotales puede continuar sangrando.¹⁵

3. Terapia con componentes: La reposición de hemocomponentes está indicada si la paciente sangra o si algún procedimiento invasivo será realizado. Las indicaciones de una transfusión con componentes sanguíneos son básicamente:

- Restablecer el volumen circulante
- Mejorar el transporte de O₂
- Corregir disturbios de la coagulación.

La oxigenación de los tejidos depende no solamente del nivel de hemoglobina, pero también de la normovolemia. Por lo tanto, la conducta inicial es reponer la volemia.¹⁵

Hemocomponentes: sangre total fresca, concentrada de hematíes, plasma fresco congelado, plaquetas, crio precipitado y concentrada de factores. La terapéutica debe ser instituida de la siguiente manera:

- Mantener el hematocrito entre 25-30%(cada unidad de concentrado de hematíes aumenta la hemoglobina en 1,5g y el hematocrito en 3%).

- **Trasfusión de plaquetas:** Se debe realizar solamente si el recuento es $< 20.000/\text{mm}^3$ o cuando es $< 50.000/\text{mm}^3$ importante, o si será sometida a procedimientos quirúrgico. Dosis: 1U/10 kg de peso 1 o 2 veces/día (cada bolsa aumenta 5000 – 10.000 plaquetas). Si la paciente es Rh negativo y recibe plaquetas Rh positivo, debe recibir inmunoglobulina anti D para prevenir la sensibilización.
- **Crioprecipitado:** si el fibrinógeno es inferior a 50 mg% o si el tiempo de trombina no se puede corregir con el uso de plasma fresco congelado (PFC). Dosis: 1U/10kg/día (media –vida del fibrinógeno es mayor que 24 horas, exceptuándose situaciones de consumo excesivo). Para cada 4 o 5 bolsas de concentrado de hematíes trasfundidos, se recomienda una bolsa de PFC.¹⁵

4. **Terapia anticoagulante:** La utilización de heparina es muy debatida y controvertida, estando prácticamente abandonada. Los dos anticoagulante más prometedores son los concentrados de AT y proteína C activada.¹⁵

Complicaciones: El cuadro hemorrágico de la coagulación intravascular diseminada está asociado con hipovolemia, hipotensión y shock.

La insuficiencia renal aguda es un hallazgo frecuente y típico, principalmente la necrosis tubular aguda, resultado de una combinación de trombosis microvascular en el riñón y reducción del flujo renal debido a la hipotensión. En el cerebro la coagulación intravascular diseminada puede causar edema generalizado, con reducción súbita de nivel de conciencia con señales de localización sugiere la presencia de hemorragia del Sistema nervioso central (SNC). Trombosis y hemorragia en los pulmones causa hipoxia y falla pulmonar progresiva, semejante a la observada en casos de síndrome de angustia respiratoria. La necrosis submucosa en el tracto gastrointestinal causa hemorragia digestiva secundaria.

Complicaciones de las transfusiones. Pueden ser consecuencia de transfusiones masivas (cambio de una volemia en 24h.), incluyendo coagulopatía, plaquetopenia, toxicidad del citrato (cardiaca), hiperpotasemia, alcalosis inicial y después acidosis. También pueden presentarse reacciones transfusionales (hemolíticas, febriles no hemolíticas y alérgicas). En este caso es mejor usar concentrado de hematíes lavados o sin leucocitos.¹⁵

ATONÍA UTERINA

Es responsable del 80-90% de todas las hemorragias postparto. ¹³

Se trata de un cuadro en que el útero, después de haber expulsado la placenta, no se retrae, alterándose así la hemostasia. ¹⁵

Etiología: La falta de actividad contráctil uterina en el puerperio, se encuentra en numerosas entidades obstétricas, complicaciones y maniobras operatorias, entre las cuales se destacan las siguientes:

Sobre distensión uterina por el feto grande, embarazo múltiple, situación transversa y polihidramnios, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, mala indicación o mal manejo de la inducción del parto, expulsivo acelerado, parto prolongado, intervenciones operatorias vaginales y anestesia profunda. ¹⁶

Diagnóstico: Clínicamente se observa que el útero, después de haberse desocupado por completo, sigue teniendo un tamaño mayor que lo normal, ya que el fondo se encuentra por encima del ombligo. La consistencia es muy blanda y no se ha formado el globo de seguridad de pinard. Al excitarlo manualmente se ve que contrae, disminuye su tamaño y aumenta su consistencia, pero rápidamente vuelve a su estado anterior. ¹⁵

Tratamiento:

- Masaje uterino externo
- Instalar vía endovenosa segura con Cl Na 9 ‰ 1000 ml.
- Administrar 1 amp. De carbetocina 100 ug, dosis única, vía endovenosa en bolo, diluidos en 10cc. de solución salina en un lapso no menor a 1 min. No se debe administrar dosis adicional de carbetocina
- Manejo alternativo: Instalar vía endovenosa con Cl Na 9 ‰ 1000 ml con oxitocina (2 a 4 ampollas de 10 UI), e infundir a una velocidad inicial de 5 ml/minuto (100m U/minuto) e ir aumentando según el tono uterino y el sangrado.

¹⁶ Guía De Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Ginecología .Minsa 2010

- Si el sangrado es abundante colocar segunda vía solo con Cl Na 9 ‰, solo pasar 500 cc a chorro y continuar a 30 gotas por minuto según necesidad.
- Aplicar ergometrina 0.2 mg intramuscular que se puede repetir a las 2 a 4 horas.
- Respecto al Misoprostol 800 a 1000 Ug intrarectal en el tratamiento y 600 Ug vía oral o sublingual en la prevención de la HPP han sido recomendados; pero aún no hay evidencia que demuestre que la adición de Misoprostol sea superior a la combinación de oxitocina y ergometrina solas para el tratamiento de HPP primaria.
- Revisión manual de la cavidad uterina, extraer coágulos y restos y realizar masaje uterino bimanual.
- Si no cede, pasar a sala de operaciones para
 - Empaquetamiento del útero (técnica de B. Lynch modificada)
 - Ligaduras de arterias hipogástricas o arterias uterinas según técnica usual.
 - Histerectomía total en casos de falla de las técnicas anteriores. ¹⁶

RETENCIÓN DE PLACENTA

Es definida como la no expulsión de la placenta dentro de los 30 minutos que suceden al parto. La placenta se encuentra adherida o bien encarcelada en el útero, por lo que no puede ser expulsada.

En alumbramiento dirigido más de 15 minutos.¹⁵

Puede presentar distintas características clínicas y fisiopatológicas que se resumen a continuación.

- Total :
 - Distocias dinámicas:
 - Inercia
 - Anillos de contracción
 - Distocia anatómica
 - Adherencia anormal de la placenta
- Parcial:
 - De restos placentarios
 - De membranas

Retención total de placenta y membranas

Distocias dinámicas

Estas pueden deberse a insuficiencia de la contractilidad (inercia) o a contracciones perturbadas (anillos de contracción).¹⁵

Inercia

Es un cuadro caracterizado por una actividad contráctil insuficiente para desprender o expulsar la placenta. Sus causas pueden ser de orden general o local.¹⁵

Entre las primeras se destaca el uso abusivo de drogas sedantes, entre las segundas, las malformaciones congénitas, la distensión exagerada de la fibra muscular uterina como ocurre en el hidramnios o en el embarazo gemelar, la degeneración de esa misma fibra muscular (multiparidad, obesidad, fibromatosis del útero), el agotamiento de la actividad contráctil del útero después de partos prolongados o difíciles, y la infección amniótica.

Diagnóstico: Es la ausencia del dolor característico que anuncia el desprendimiento o la expulsión de la placenta, disminución de la consistencia que le corresponde al útero en este periodo, aumento de su volumen por acumulación de sangre en su interior, y hemorragia externa cuando el desprendimiento es parcial. Si la adherencia de la placenta a la pared es completa, este último signo no se observa.¹⁵

El tratamiento se plantea ante las tres siguientes situaciones:

1. Placenta totalmente adherida: En estos casos, como se ha señalado, la hemorragia está ausente, y por ello debe procederse en primer término a una expectación suficiente de media hora. Al término de este periodo debe recurrirse sucesivamente a masajes externos del útero y al uso de oxitócicos, ambos procedimientos para reactivar la contractilidad, y ante el fracaso de las medidas anteriores, al alumbramiento artificial manual.

El alumbramiento artificial manual se realiza bajo anestesia general en plano quirúrgico, con la cual se logra una buena relajación uterina: teniendo fijo el fondo del útero a través de la pared abdominal con la mano izquierda, la mano derecha se introduce en la vagina y el útero hasta alcanzar la placenta, guiada por el cordón. La mano se desliza entonces hasta el borde de la placenta y “como un cortapapel” entre la placenta y la pared desgarrar las adherencias en su totalidad. Una vez desprendida la placenta esta cae en la mano del

operador, que seguidamente la retira. Esta es una maniobra de fácil ejecución y por lo general exitosa, constituye un inconveniente para la misma existencia de anillos o adherencias firmes, y son sus riesgos el desgarro del útero y la infección.

2. Placenta parcialmente desprendida. En este caso la hemorragia es casi habitual y debe procederse de acuerdo con la gravedad de la misma. Si es leve se puede recurrir al masaje o a los oxitócicos, pero si apremia se efectuará el alumbramiento manual.

3. Placenta desprendida y retenida en el útero: solo resta su expulsión al exterior. Esta situación autoriza a la expresión del útero y a suaves tracciones del cordón: se combatirá la inercia ulterior, si persistiera, por el procedimiento correspondiente (masajes, oxitócicos).¹⁵

Anillos de contracción

Los anillos de contracción se deben a la contractura de una zona circular del útero. Pueden aparecer sin una causa evidente que los justifique, pero en la gran mayoría de los casos obedecen a una inadecuada aceleración del desprendimiento placentario (masaje intempestivo del útero o incorrecta administración de drogas oxitócicas, en especial las derivadas de cornezuelo de centeno). Se pueden producir en distintos sectores del órgano: en un cuerno, en todo el segmento inferior o bien en toda la zona que constituye el límite entre este y el cuerpo.¹⁵

La causa de la hemorragia podría residir en el hecho de que la placenta, retenida por encima del anillo y parcialmente desprendida, impide que el útero se retraiga y comprima los vasos abiertos.

Diagnóstico: El útero se encuentra mal retraído y blanduzco y se delimita imperfectamente. La sangre sale a chorros intermitentes. El diagnóstico se hace por el tacto intrauterino, al comprobarse un poderoso anillo muscular, grueso, que no se relaja y no permite el pasaje de la mano.

La placenta se encuentra por encima de él. Sin embargo, en ocasiones se encuentra estrangulada por el anillo, con una parte por encima y otra por debajo.¹⁵

Tratamiento: Se debe extraer la placenta lo más pronto posible por medio del alumbramiento manual bajo anestesia general.¹⁵

Distocia anatómica

Adherencia anormal de la placenta (placenta acreta).

Poco se sabe sobre las causas de la placenta acreta y sus variedades, si bien se ha podido comprobar que entre sus antecedentes generalmente figura un endometrio alterado por inflamación o por traumatismo previo (legrado). El hecho es que la placenta se implanta sobre una decidua basal defectuosa o ausente, por lo que la vellosidad corial crece poniéndose en contacto directo con la pared muscular uterina. Así, se establecen entre la placenta y el miometrio fuertes puentes conjuntivos, y no existe el plano de clivaje formado por la decidua, que es necesario para que la separación se produzca normalmente. Este proceso puede ser total, y abarcar toda la superficie de la placenta, o parcial, cuando toma solo algunos sectores. Esto último es lo más frecuente.¹⁵

El grado de penetración de la vellosidad condiciona tres variedades adherencias:

- Acreta, cuando la vellosidad está firmemente adherida al miometrio sin penetrar en él.
- Increta, cuando la vellosidad se introduce en el miometrio pero no lo atraviesa.
- Percreta, cuando la vellosidad atraviesa el miometrio y llega hasta la serosa.¹⁵

La hemorragia, en estos casos, se produce porque, al ser el resto de los factores normales, desprenden la parte de la placenta no afectada por el proceso, mientras el sector penetrante queda sin separarse, de manera que hay vasos abiertos sobre los que no se pueden poner en juego los mecanismos hemostáticos.

Diagnóstico: Se realiza por el tacto intrauterino, comprobándose que hay partes de la placenta que están desprendidas en tanto otras se mantienen adheridas. Entre estas y el miometrio no existe plano de clivaje, y cuando se intenta el alumbramiento manual se observa que es imposible, pues la placenta

se desgarran pero no se separan. La contractilidad del útero se aprecia clínicamente normal.¹⁵

Tratamiento: La tendencia actual ante este tipo de complicación es realizar directamente, y sin ningún intento previo de alumbramiento manual, la histerectomía, sin resección de anexos.¹⁵

Algunos preconizan el intento de alumbramiento artificial manual para los casos en que la placenta tenga pocas zonas de adherencias anormales, desgarrando la placenta en esas zonas y dejando parte de los cotiledones sin separar. Es un método sumamente peligroso, porque quedan vasos abiertos que pueden continuar sangrando y existe, además, el riesgo de perforación uterina durante el intento de desprendimiento.¹⁵

RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS Y MEMBRANAS

Retención de restos placentarios: Con frecuencia no es toda la placenta, sino varios cotiledones, lo que queda retenido. En la mayoría de los casos ello obedece a la realización de maniobras intempestivas durante el alumbramiento, tales como expresiones apresuradas o tironeamientos desde el cordón. También ocurre como resultado de alumbramientos manuales incompletamente realizados y ante la existencia de cotiledones aberrantes (placenta succenturiada) o adherencias anormales.¹⁵

Diagnóstico: Se realiza por el examen minucioso de la placenta, que debe ser efectuado de rutina inmediatamente después del alumbramiento. Se observa así la ausencia de uno o más cotiledones. La hemorragia externa es inconstante y puede no guardar relación de intensidad directa con el tamaño del cotiledón retenido. El tacto intrauterino, que se lleva a cabo solo en caso de necesidad, confirma el diagnóstico.¹⁵

La evolución clínica de la retención de cotiledones puede seguir varios sentidos: se desprenden y son expulsados de manera espontánea, con frecuencia origina hemorragias, a veces muy graves, posteriormente, durante el puerperio, en ocasiones sufren un proceso de desintegración, a lo que se agregan infecciones por gérmenes ascendidos desde el canal, y otras veces se organizan en el útero y se transforman en pólipos que pueden o no expulsarse más tarde (pólipos placentarios).¹⁵

El tratamiento consiste en la extracción del cotiledón retenido por legrado instrumental, de preferencia con la cureta de bordes romos de Pinard.

El uso de retractores del útero (ergometrina) colabora eficazmente en la terapéutica ulterior.¹⁵

Retención de membranas:

Es frecuente aun en el parto espontáneo. Puede retenerse la totalidad de las membranas o solo parte de ellas, tanto en extensión como en espesor (amnios o corion separadamente).

Ello ocurre por la realización de maniobras apresuradas para el alumbramiento y por la friabilidad o un grado de adherencia acentuado de las membranas. El hecho se observa con frecuencia en la placenta marginada.

Lo más habitual es que aquellas se eliminen en los días siguientes del puerperio, junto con los loquios, generalmente desintegradas, a la par que se observa entuertos acentuados o fetidez loquial, puesto que la retención facilita el ascenso de gérmenes y predispone a la infección del endometrio.¹⁵

Tratamiento. Se recurre a la administración de oxitócicos (ergometrina), antibióticos. En los casos de retención total, puede procederse al raspado con cureta roma de Pinard.¹⁵

DESGARROS VULVOPERINEALES

Constituyen la lesión más frecuente ocasionada por el parto, en realidad comprometen la vagina, vulva y periné en grado variable y extensión diversa. Se clasifica en:

1. Desgarro de primer grado: Cuando solo comprometen la horquilla, mucosa y piel sin llegar al plano muscular.
2. Desgarro de segundo grado: Lesionan la vagina y el periné, desgarran músculos, pero sin llegar a comprometer el esfínter del ano.
3. Desgarro de tercer grado: Cuando se extienden desgarrando el esfínter del ano.
4. Desgarro de cuarto grado: Cuando se extienden al ano y recto.

Además distinguimos los desgarros centrales del periné, que ocasionan su rotura con conservación anatómica de la vulva y del ano. Se los observa en perinés altos y resistentes y en pelvis retrovertidas.¹⁵

Etiopatogenia: Esta en relación directa con la sobre distensión mecánica del periné, sometido a presiones ejercidas por la cabeza u hombros fetales, instrumentos o manos del obstetra, además de ciertos factores condicionantes, a saber, tejidos fibrosos en las primíparas con edad avanzada, cicatrices anteriores que no se dejan distender, edema, hipoplasia, periné alto de la pelvis en retroversión o pelvis estrecha con ángulo púbico muy agudo, variedades occipitosacras, que se desprenden en su orientación posterior con mayor distensión del periné.¹⁵

Pronóstico: Es bueno para los de primero y segundo grado, es reservado en los de tercero y cuarto, por las complicaciones sépticas que muchas veces hacen fracasar la sutura.¹⁵

Tratamiento: Es conveniente revisar el cuello y la vagina antes de suturar el periné. Para la reparación de estos desgarros se debe practicar exploración del trazo de rotura, identificación de los ángulos y bordes, para seguidamente proceder a la limpieza de coágulos y tejidos libres.

Técnica: En los desgarros de primer y segundo grado se utiliza anestesia local. Se practican puntos separados que afronten y tomen todo el espesor de la herida; también pueden suturarse los últimos en dos planos: el primero, musculo aponeurótico, el segundo, celular y de la piel. Lo importante en toda sutura es no dejar espacios muertos.

En el desgarro de tercer grado se utiliza anestesia general. Se procede en forma similar al de segundo grado, es decir, plano por plano, teniendo especial cuidado de reparar previamente los cabos del esfínter externo que se hallan retraídos en la región marginal del ano. Deben observarse muy especialmente las reglas de asepsia.

La sutura de los desgarros de cuarto grado implica una cuidadosa reparación y hemostasia de la pared rectal y esfínter del ano, conformando una espesa cuña a expensas de los músculos de la región para luego suturar el tejido celular y la piel.¹⁵

En el desgarro central del periné se secciona el puente representado por la horquilla, transformándolo en un desgarro común a los efectos de la reparación.¹⁵

En todas estas intervenciones se prescribirán antibióticos. En el postoperatorio se debe cuidar la evacuación intestinal, se procurará que la puérpera evacue con regularidad y sin dificultades a partir del segundo día, administrando laxantes tal como se los prescribe después de las operaciones proctológicas.¹⁵

Si la cicatrización no fuera correcta, se esperara tres o cuatro meses para la restauración definitiva de la lesión.¹⁵

ANEMIA

Es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de un número insuficiente de eritrocitos (glóbulos rojos), por una insuficiencia en la cantidad de hemoglobina o del hematocrito en sangre o por una concentración inferior de lo normal en todos ellos.¹⁷

Clasificación:

Anemia Leve: (Hb 9 - 11 g/dl), suele ser asintomática, aunque puede aparecer disnea de esfuerzo o palpitaciones.

Anemia Moderada: (Hb 9 - 7 g/dl), existe un aumento en la intensidad de los síntomas cardiorrespiratorios, los cuales se van a presentar tanto en reposo como al llevar a cabo una actividad. Las manifestaciones clínicas son la disnea, fatiga y un considerable aumento de las palpitaciones.

Anemia severa :(Hb < 7 g/dl), los síntomas que se observan en este tipo de anemia se denominan síndrome anémico (que incluye un sinnúmero de manifestaciones clínicas: palidez, ictericia y prurito debido a la hemólisis); ictericia conjuntival y esclerótica, vista borrosa; glositis; taquicardia, aumento de la tensión diferencial, soplos sistólicos, cefalea, vértigo, irritabilidad, depresión, dolor óseo; sensibilidad al frío, letargo.¹⁷

¹⁷ Redondo N, Salazar C, Requena P, Sánchez A, Romero M, Sancho C, Romero L, Soria E. Fisiopatología médica. Alteraciones en el estado de los eritrocitos: Anemias.

La ingesta, captación insuficiente de hierro y la pérdida de hierro (hemorragia) puede causar anemia ferropénica.¹⁸

SÍNTOMAS

Los síntomas de anemia incluyen cansancio, disnea y mareo. Las pacientes pueden tener una hemorragia grave durante el parto y muchas embarazadas ya presentan anemia que puede empeorar como resultado de la hemorragia. La anemia grave puede estar vinculada a las muertes maternas. Es más probable que la anemia ferropénica después del parto ocurra en los países de bajos ingresos.¹⁸

Anemia ferropénica

El hierro es un elemento traza esencial para el ser humano. A pesar de encontrarse en cantidades muy pequeñas en el organismo, participa en numerosos procesos biológicos indispensables para la vida como el transporte de oxígeno a las células.¹⁷

Las principales consecuencias de la anemia ferropénica son:

- Retraso en el crecimiento, lo que tiene repercusiones importantes en el caso del desarrollo intrauterino y niños de etapa pre escolar.
- Aumento del riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto.
- Disminución del desarrollo psicomotor y función cognitiva.
- Disminución del rendimiento físico, ya que un 15-20% de reducción en el volumen de oxígeno supone hasta un 10% de reducción en el rendimiento.
- Alteraciones del sistema inmunitario. Disminución del rendimiento intelectual.¹⁷

Tratamiento

Las mujeres con anemia después del parto pueden sentirse cansadas y sin aliento, y corren riesgo de infección. Los tratamientos tradicionales incluyen suplementos de hierro y transfusión de sangre para la anemia grave. Una hormona, la eritropoyetina, puede ayudar a mejorar los niveles de hierro en la sangre.¹⁷

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Factores de riesgo:

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido. Sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud y pueden estar localizados en individuos, familias, comunidades y ambiente.¹⁹

Complicaciones obstétricas:

Son alteraciones patológicas propias del estado grávido, puerperal, por intensión, omisión o tratamiento incorrecto.²⁰

Parto:

Es la expulsión de un feto con un peso igual o mayor de 500g ,igual o mayor a las 22 semanas completas, para otras 20 semanas contando desde el primer día de la última menstruación.¹⁵

Gestantes añosas:

Se define así a toda mujer que se embaraza después de los 35 años y, generalmente esta característica se asocia con aumento del riesgo del neonato.²¹

Edad:

Se refiere a la edad actual de la gestante en años cumplidos.²²

¹⁹ Echemendía B .Revista Cubana de Higiene y Epidemiología factor de riesgo.setiembre – diciembre 2011.

²⁰ Cabero L, Saldivar D. Obstetricia y medicina materno-fetal.

²¹ Rizo F. Edad y origen de las madres como factor de riesgo de prematuridad 2012.

²² Fescina RH, De Mucio B, Martínez G, Díaz Rossello JL, Mainero L, Rubino Sistema Informático perinatal (SIP): historia clínica perinatal: Instrucciones de llenado y definición de términos .Montevideo:CLAP/SMR.

Estado civil:

Situación en la que se encuentra una persona en relación a otra con quien se crea lazos jurídicamente reconocidos. Existen distintos criterios para clasificar los estados civiles: por el matrimonio, el estado de soltero, casado, viudo o divorciado.²³

Nivel de instrucción:

Se refiere a estudios cursados en el sistema formal de educación.²⁴

Ocupación: Empleo u oficio actual de una persona.²⁴

Consumo de alcohol:

Se refiere a la ingesta actual de cualquier tipo de bebida con alcohol en su contenido, por ejemplo: vino, cerveza, tequila, pisco, whisky, etc.²²

Consumo de tabaco:

Fumadora activa: Se refiere a si la mujer está fumando durante la actual gestación. La situación de fumadora puede cambiar a lo largo del embarazo.

Fumadora pasiva: Se refiere a la exposición actual al humo de tabaco debido a que otra persona fuma en el domicilio o en el lugar de trabajo.²²

Antecedentes Personales:

Se refieren a los antecedentes propios de la mujer como cirugía genito urinaria, infertilidad, cardiopatía, nefropatía y violencia.²²

Paridad:

Ha sido descrita como uno de los factores de riesgo para la morbimortalidad perinatal y morbimortalidad materna. La paridad elevada cuatro o más embarazos aumenta el doble de riesgo de muerte fetal intraparto. Ya que este es un factor de riesgo no modificable se deberá advertir a las mujeres sobre este para ayudar a decidir si es conveniente o no una gestación. En caso que opten por un nuevo embarazo se deberá extremar el cuidado durante el control prenatal y especialmente en el parto y post parto.²⁵

²³ Estado civil - Enciclopedia Jurídica. Edición 2014.

²⁴ Ramalho D, Cardozo S, Caballero A, Alegre Z, Rotela J. Sistema informático Ginecológico. Instrucción De Llenado y Definición De Términos.

²⁵ Fescina, RH, De Mucio B, Díaz Rosello JL, Martínez G, Serruya S, Duran P. Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 3ª Edición. Montevideo: CLAP/SMR; 2011.

Período intergenésico: El intervalo mínimo recomendado antes de intentar el próximo embarazo es por lo menos 24 meses, a fin de disminuir el riesgo de resultados adversos para la salud materna, perinatal e infantil.²⁵

Cesárea previa: Tiempo transcurrido del periodo interparto menor a 18 meses tienen mayor riesgo materno teniendo como riesgo una rotura uterina, inserciones placentarias anormales.²⁵

Antecedentes obstétricos: se refiere al número de gestaciones previas a la gestación actual, el número de abortos previos; el número de partos previos, si hay el antecedente de un recién nacido con un peso menor a 2,500 gr, si la gestante ha tenido una o más gestaciones múltiples y/o si ha tenido un parto con un recién nacido menor de 37 semanas, considerar el número de partos vaginales y el número de partos por cesárea. Asimismo anotar el número de nacidos vivos y el número de nacidos muertos, del grupo de nacidos vivos registrar cuántos hijos viven, cuántos fallecieron durante la primera semana de vida y/o cuántos fallecieron después de la primera semana de vida.²⁶

Retención De Placenta: Es definida como la no expulsión de la placenta dentro de los 30 minutos que suceden al parto. La placenta se encuentra adherida o bien encarcelada en el útero, por lo que no puede ser expulsada. En alumbramiento dirigido más de 15 minutos.¹⁵

Retención de restos placentarios: Con frecuencia no es toda la placenta, sino o varios cotiledones, lo que queda retenido. En la mayoría de los casos ello obedece a la realización de maniobras intempestivas durante el alumbramiento, tales como expresiones apresuradas o tironeamientos desde el cordón.¹⁵

Atonía uterina: Se trata de un cuadro en el que el útero, después de haber expulsado la placenta, no se retrae ni contrae, alterándose así la hemostasia.¹⁵

²⁶ Instructivo para el registro de datos de la historia clínica materno prenatal Lima: Dirección General de Salud de las Personas, 2013.

Desgarro perineal de II grado:

Lesionan la vagina y el periné, desgarran músculos, pero sin llegar a comprometer el esfínter del ano.¹⁵

Anemia Moderada:

(Hb 9-7 g/dl), existe un aumento en la intensidad de los síntomas cardiorrespiratorios, los cuales se van a presentar tanto en reposo como al llevar a cabo una actividad. Las manifestaciones clínicas son la disnea, fatiga y un considerable aumento de las palpitaciones.¹⁷

Anemia severa:

(< 7 g/dl), los síntomas que se observan en este tipo de anemia se denominan síndrome anémico (que incluye un sinnúmero de manifestaciones clínicas: palidez, ictericia y prurito debido a la hemólisis); ictericia conjuntival y esclerótica, vista borrosa; glositis; taquicardia, aumento de la tensión diferencial, soplos sistólicos, cefalea, vértigo, irritabilidad, depresión, dolor óseo; sensibilidad al frío, letargo.¹⁷

CAPÍTULO III:

3.1. PRESENTACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

CONTRASTACION DE HIPOTESIS

3.1.1. HIPÓTESIS GENERAL

Ha= Los factores de riesgo tienen relación significativa con las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes añosas del Hospital Santa María Del Socorro - Ica. Agosto - Diciembre 2015.

3.1.2. HIPÓTESIS GENERAL

Ho= Los factores de riesgo no tienen relación significativa con las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes añosas del Hospital Santa María Del Socorro - Ica. Agosto - Diciembre 2015.

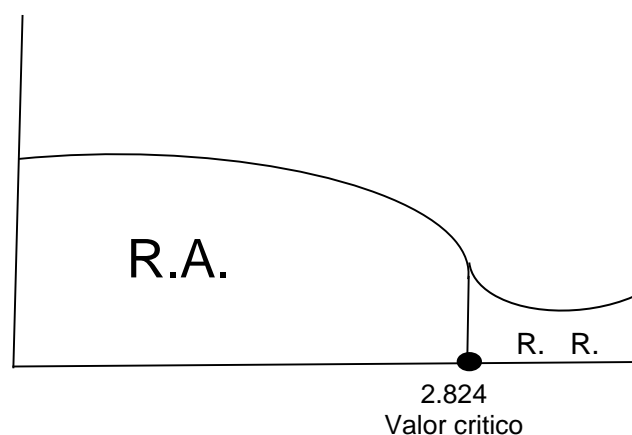
Entonces, para efectuar la prueba de hipótesis de acuerdo a los resultados arribados en el procesamiento de datos, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% se graficó la prueba del Chi- cuadrado ambiente la siguiente formula: $X^2 = \frac{T_o - T_e}{T_e}$

Considerando los grado de libertad que resultan de las filas por columnas:

$$Gl = (8 - 1) (4 - 1) = 7 (3) = 21$$

El X^2 según la tabla a 21 grados de libertad y con un nivel de significancia del 0.05 será 2.824

Acto requerido de acuerdo al valor crítico se determinó la región de aceptación (R.A) y la región de rechazo (RR).



APLICACIÓN DE CHI-CUADRADO EN FUNCIÓN A LAS FRECUENCIAS OBSERVADAS

$$\text{FORMULA: } X^2 = \sum \left(\frac{f_o - f_e}{f_e} \right)^2$$

Dónde: X^2 : Chi- cuadrado

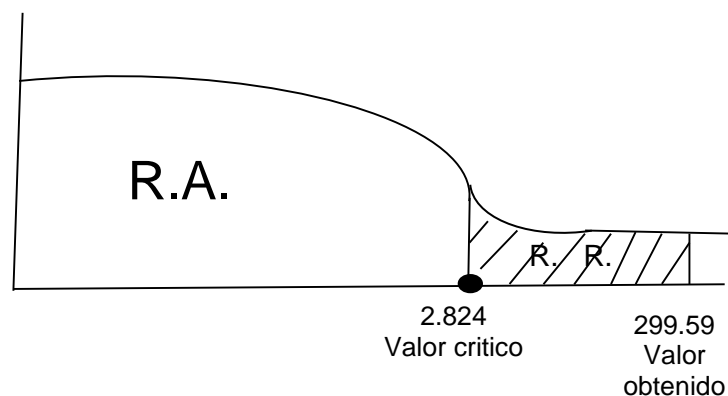
F_o : Frecuencia observada

F_e : Frecuencia esperada

$$X^2_{\text{cal.}} = 40.9 + 18.66 + 40.9 + 168.14 + 30.99 = 299.59$$

En consecuencia, el valor obtenido es de 299.59 superando el valor crítico de 2.824 según tabla. Entonces, rechazamos la Hipótesis Nula (H_0) y aceptamos la hipótesis planteada en su oportunidad, donde se afirma que:

Los factores de riesgo tienen relación significativa con las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes añosas del Hospital Santa María Del Socorro - Ica. Agosto - Diciembre 2015.



“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES
 OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO EN GESTANTES AÑOSAS EN EL
 HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO - ICA. AGOSTO - DICIEMBRE
 2015”

Cuadro N° 01

SEGÚN EDAD

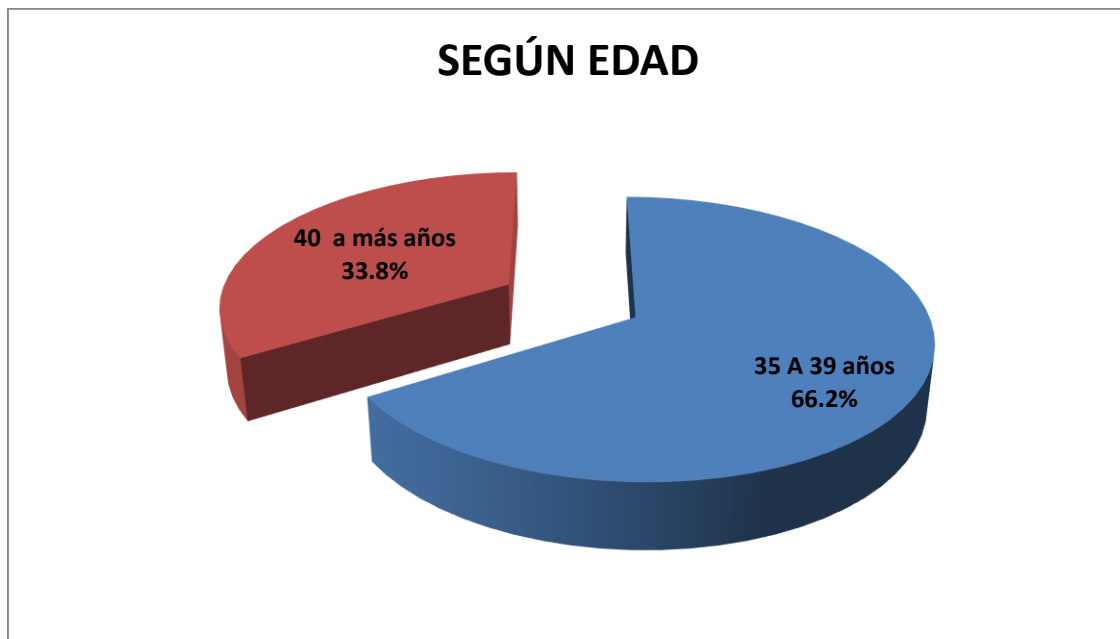
EDAD	N°	%
35 A 39 AÑOS	49	66.2
40 A MAS AÑOS	25	33.8
TOTAL	74	100%

Fuente: ficha de recolección de datos.

La edad de las pacientes comprendidas en este estudio el 66.2% (N=49) corresponde a edades entre 35 a 39 años, el 33.8% (N=25) a edades de 40 años a más.

Chi cuadrado con un nivel de significancia de 0.05 a 1 grado de libertad= 3.841;
 Chi cuadrado calculado 40.9

Se concluye que existe relación significativa entre la edad como factor de riesgo en las complicaciones obstétricas en gestantes añosas.



“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO EN GESTANTES AÑOSAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO - ICA. AGOSTO - DICIEMBRE 2015”

Cuadro N° 02

SEGÚN ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

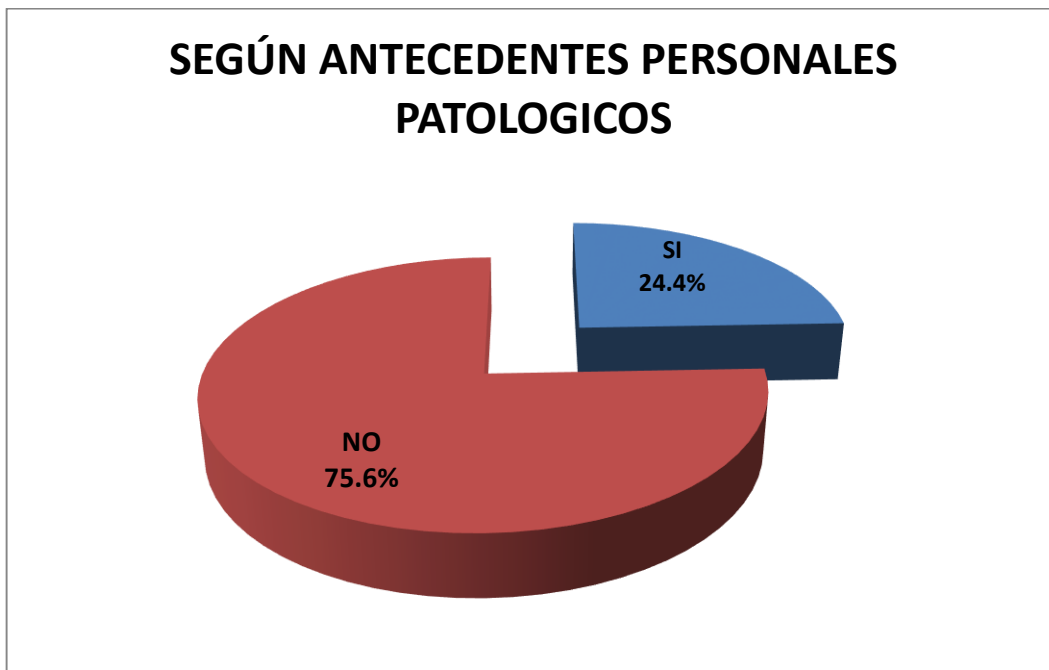
ANTECEDENTES	N°	%
SI	18	24.4
NO	56	75.6
TOTAL	74	100%

Fuente: ficha de recolección de datos.

Observamos que las gestantes añosas que presentaron antecedentes personales fueron un 24.4% (N=18) a diferencia de las que no presentaron antecedentes personales que fueron un 75.6% (N= 56)

Chi cuadrado con un nivel de significancia de 0.05 a 1 grado de libertad= 3.841;
Chi cuadrado calculado 18.66

Se concluye que existe relación significativa entre los antecedentes personales patológicos con las complicaciones obstétricas en gestantes añosas.



“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES
OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO EN GESTANTES AÑOSAS EN EL
HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO - ICA. AGOSTO - DICIEMBRE
2015”

Cuadro N° 03

SEGÚN TIPO DE ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

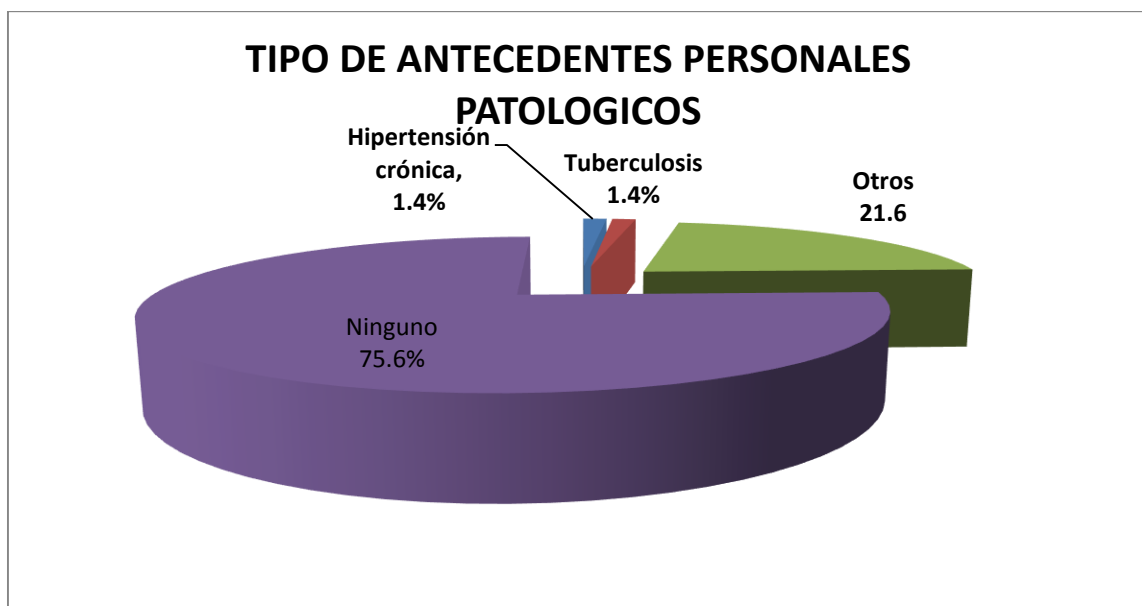
ANTECEDENTES	N°	%
Hipertensión crónica	01	1.4
Diabetes	0	0
Tuberculosis	01	1.4
Otros	16	21.6
Ninguno	56	75.6
Total	74	100%

Fuente: ficha de recolección de datos.

Dentro de los antecedentes personales patológicos el 75.6% (N=56) de las paciente no tuvo patología de relevancia, el 21.6% (N=16) presentaron otras patologías que no se tomó en cuenta en el estudio, el 1.4% (N=01) presentaron hipertensión crónica y tuberculosis.

Chi cuadrado con un nivel de significancia de 0.05 a 1 grado de libertad= 3.841;
Chi cuadrado calculado 40.9

Se concluye que existe relación significativa entre los antecedentes personales patológicos como factor de riesgo con las complicaciones obstétricas en gestantes añosas.



“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES
OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO EN GESTANTES AÑOSAS EN EL
HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO - ICA. AGOSTO - DICIEMBRE
2015”

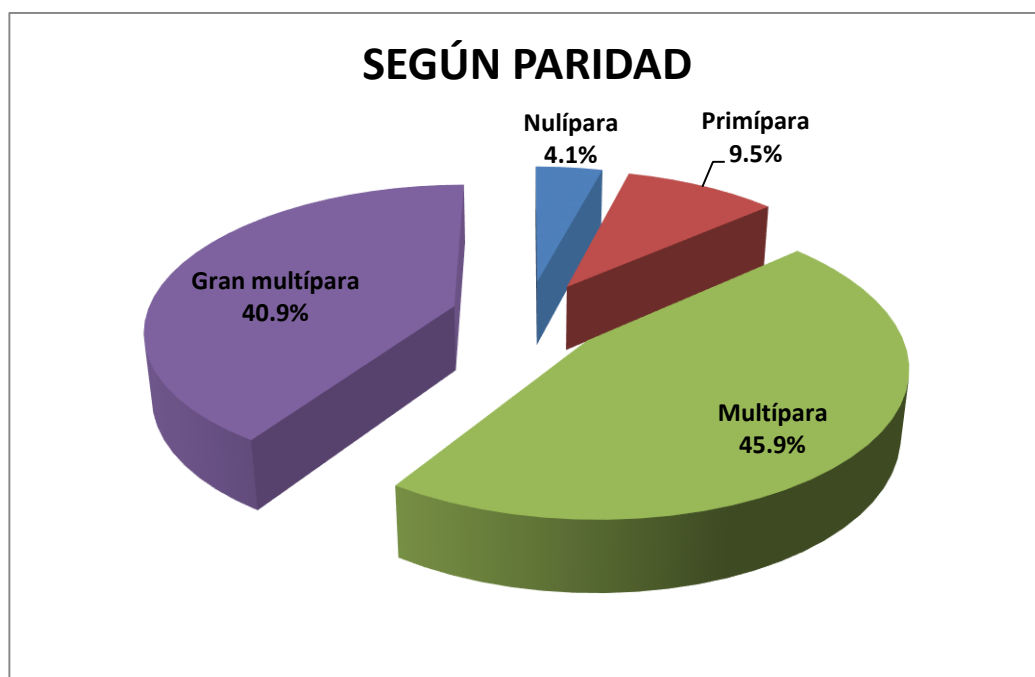
Cuadro N° 04

SEGÚN PARIDAD

PARIDAD	N°	%
Nulípara	03	4.1
Primípara	07	9.5
Múltipara	34	45.9
Gran múltipara	30	40.5
TOTAL	74	100%

Fuente: ficha de recolección de datos.

En las pacientes motivo de investigación encontramos que el 45.9% (N=34) son múltiparas, el 40.5% (N=30) gran múltiparas, las primíparas representaron el 9.5% (N= 07) y sólo el 4.15% (N= 03) nulíparas.



“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO EN GESTANTES AÑOSAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO - ICA. AGOSTO - DICIEMBRE 2015”

Cuadro N° 05

SEGÚN PERÍODO INTERGENÉSICO

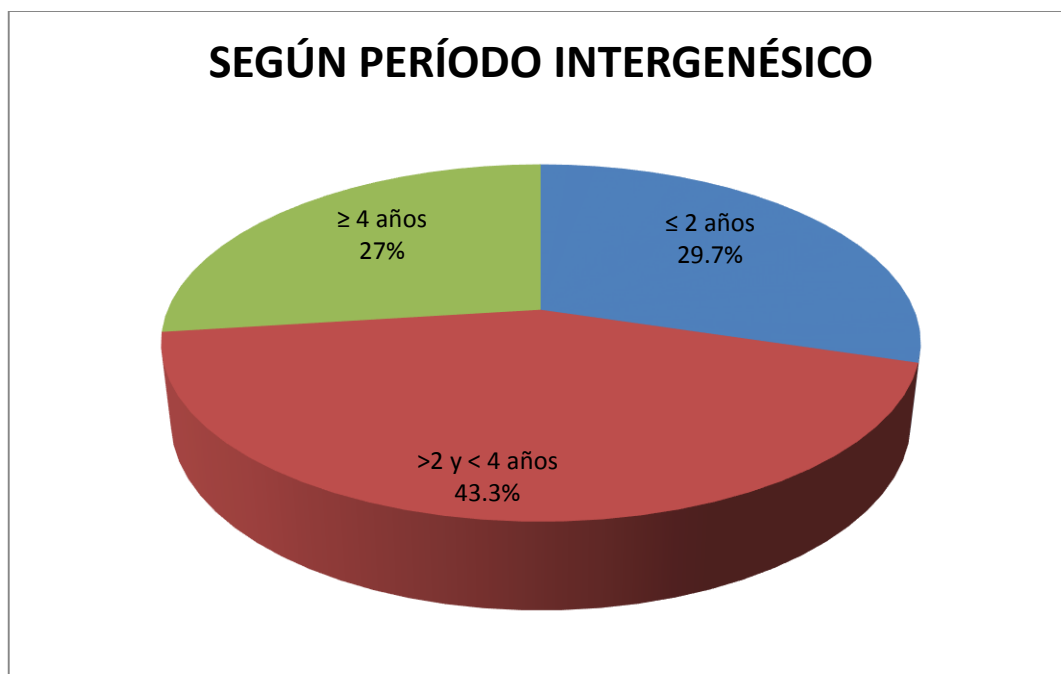
PERÍODO INTERGENÉSICO	N°	%
≤ 2 años	22	29.7
>2 y < 4 años	32	43.3
≥ 4 años	20	27
TOTAL	74	100%

Fuente: ficha de recolección de datos.

El 43.3 (N=32) de gestantes presentaron un periodo intergenésico entre 2 a 4 años, el 29.7% (N=22) menor a 2 años y el 27% (N=22) mayor a 4 años

Chi cuadrado con un nivel de significancia de 0.05 a 3 grado de libertad= 7.815;
Chi cuadrado calculado 168.14

Se concluye que existe relación significativa entre la paridad y el periodo intergenésico como factor de riesgo en las complicaciones obstétricas en gestantes añosas.



“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO EN GESTANTES AÑOSAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO - ICA. AGOSTO - DICIEMBRE 2015”

Cuadro N° 06

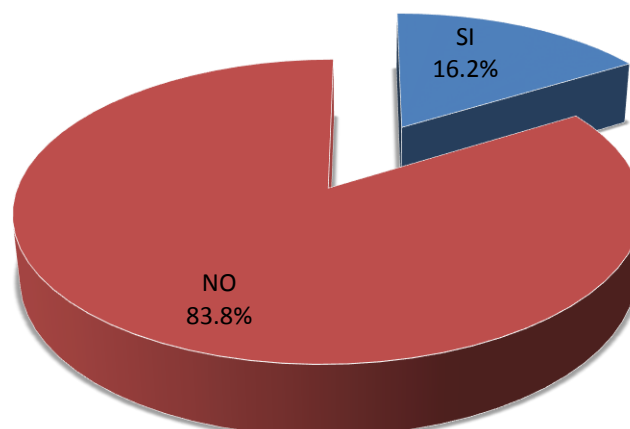
SEGÚN PRESENCIA DE COMPLICACIONES

COMPLICACION	N°	%
SI	12	16.2
NO	62	83.8
TOTAL	74	100%

Fuente: ficha de recolección de datos.

Las gestantes añosas que presentaron complicaciones durante el parto fueron un total del 16.2% (N= 12) y las que no presentaron, un 83.8% (N= 62).

COMPLICACION OBSTETRICA



“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO EN GESTANTES AÑOSAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO - ICA. AGOSTO - DICIEMBRE 2015”

Cuadro N° 07

SEGÚN COMPLICACIONES MATERNA

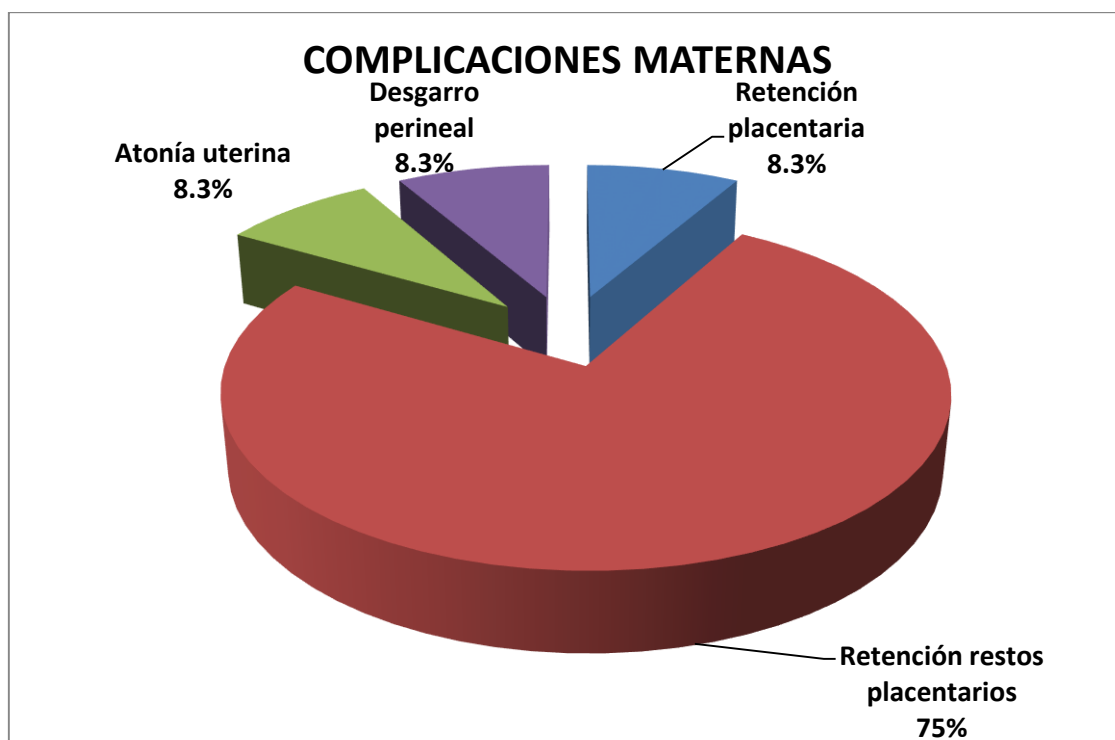
COMPLICACION	N°	%
Retención placentaria	01	8.4
Retención restos placentarios	09	75
Atonía uterina	01	8.3
Desgarro perineal	01	8.3
TOTAL	12	100%

Fuente: ficha de recolección de datos.

Las pacientes con factores de riesgo no presentaron patologías durante el parto en un 83.8% (N= 62), se complicaron con retención de restos placentarios un 75% (N= 09), 1.4% (N=01) presentaron cada una, retención placentaria, atonía uterina y desgarro perineal.

Chi cuadrado con un nivel de significancia de 0.05 a 3 grado de libertad= 7.815; Chi cuadrado calculado 30.99

Se concluye que existe relación significativa entre las complicaciones maternas y los factores de riesgo en gestantes añosas.



DISCUSIÓN

Tabla N°1

En relación a los factores de riesgo asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas, el 66.2% corresponde a edades entre 35 a 39 años, el 33.8% a edades de 40 años a más, no encontrando resultados similares por lo que rechazamos los estudios de Valls M, Enríquez O, Rodríguez A, López J (2007), Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Ríos M, Leighton L (2001), Garcia I, Alemán M (2005-2007), Heras B, Gobernado J, Mora P, Almaraz A (2007-2008), Olortegui L (2013), Tipiani O (2005), Peña W, Palacios J, Oscuvilca E, Peña A (2002-2006), González I (2002).

Tabla N°2

En relación a los factores de riesgo asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas, observamos que el 24.4% de gestantes añosas presentaron antecedentes personales patológicos a diferencia de las que no presentaron antecedentes personales fueron un 75.6% , no encontrando resultados similares por lo que rechazamos el estudio realizado por Valls M, Enríquez O, Rodríguez A, López J (2007), Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Ríos M, Leighton L (2001), García I, Alemán M (2005 – 2007), Heras B, Gobernado J, Mora P, Almaraz A (2007-2008), Olortegui L (2013), Tipiani O (2005), Peña W, Palacios J, Oscuvilca E, Peña A (2002 – 2006), Gonzales I (2002).

Tabla 3

En relación a los factores de riesgo asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas dentro de los antecedentes personales patológicos el 75.6% de las pacientes no tuvo patología de relevancia, el 21.6% presentaron otras patologías que no se tomó en cuenta en el estudio, el 1.4% presentaron hipertensión crónica y tuberculosis, no encontrando resultados similares por lo que rechazamos el estudio realizado por Valls M, Enríquez O, Rodríguez A, López J (2007), Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Ríos M, Leighton L (2001), García I, Alemán M (2005-2007), Heras B, Gobernado J, Mora P, Almaraz A (2007 – 2008), Olortegui L (2013), Tipiani O ((2005), Peña W, Palacios J, Oscuvilca E, Peña A (2002 – 2006), Gonzales I (2002).

TABLA 4

En relación a los factores de riesgo asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas encontramos que el 45.9% son multíparas, el 40.5% son gran multíparas, las primíparas representaron el 9.5%, y solo el 4.15% son nulíparas, no encontrando resultados similares por lo que rechazamos el estudio realizado por Valls M, Enríquez O, Rodríguez A, López J (2007), Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Ríos M, Leighton L (2001), Garcia I, Alemán M (2005 – 2007), Heras B, Gobernado J, Mora P, Almaraz A (2007 - 2008), Olortegui L (2013), Tipiani O (2005), Peña W, Palacios J, Oscuvilca E, Peña A (2002 – 2006), aceptamos el estudio de Gonzales I (2002) por que los resultados obtenidos son similares.

TABLA Nº 5

En relación a los factores de riesgo asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas el 43.3 % de gestantes presentaron un periodo intergenésico entre 2 a 4 años, el 29.7% menor a 2 años y el 27 % mayor a 4 años, no encontrando resultados similares por lo que rechazamos el estudio de Valls M, Enríquez O, Rodríguez A, López J (2007), Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Ríos M, Leighton L (2001), Garcia I, Alemán M (2005 – 2007), Heras B, Gobernado J, Mora P, Almaraz A (2007 -2008), Olortegui L (2013), Tipiani O (2005), Peña W, Palacios J, Oscuvilca E, Peña A (2002 – 2006), Gonzales I (2002).

TABLA Nº 6

En relación a los factores de riesgo asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas tenemos que el 16.2% presentaron complicaciones durante el parto y las que no presentaron en un 83.8%, no encontrando resultados similares por lo que rechazamos el estudio de Valls M, Enríquez O, Rodríguez A, López J (2007), Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Ríos M, Leighton L (2001), Garcia I, Alemán M (2005 – 2007), Heras Gobernado J, Mora P, Almaraz A (2007 -2008), aceptamos el estudio de Olortegui L (2013) por tener resultados similares, rechazando los estudio de Tipiani O (2005), Peña W, Palacios J, Oscuvilca E, Peña A (2002 – 2006) ,Gonzales I (2002).

TABLA N° 7

En relación a los factores de riesgo asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas, las pacientes con factores de riesgo no presentaron patologías durante el parto en un 83.8%, se complicaron con retención de restos placentarios un 75%, un 8.3% presentaron cada una retención placentaria, atonía uterina y desgarro perineal, no encontrando resultados similares por lo que rechazamos el estudio de Valls M, Enríquez O, Rodríguez A, López J (2007), Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Ríos M, Leighton L (2001),García I, Alemán M (2005 – 2007),Heras B, Gobernado J, Mora P,Almaraz A (2007 -2008),Olortegui L (2013),Tipiani O (2005),Peña W, Palacios J, Oscuvilca E, Peña A (2002 – 2006),Gonzales I (2002).

CONCLUSIONES

1. Los factores de riesgos tienen relación significativa con las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes añosas en el Hospital Santa María del Socorro – Ica .Agosto –Diciembre del 2015.
2. Existe relación significativa entre la edad como factor de riesgo en las complicaciones obstétricas en gestantes añosas.
3. Existe relación significativa entre los antecedentes personales patológicos con las complicaciones obstétricas en gestantes añosas.
4. Existe relación significativa entre los antecedentes personales patológicos como factor de riesgo con las complicaciones obstétricas en gestantes añosas.
5. Existe relación significativa entre la paridad y el periodo intergenésico como factor de riesgo en las complicaciones obstétricas en gestantes añosas.
6. Existe relación significativa entre las complicaciones maternas y los factores de riesgo en gestantes añosas.

RECOMENDACIONES

1. Informar a la población a través de charlas sobre los riesgos de un embarazo después de los 35 años.
2. Concientizar a las pacientes de cumplir con sus controles prenatales.
3. Verificar detenidamente los antecedentes personales patológicos de las gestantes para prevenir una futura complicación que dañe el binomio madre niño.
4. Brindar consejerías a las pacientes multigestas para que el periodo intergenésico sea el adecuado para evitar complicaciones obstétricas.
5. Protocolizar la atención de pacientes con factor de riesgo para evitar complicaciones durante el parto.
6. Promover y brindar información sobre el uso de los métodos anticonceptivos en las pacientes multigestas para evitar complicaciones obstétricas.

ANEXOS

ANEXO 1

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Peña E.; Martínez, M. Principales Complicaciones Obstétricas 2005. Volumen XXXV, Número 1. Santo Domingo, República Dominicana.
2. Salazar M., Pacheco J, Scaglia L, Lama J, Munaylla R. La Edad Materna Avanzada Como Factor De Riesgo De Morbimortalidad Materna y Perinatal 2015. Vol. 45, núm. 2. Lima callao.
3. Valls M; Safora O; Rodríguez A; López J. Comportamiento Del Embarazo En Mujeres Mayores De 40 Años 2009.
4. Tipiani O ¿Es La Edad Materna Avanzada Un Factor De Riesgo Independiente Para Complicaciones Materno - Perinatales? Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 2005 Lima.
5. Maguiña M, Miranda J. La Mortalidad Materna En El Perú 2002 - 2011. Ministerio De Salud, Dirección General De Epidemiología 2013.
6. Objetivos De Desarrollo Del Milenio Informe De 2013. Naciones Unidas Nueva York, 2013.
7. Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Ríos M, Leighton L. Riesgo Obstétrico y Perinatal En Embarazadas Mayores De 35 Años. Enero De 2001 – Diciembre de 2006. Chile.
8. García I; Alemán M. Riesgos Del Embarazo En La Edad Avanzada. 1 De Enero De 2005 Y El 31 De Diciembre De 2007. Cuba.
9. Heras B, Gobernado J, Mora P, Almaraz A. La Edad Materna Como Factor De Riesgo Obstétrico. Resultados Perinatales En Gestantes De Edad Avanzada. España.
10. Olortegui L. Factores Asociados A Las Complicaciones Obstétricas En Gestantes Añosas En El Instituto Nacional Materno Perinatal, Enero – Junio 2013 Tesis de Grado.
11. Peña W- Palacios J, Oscuvilca E, Américo Peña (2011) Titulado El Primer Embarazo En Mujeres Mayores De 35 Años De Edad En El Hospital Regional De Huacho y Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, Huacho, Perú.
12. Gonzáles I, Macrosomía Fetal: Prevalencia, Factores De Riesgo Asociados y Complicaciones en el Hospital Regional de Ica, Perú del 1º de Enero – 31 de Diciembre 2002.

13. Canchila C, Laguna H, Paternina A, Arango A, De la Barrera A. "Prevención de la hemorragia post parto". Universidad de Cartagena, Facultad de Medicina Departamento de Ginecología & Obstetricia, Colombia. Noviembre de 2009.
14. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la Hemorragia posparto.
15. Schwarcz R, Fescina R, Duverges. Obstetricia 2005.
16. Guía De Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Ginecología .Minsa 2010.
17. Redondo N, Salazar C, Requena P, Sánchez A, Romero M, Sancho C, Romero L, Soria E .Fisiopatología médica. Alteraciones en el estado de los eritrocitos: Anemias.
18. Markova V, Norgaard A, Jorgensen K, Langhoff-Roos J. Cochrane. Tratamiento para las pacientes con anemia ferropénica después del parto.
19. Echemendía B .Revista Cubana de Higiene y Epidemiología factor de riesgo. setiembre – diciembre 2011.
20. Cabero L, Saldivar D. Obstetricia y medicina materno-fetal.
21. Rizo F. Edad y origen de las madres como factor de riesgo de prematuridad 2012.
22. Fescina RH, De Mucio B, Martínez G, Díaz Rossello JL, Mainero L, Rubino M. Sistema Informático perinatal (SIP): historia clínica perinatal: Instrucciones de llenado y definición de términos. Montevideo: CLAP/SMR.
23. Estado civil - Enciclopedia Jurídica. Edición 2014.
24. Ramalho D, Cardozo S, Caballero A, Alegre Z, Rotela J. Sistema informático Ginecológico .Instrucción De Llenado Y Definición De Términos.
25. Fescina, RH, De Mucio B, Díaz Rosello JL, Martínez G, Serruya S, Duran Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 3ª Edición .Montevideo: CLAP/SMR; 2011.
26. Instructivo para el registro de datos de la historia clínica materno perinatal Lima: Dirección General de Salud de las Personas, 2013.

ANEXO N° 2

TITULO: “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES AÑOSAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO - ICA. AGOSTO - DICIEMBRE 2015”

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE E INDICADORES	METODOLOGIA
<p>Problema general ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes añosas en el Hospital Santa María Del Socorro - Ica. Agosto - diciembre 2015?</p>	<p>Objetivo general Determinar los factores de riesgo asociados a las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes añosas en el Hospital Santa María Del Socorro - Ica. Agosto - Diciembre 2015.</p>	<p>Hipótesis general Los factores de riesgo están asociados a las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes añosas en el Hospital Santa María Del Socorro - Ica. Agosto - Diciembre 2015.</p>	<p>Variable Única Factores de riesgo asociados a las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes añosas</p>	<p>Tipo: observacional de corte transversal, prospectivo.</p> <p>Nivel: descriptivo.</p> <p>Método: deductivo, cuantitativo</p>
<p>Problema secundario 1 • ¿Cuáles son los factores de riesgo personales que se asocian a las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes añosas en el Hospital Santa María Del Socorro - Ica. Agosto - diciembre 2015?</p>	<p>Objetivo específico 1 • Identificar los factores de riesgo personales asociados a las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes añosas en el Hospital Santa María Del Socorro - Ica. Agosto - Diciembre 2015.</p>	<p>Hipótesis secundaria 1 • Los factores de riesgo personales que están asociados a las complicaciones obstétricas durante el parto son: la edad y los antecedentes personales patológicos en las gestantes añosas en el Hospital Santa María Del Socorro - Ica. Agosto - Diciembre 2015.</p>	<p>Indicadores Factores de riesgo personales. -Edad -Estado civil -Nivel de instrucción -Ocupación -Consumo de alcohol -Consumo de tabaco -Antecedentes personales patológicos.</p>	

<p>Problema secundario 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los factores de riesgo obstétricos que se asocian a las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes añosas en el Hospital Santa María del Socorro - Ica. Agosto - diciembre 2015? 	<p>Objetivo específico 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los factores riesgo obstétricos asociados a las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes añosas en el Hospital Santa María Del Socorro - Ica. Agosto - Diciembre 2015. 	<p>Hipótesis secundaria 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los factores de riesgo obstétrico que están asociados a las complicaciones obstétricas durante el parto son: el periodo intergenésico y la paridad en las gestantes añosas en el Hospital Santa María Del Socorro - Ica. Agosto - Diciembre 2015. 	<p>Indicadores Factores de riesgo obstétricos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad gestacional - Paridad - Período intergenésico - Cesárea previa - Antecedentes obstétricos. 	
<p>Problema secundario 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los complicaciones maternas que se dan durante el parto en gestantes añosas en el Hospital Santa María del Socorro - Ica. Agosto - diciembre 2015? 	<p>Objetivo específico 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar las complicaciones maternas durante el parto en gestantes añosas en el Hospital Santa María Del Socorro - Ica. Agosto - Diciembre 2015. 	<p>Hipótesis secundaria 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los factores de riesgo que están asociados a las complicaciones maternas durante el parto son: retención placentaria, retención de restos placentarios, atonía uterina, desgarro perineal en las gestantes añosas en el Hospital Santa María Del Socorro - Ica. Agosto - Diciembre 2015. 	<p>Complicaciones obstétricas</p> <ul style="list-style-type: none"> -Retención placentaria -Retención de restos placentarios. - Atonía uterina -Desgarro perineal de II grado -Anemia moderada o severa - Hemorragia postparto 	

ANEXO 3

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA N°: _____

I. DATOS GENERALES:

1. Edad: _____

- a. 35 – 39 años ()
- b. 40 a más ()

2. Estado civil

- a. Soltera ()
- b. Conviviente ()
- c. Casada ()

3. Nivel de instrucción

- a. analfabeta ()
- b. Primaria ()
- c. Secundaria ()
- d. Superior técnico ()
- e. Superior universitario ()

4. Ocupación

- a. Ama de casa ()
- b. Estudiante ()
- c. Otro ()

II. DATOS INDIVIDUALES:

5. Número de controles prenatales:

- a. De 0 - 3 CPN ()
- b. De 4 – 6 CPN ()
- c. De 7 a más CPN ()

6. Consumo de alcohol

- a. Si ()
- b. No ()

7. Consumo de tabaco

- a. Si ()
- b. No ()

8. Antecedentes personales:

- a. Hipertensión crónica ()
- b. Diabetes mellitus ()
- c. tuberculosis ()
- d. Otros ()
- e. Ninguno ()

III. DATOS OBSTÉTRICOS.

9. Paridad

- a. Nulípara ()
- b. Primípara ()
- b. Multípara ()
- c. Gran multípara ()

10. Periodo intergenésico:

- a. ≤ 2 años
- b. ≥ 4 años

11. Cesárea previa

- a. Si (1 o más) ()
- b. No ()

12. Antecedentes patológicos obstétricos

- a. Aborto recurrente ()
- b. Embarazo ectópico ()
- c. Óbito fetal ()
- d. Ninguno ()
- e. Otros ()

IV. COMPLICACIONES MATERNAS:

- Retención placentaria ()
- Retención de restos placentarios ()
- Atonía uterina ()
- Desgarro Perineal II grado ()
- Anemia moderada o severa ()
- Hemorragia postparto()
- OTRO ()

ANEXO

JUICIO DE EXPERTOS

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE PRUEBA

NOMBRES Y APELLIDOS: AMELIA G. MOQUILLANA CABRERA DNI: 47.071545
FACULTAD DE: CIENCIAS DE LA SALUD - ESCUELA OBSTETRICIA
UNIVERSIDAD: ALAS PERUANAS

1.- ¿Cómo calificaría usted, la presentación de la ficha de recolección de datos sobre el "Factores de riesgo asociados a las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes añosas en el Hospital "Santa María del Socorro"- Ica. Agosto- Diciembre 2015 que se anexa?

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Excelente presentación | <input type="checkbox"/> Mala presentación |
| <input type="checkbox"/> Muy buena presentación | <input type="checkbox"/> Muy mala presentación |
| <input type="checkbox"/> Regular | |

2.- ¿Los datos que se se extraen de las historias clínicas de las gestantes del Hospital "Santa María del Socorro" son suficientes?

- | | |
|--|-----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|--|-----------------------------|

Sugerencias.....

3.- ¿El tamaño de la letra y la redacción facilita el entendimiento de la pregunta?

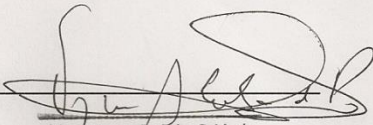
- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Entendible | <input type="checkbox"/> Medianamente entendible |
| <input type="checkbox"/> No entendible | |

4.- ¿Las preguntas de la ficha son suficientes para calificar la Tesis sobre el "Factores de riesgo asociados a las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes añosas en el Hospital "Santa María del Socorro"- Ica. Agosto- Diciembre 2015

- | | |
|--|-----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|--|-----------------------------|

5.- ¿Considera que las alternativas mencionadas en la encuesta han sido correctamente seleccionadas?

- | | |
|--|-----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|--|-----------------------------|


Mag. Virginia B. Cuba Calderón
OBSTETRIZ
C.O.B. N° 0589

JUICIO DE EXPERTOS

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE PRUEBA

NOMBRES Y APELLIDOS: AMELIA G. MOQUILLAZA CABRERA DNI: 47071545

FACULTAD DE: CIENCIAS DE LA SALUD - ESCUELA OBSTETRICIA

UNIVERSIDAD: "ALAS PERUANAS"

1.-¿Cómo calificaría usted, la presentación de la ficha de recolección de datos sobre el "Factores de riesgo asociados a las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes añosas en el Hospital "Santa María del Socorro"- Ica. Agosto- Diciembre 2015 que se anexa?

- Excelente presentación Mala presentación
 Muy buena presentación Muy mala presentación
 Regular

2.- ¿Los datos que se se extraen de las historias clínicas de las gestantes del Hospital "Santa María del Socorro" son suficientes?

- Sí No

Sugerencias.....

3.- ¿El tamaño de la letra y la redacción facilita el entendimiento de la pregunta?

- Entendible Medianamente entendible
 No entendible

4.- ¿Las preguntas de la ficha son suficientes para calificar la Tesis sobre el "Factores de riesgo asociados a las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes añosas en el Hospital "Santa María del Socorro"- Ica. Agosto- Diciembre 2015

- Si No

5.- ¿Considera que las alternativas mencionadas en la encuesta han sido correctamente seleccionadas?

- Si No

S. HOLGA CORNEJO QUISPE
OBSTETRA C.O.P. 2027
Magister en Salud Pública