



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

TESIS:

**“COMPLICACIONES GINECO-OBSTETRICAS DURANTE EL
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO - MEDIATO EN
USUARIAS MAYORES DE 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2015”**

PRESENTADO POR:

Bach. Shirley Bottger Quiñones

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

HUACHO- PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mi hijo Lucas por ser una fuente de amor, perseverancia y superación constante. A mi madre por el apoyo incondicional en lo largo de mi vida.

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por darme fortaleza en los momentos de debilidad.

Gracias a mi madre por apoyarme en todo momento y por llenar mi vida de alegrías y amor cuando más la he necesitado.

No ha sido sencillo este camino ni lo será más adelante pero sé que estarán siempre incondicionalmente conmigo, como me lo han demostrado por ello de antemano les agradezco.

RESUMEN

Objetivo general: Identificar las complicaciones gineco - obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio inmediato - mediato en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2015. Metodología: La presente tesis de investigación es de tipo observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo. Población estuvo conformada por 350 usuarias con complicaciones gineco –obstetricia durante el embarazo parto y puerperio del Hospital Regional de Huacho durante el mes de enero a diciembre del 2015. Mientras la muestra estuvo conformada por 226 usuarias con complicaciones gineco – obstetricia durante el embarazo parto y puerperio, que cumplieron los criterios de inclusión, y que fueron obtenidas mediante la Historias Clínicas, durante el período de Enero a Diciembre del año 2015 en el servicio de Gineco - obstetricia del Hospital Regional de Huacho. Resultados: Según control prenatal es adecuado cuan por lo cual su mayor porcentaje es de 85%; en cual además se observa el índice de masa corporal en las gestantes es de sobre peso en un 40.3%, por lo cual también se tiene en cuenta gracias al control prenatal adecuado que su periodo intergénésico de las gestantes es <49 meses en su gran mayoría (49%). Las complicaciones obstétricas durante el embarazo se puede observar a la anemia moderada que se representa en un 21.7%; observándose también a la rotura prematura de membrana en 9.3%, la hipertensión inducida en el embarazo representando un 14.2%; como complicaciones obstétricas de mayor frecuencia durante el embarazo

Palabras claves: Complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo parto y puerperio.

ABSTRACT

Objective: To identify the gynecological obstetric complications during pregnancy, childbirth and postpartum week in pregnant women older than 35 years treated at the Regional Hospital of Huacho, 2015. **Methodology:** This thesis research is observational, descriptive, cross-sectional, retrospective . Population consisted of 350 users with gynecological complications during childbirth - obstetricia pregnancy and puerperium Huacho Regional Hospital during the month of January to December 2015. While the sample consisted of 226 users with gynecological complications during childbirth -obstetricia pregnancy and puerperium, who met the inclusion criteria, and were obtained through medical records, during the period January to December 2015 in the service of obstetrics Gynecological Hospital Regional Huacho. **Results:** According adequate prenatal care is how so its higher percentage is 85%; in which also the body mass index in pregnant women is overweight in 40.3% is observed, for which also takes into account thanks to adequate prenatal care that their intergenetic period of pregnant is <49 months mostly (49%). Obstetric complications during pregnancy can be observed moderate anemia which is represented by 21.7%; also observed to premature rupture of membrane at 9.3%, hypertension in pregnancy induced representing 14.2%; as more frequent obstetric complications during pregnancy

Keywords: Obstetric complications during pregnancy and childbirth postpartum period.

Índice

Caratula	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
Índice	vii
Introducción.....	xi
CAPÍTULO I.....	1
Planteamiento del problema.....	1
1.1 Descripción de la realidad problemática	1
1.2. Delimitación del problema.....	4
1.2.1. Delimitación Espacial:	4
1.2.2. Delimitación temporal:.....	4
1.2.3. Delimitación social:.....	4
1.3. Formulación del problema.....	4
1.3.1. Problema principal.....	4
1.3.2. Problemas secundarios.	5
1.4. Objetivo de la investigación	5
1.4.1. Objetivo principal.....	5
1.4.2. Objetivos secundarios	5
1.5. Hipótesis de la investigación.....	6
1.5.1. Hipótesis Principal:.....	6
1.6. Justificación e importancia de la investigación.....	6
CAPÍTULO II	8
2.1. Antecedentes de la investigación.....	8
2.1.1. Antecedentes Internacionales.	8
2.1.2. Antecedentes Nacionales	12
2.2. Bases teóricas	18
2.2.1. Embarazo de alto riesgo.....	18
2.2.2. Definición, incidencia e importancia.....	19

2.2.3. Atención prenatal: un programa diagnostico y terapeutico	19
2.2.4. Detección en los antecedentes.....	20
2.2.5. Edad materna	21
2.2.6. Antecedentes obstétricos	23
2.2.7. Riesgo obstétrico:.....	23
2.3 Definición de términos básicos	39
CAPÍTULO III	41
3.1. Tipo de investigación	41
3.2. Diseño de la investigación.	42
3.3. Población y muestra	42
3.3.1. Población:.....	42
3.3.2. Muestra:	42
3.4. Variables	43
3.4.1. Variable X1	43
3.4.3. Variable X2	43
3.4.2. Operacionalización de variables	44
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	48
3.5.1. Técnicas	48
3.6. Procedimientos	49
CAPÍTULO IV	50
4. Resultados.....	50
4.1. Datos Generales	50
Tabla N° 1 de edades de las gestantes con complicaciones gineco obstetricas durante el embarazo, parto y puerperio inmediato - mediato	50
Tabla N° 2 de estado civil de las gestantes con complicaciones gineco obstetricas durante el embarazo, parto y puerperio inmediato - mediato	52
Tabla N° 3 de nivel de instruccion de las gestantes con complicaciones gineco obstetricas durante el embarazo, parto y puerperio inmediato - mediato	53
Tabla N° 4 de ocupacion de las gestantes con complicaciones gineco obstetricas durante el embarazo, parto y puerperio inmediato - mediato	54
Tabla N° 5 de procedencia de las gestantes con complicaciones gineco obstetricas durante el embarazo, parto y puerperio inmediato - mediato	55

Tabla N° 6 de paridad de las gestantes con complicaciones gineco obstetricas durante el embarazo, parto y puerperio inmediato - mediato	56
Tabla N° 7 de control prenatal de las gestantes con complicaciones gineco obstetricas durante el embarazo, parto y puerperio inmediato - mediato	57
Tabla N° 8 de índice de masa corporal de las gestantes con complicaciones gineco obstetricas durante el embarazo, parto y puerperio inmediato - mediato	58
Tabla N° 9 de antecedentes patologicos de las gestantes con complicaciones gineco obstetricas durante el embarazo, parto y puerperio inmediato - mediato	59
Tabla N° 10 de edad gestacional de las gestantes con complicaciones gineco obstetricas durante el embarazo, parto y puerperio inmediato - mediato	60
Tabla N° 11 de periodo intergenesico de las gestantes con complicaciones gineco obstetricas durante el embarazo, parto y puerperio inmediato - mediato	61
Tabla N° 12 de antecedente patologicos obstetricos de las gestantes con complicaciones gineco obstetricas durante el embarazo, parto y puerperio inmediato - mediato	62
4.3. Complicaciones ginecologicos durante el embarazo	63
tabla N° 13 de las gestantes con complicaciones obstetricas durante el embarazo.....	63
Tabla N° 14 de las gestantes con complicaciones ginecologicas durante el embarazo.....	64
4.5. Complicaciones obstetricas durante el periodo de parto y puerperio.....	66
Tabla N° 15 de las gestantes con complicaciones ginecologicas durante el embarazo el trabajo de parto normal	66
Tabla N° 16 de las gestantes con termino del embarazo por parto cesárea..	67
Tabla N° 17 de las gestantes termino del embarazo por parto distócico	68
Tabla N° 18 de las gestantes de las indicaciones del parto distócico	69
Tabla N° 19 de las gestantes de las complicaciones del puerperio del parto distocico.....	71
Tabla N° 20 de las gestantes del termino del parto por via vaginal	72
Tabla N° 21 de las gestantes de complicaciones del puerperio de parto vaginal	73
4.2. Discusión de los resultados	73

Conclusiones.....	78
Recomendaciones	79
Referencias bibliográficas	80
Anexo nº1. Matriz de consistencia	85
Anexo nº 2 Ficha de recolección de datos	90

INTRODUCCIÓN

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, sin embargo en la adolescencia y a edades avanzadas conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud pública.

Por este motivo se realiza la investigación de las complicaciones gineco obstétricas en embarazo parto y puerperio en usuarias mayores de 35 años. Cuales términos comúnmente usados son añosa, madura y geriátrica clásicamente a la edad materna avanzada durante la gestación como un riesgo obstétrico alto para complicaciones materno-perinatales y, en varias instituciones, estas pacientes son manejadas en cuidados de nivel especializado.¹

Se considera entre los factores asociados con la edad materna avanzada son conocidos los trastornos hipertensivos gestacionales, la diabetes gestacional, la restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, nacimiento por cesárea, puntuación baja de Ápgar, muerte perinatal y el peso bajo al nacer, a cambios económicos y sociales a nivel mundial, se observa en estos años una tendencia por parte de la mujer a retrasar el embarazo a edades cada vez mayores.²

En países como Panamá, Chile, Ecuador, cerca del 35 % de las mujeres de 35 años se embarazan, este fenómeno se ha favorecido por los índices de pobreza y desempleo, no sucede así en otros países con gran desarrollo como EEUU, Francia y Canadá donde la fecundidad en esos años es mínima y llega a ser de un 15%. En España, en el 2010, el 22,4% de los nacimientos correspondieron a mujeres mayores de 35 años estas mujeres descendió a 10 por cada 1000. En

¹ Ataula I. The older obstetric patient. *Current Obstet Gynaecol.* 2005;15:4653.

² Smith Y, et al. Obstetric outcome of elderly low-risk nulliparae. *Int J Gynecol Obstet.* 1998;63:7-14

Uruguay la edad de maternidad también se ha retrasado en la última década, al pasar de los 24 a los 28 años, y la tasa de fecundidad ha bajado de 2,5 hijos en 1996 a 1,97 en 2011. ³

En Perú, en el 2011, la edad media de las mujeres que deciden tener su primer hijo fue de 31 años. Perú no hay estadísticas claras sobre la cantidad de consultas por fertilidad, es claro que estas van en aumento y esto va a la par con la estadística mundial.⁴

La tesis para un mejor entendimiento, está estructurada en los siguientes capítulos, en el capítulo I, trata sobre el planteamiento del problema que comprende la descripción de la realidad problemática en los factores de riesgo de parto prematuro, delimitaciones de la investigación, formulación del problema, así como también de sus objetivos general y secundarios en los cuales se observa las complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio la justificación de la investigación, la hipótesis no se toma en cuenta ya que es un trabajo descriptivo.

El capítulo II, corresponde al marco teórico, que comprende los antecedentes de la investigación, bases teóricas y definición de términos básicos. El capítulo III, se desarrolla netamente en la metodología de la investigación, lo que se incluye es el tipo y diseño de la investigación, población y muestra de la investigación, así como también las variables, dimensiones e indicadores, técnicas e instrumentos de la recolección de datos y los procedimientos de estos. En el capítulo IV, se presentan todos los resultados que se obtuvieron gracias a todos

³ **Puffer R** .La planificación familiar y la mortalidad materna e Infantil en los EUA 003; 115(5): 389 - 404.

⁴ **Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)**. Estado de la Población Peruana 2014. (http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1157/libro.pdf)

los criterios diseñados, desde el recojo de datos de la muestra de estudio con los instrumentos de la investigación, previamente validados, hasta el procesamiento estadístico de los datos, la construcción de tablas de frecuencia y gráficos, además se desarrolla la discusión de los resultados, el cual permitirá arribar a la formulación de conclusiones y recomendaciones; finalmente se presenta las referencias bibliográficas y los anexos que corresponden a la investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

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 que ocasionan morbilidad, secuelas y en última instancia, la muerte de la madre, el feto o el recién nacido.⁵

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.⁶

En edades extremas de la vida el embarazo es un riesgo innegable, pues no dejan de existir situaciones y problemas que ponen en peligro la vida de la madre

⁵ **Peña E, Martínez M.** Principales complicaciones obstétricas en un hospital general con servicio de obstetricia, distrito nacional, 2005. *Ciencia y Sociedad* 2010; 35(1): 87-101.

⁶ **Bullough CH, Graham W.** Clinical audit – learning from systematic case reviews assessed against specific criteria. In: *Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer* 2004.

y el feto. En la literatura biomédica se afirma que el embarazo en mujeres de 35 años y más, trae aparejado complicaciones para el binomio madre-hijo. Se trata de una paciente de alto riesgo obstétrico y al igual que las menores de 19 años, se clasifican como grupo de riesgo en la edad extrema de la vida.⁷

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 involuntario, 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.⁸

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 del primer y tercer trimestre, parto pre término, hipertensión inducida por el embarazo, aborto recurrente, hipertensión crónica, recién nacidos con peso bajo.⁹

En nuestra localidad las tasas de riesgo obstétrico han variado con respecto a los últimos 5 años, ya que se han tomado diversas medidas de control y prevención de riesgo durante toda la etapa reproductiva, entre ellas tenemos:¹⁰

- Año 2011, se atendieron 2687 partos institucionales de los cuales se presentaron 309 cuadros de morbilidad materna como HIE: 16.2%, sepsis

⁷ **World Health Organization. Mother–Baby Package:** Implementing Safe Motherhood in Countries. Geneva: WHO/FHE/MSM, 1994.

⁸ **Sánchez García M, Muñoz Silva A.** Influencia de padres y amigos sobre la actitud hacia la conducta sexual de prevención en la adolescencia. Un análisis función de género. Rev. Latinoamericana de Psicolog 2005: 37 (1)

⁹ **Niswander K. R.,** Obstetricia. Práctica clínica. Editorial Reverté. España, 1987.

¹⁰ **Hospital Regional de Huacho.** Servicio de gineco-obstetricia. Estadística del Hospital regional Huaura Oyon – S.B.S.

puerperal: 0.6%, anemia: 29.5%, TBC: 1%, HELLP: 0.3%, retención placentaria: 10%, ITU complicada: 9,4%, atención obstétrica en UCEO: 1%.¹⁰

- Año 2012, se atendieron 2702 partos institucionales de los cuales se presentaron 274 cuadros de morbilidad materna como hemorragias: 14.5%, HIE: 24.1%, sepsis puerperal: 0.4%, anemia: 16%, TBC: 0.7%, retención placentaria: 3.3%, ITU complicada: 36.8%, atención obstétrica en UCEO: 0.4%.¹⁰
- Año 2013, se atendieron 2935 partos institucionales de los cuales se presentaron 334 cuadros de morbilidad materna como hemorragias: 21.2%, HIE: 27.8%, sepsis puerperal: 0.3%, anemia: 11.4%, HELLP: 0.3%, retención placentaria: 1.2%, ITU complicada: 33.2%, atención obstétrica en UCEO: 4%.¹⁰
- Año 2014, se atendieron 2979 partos institucionales de los cuales se presentaron 288 cuadros de morbilidad materna como hemorragias: 23%, HIE: 40.3%, anemia: 5.2%, TBC: 0.3%, retención placentaria: 1.4%, ITU complicada: 27.4%.¹⁰

En la actualidad, el embarazo en mujeres mayores de 35 años es más frecuente debido a varias circunstancias que hacen postergar la maternidad, como la 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.

Por tales hechos se realiza esta investigación, ya que se ha observado la frecuencia de gestantes añosas (>35 años) en el consultorio, sala de partos y hospitalización del servicio de Gineco - obstetricia; por ese motivo crece el interés de investigar los riesgos que presentan, la frecuencia de las patologías y

la historia clínica obstétrica previa de las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Huacho en los periodos de enero - diciembre del 2015.

1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Delimitación Espacial: La investigación se realizó en el Hospital Regional de Huacho en el área de hospitalización de gineco obstetricia.

1.2.2. Delimitación temporal: Entre los meses de enero a diciembre 2015.

1.2.3. Delimitación social: El estudio se realizó con las historias clínicas de las usuarias mayores de 35 años atendidas en el Hospital Regional de Huacho.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema principal

- ¿Cuáles son las complicaciones gineco-obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio inmediato - mediato en usuarias mayores de 35 años atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2015?

1.3.2. Problemas secundarios.

1. ¿Cuáles son las complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo en gestantes mayores de 35 años usuarias en el Hospital Regional de Huacho, 2015?
2. ¿Cuáles son las complicaciones gineco obstétricas durante el parto y puerperio inmediato - mediato en gestantes mayores de 35 años usuarias en el Hospital Regional de Huacho, 2015?

1.4. Objetivo de la investigación

1.4.1. Objetivo principal

- Identificar las complicaciones gineco-obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio inmediato - mediato en gestantes mayores de 35 años usuarias en el Hospital Regional de Huacho, 2015

1.4.2. Objetivos secundarios

- i. Identificar las complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo en gestantes mayores de 35 años usuarias en el Hospital Regional de Huacho, 2015.
- ii. Identificar las complicaciones gineco obstétricas durante el parto y puerperio inmediato - mediato en usuarias mayores de 35 años atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2015.

1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. Hipótesis Principal:

- ✓ (Por ser un estudio descriptivo este trabajo no presenta hipótesis).

1.6. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.

La presente investigación es fundamental para el personal de obstetricia ya que considerando que la mujer presenta riesgo obstétrico durante el embarazo, siendo fundamental el reconociendo de factores externos, familiares y personales durante el control prenatal, ya que es de mayor preocupación en gestantes de edad avanzada o con algún factor de riesgo predisponente a alguna patología frecuente.

A nivel teórico, refiere que de acuerdo a los últimos estudios se describen diferentes patologías y complicaciones del embarazo, parto y puerperio con relación a la edad materna, como ganancia excesiva de peso, obesidad, mortalidad materna, síndrome hipertensivo del embarazo, diabetes gestacional, rotura prematura de membranas, parto prematuro, y hemorragia postparto.

A nivel práctico, para salvaguardar la vida de la paciente y del feto se desarrollan con mayor frecuencia de cesárea, histerectomías, además de obtener productos con Apgar menor a 7 al minuto y a los 5 minutos, ingreso a UCI neonatal, distrés respiratorio fetal, menor peso del recién nacido y mortalidad neonatal; por lo que para evitar procedimientos riesgosos e invasivos necesitamos realizar una captación y control adecuado del embarazo de nuestras gestantes con mayor riesgo.

A nivel social, al realizar esta investigación se contrastará la literatura con la incidencia de los diferentes riesgos y patologías recurrentes en las gestantes con respecto a su edad y, a su vez se tomaran las medidas necesarias para disminuir los efectos y prevenir su prevalencia en nuestra sociedad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes Internacionales.

- 1. Donoso E., Carvajal J. A., Vera C., Poblete J. A. (2014). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. ¹¹**

El embarazo en adolescentes y la edad materna avanzada se asocian con un mayor riesgo de muerte materna, perinatal e infantil. Sin embargo, no se ha establecido la edad materna con el riesgo reproductivo más bajo. Objetivo: Determinar el rango de edad de la madre con el riesgo reproductivo más bajo. Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio basado en la población (2005-2010) donde el análisis estadístico de los datos en bruto de vitales anuarios del Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. Se analizó la asociación de la mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil con la edad materna. Este último se estratificó en quinquenios, entre los 10 y los 54 años. Las tasas de mortalidad neonatal, fetales e infantiles se calcularon para cada

¹¹ Donoso E., Carvajal J. A., Vera C., Poblete J. A. (2014). *La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil*. Pag. 45-72

quinquenio. La tasa más baja fue seleccionada como grupo de control para el análisis de riesgos, que se estimó de acuerdo con la odds ratio con intervalos de confianza del 95%. Resultados: Las mujeres de 20-29, 25-34 y menores de 30 años, tuvieron la tasa más baja de muerte fetal, neonatal/infantil y materna, respectivamente. Las mujeres de 45-49 años tuvieron la mayor tasa de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. El riesgo de mortalidad fetal, neonatal e infantil se duplicó de 40-44 años en adelante, y la mortalidad materna desde la edad de 30-34 años. Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que el rango de edad de la madre con el riesgo reproductivo general es menor entre los 20-29 años. Este hallazgo se debe considerar en futuros estudios de riesgo reproductivo y por un asesoramiento adecuado.

2. García Alonso I., Alemán Mederos M.M. (2013) Riesgos del embarazo en la edad avanzada. ¹²

El incremento actual del embarazo en la edad avanzada conlleva un mayor riesgo para la mujer durante la gestación, provocado, entre otros factores, por una incidencia superior de enfermedades preexistentes. Objetivos: identificar las principales características demográficas y obstétricas de las gestantes de edad avanzada, determinar las principales causas de morbilidad materna en este grupo de riesgo y compararlas con un grupo control. Métodos: se realizó un estudio retrospectivo y analítico de casos y controles sobre los riesgos del embarazo en las gestantes de 35 y más años del Policlínico de Falcón, entre el 1 de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2007. El grupo control estuvo integrado por una muestra aleatoria de embarazadas de 20 a 34 años. Se aplicaron pruebas estadísticas y de análisis de riesgo. Resultados: 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 estudio la

¹² **García Alonso I., Alemán Mederos M.M. (2013) Riesgos del embarazo en la edad avanzada. Pag. 23 - 31**

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 ($p = 0,000$) y la amenaza de parto pre término ($p = 0,021$). Conclusiones: fueron más frecuentes en el grupo estudio el tabaquismo, el peso corporal excesivo, la hipertensión arterial crónica y la amenaza de parto pre término.

3. Heras Pérez B., Gobernado Tejedor J., Mora Cepeda P., Almaraz Gómez A. (2011). La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada.

¹³

Objetivo: Comparar los resultados perinatales de gestantes mayores de 35 años con un grupo control (<35 años). Diseño: Estudio de cohortes históricas. Lugar: Valladolid (España). Método: Análisis univariante y estimación de RR. Variables estudiadas: Relativas a la epidemiología, desarrollo del embarazo y resultados perinatales. Resultados: Se analizaron 1455 partos (355 correspondientes al grupo de estudio: 24,39%). Las gestantes de mayor edad presentaron más patología asociada al embarazo (29,2 vs 15,8%, $p < 0,001$) como diabetes gestacional (6.2%, $p < 0.0029$), metrorragia del primer trimestre (5.6%, $p < 0.01$), y amenaza de parto prematuro (3.9%, $P < 0.007$). 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 (RR = 1.42; CI 95%:1.08-1.87). En el 47% de las gestantes nulíparas de edad avanzada se indicó una cesárea (RR = 1.63; CI 95%: 1.24-2.15). 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

¹³ Heras Pérez B., Gobernado Tejedor J., Mora Cepeda P., Almaraz Gómez A. (2011). La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. Pag. 26- 34

grupo de edad avanzada (RR 5.98; CI 95% 1.35- 26.54), fundamentalmente por complicaciones hemorrágicas. Conclusiones: 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. Todo ello repercute en la morbimortalidad materna y fetal, siendo un grupo poblacional de riesgo obstétrico que requiere una atención prenatal adecuada y trasciende el ámbito de la planificación sanitaria, dado el porcentaje de gestantes de edad avanzada en nuestro medio.

4. Álvarez Toste M.; Hinojosa Álvarez M. C. et. al. (2011). Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. ¹⁴

La morbilidad materna extremadamente grave es la complicación que ocurre durante el embarazo, el parto y el puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte. Como parte de la primera etapa de un proyecto de investigación relacionado con la morbilidad materna extremadamente grave se realizó la actualización sobre este tema, para lo cual se efectuó una revisión bibliográfica. Fueron consultadas las bases de datos LILACS, EBSCO e HINARI, con el uso de los siguientes descriptores: bienestar materno, mortalidad materna y morbilidad. También se utilizó el lenguaje libre con palabras clave aportadas por los autores, tales como: calidad de los cuidados maternos, morbilidad materna y morbilidad materna extremadamente grave. Se utilizaron los operadores booleanos correspondientes y las referencias bibliográficas, acotadas según la norma Vancouver 2010. Los resultados de la búsqueda se limitaron a los últimos cinco años y a los idiomas inglés, español y portugués. El análisis de la morbilidad materna extremadamente grave emerge como complemento o alternativa a la investigación de las muertes maternas y se considera

¹⁴ **Álvarez Toste M.; Hinojosa Álvarez M. C. et. al. (2011). Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. Pag. 12- 34**

actualmente el indicador de calidad de los cuidados maternos. La incorporación de este indicador a los reportes epidemiológicos y a los servicios obstétricos aportará nuevos conocimientos sobre una base científica del problema y permitirá de forma oportuna la toma de decisiones para la atención materna en el futuro.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

1. Fernández Rodríguez, José Eduardo Elías. Complicaciones obstétricas en las gestantes añosas atendidas en el Hospital “María Auxiliadora” en el período de enero a diciembre del 2014. Lima. 2016.¹⁵

Objetivo principal: Identificar las principales complicaciones obstétricas en las gestantes añosas atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el periodo de enero a diciembre del 2014 a fin de contribuir a la disminución de la morbilidad materna y determinar las acciones pertinentes a considerar en los servicios de prevención y tratamiento. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal con método deductivo y diseño observacional de una población de estudio de 1198 pacientes gestantes añosas atendidas, mediante la revisión de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de complicaciones obstétricas en gestantes de 35 a 49 años, el traslado de datos a una ficha de recolección e ingreso de estos al programa de SPSS versión 22.0. Resultados: Del estudio, análisis y discusión de los resultados conseguidos, se ha establecido que de un total de 7600 pacientes gestantes atendidas en el Hospital María Auxiliadora de enero a diciembre del 2014, la frecuencia de gestantes añosas (de 35 a 49 años de edad) fue de 15.76%. Se ha identificado entre las principales

¹⁵ **Fernández Rodríguez, José Eduardo Elías.** Complicaciones obstétricas en las gestantes añosas atendidas en el Hospital “María Auxiliadora” en el período de enero a diciembre del 2014. Lima. 2016. Pag. 4-37

complicaciones obstétricas en gestantes añosas durante el embarazo, como más frecuente la Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE), con 17.70%, que incluye la Preclampsia Leve con un 9.10%, la Preclampsia Grave con un 7.85%, el Síndrome de Hellp con 0.50% y la Eclampsia con 0.25%; siguen las Infecciones en Tracto Urinario (ITU), con 8.26%, y a continuación el Oligoamnios con 4.26%, las Hemorragias en la segunda mitad del embarazo con 3.92%, las Anemias Crónicas de tipo Ferropénica, con 3.26%, las Hemorragias de la primera mitad del embarazo con 0.92%, el Polihidramnios, con 0.50% y la Pielonefritis con 0.17%. Durante el Parto, con mayor frecuencia la Rotura Prematura de Membranas (RPM), con un 13.11%. Continúa, el Parto Obstruido (como Desproporción de feto, Pelvis Estrecha y Mala posición fetal) con 8.18% y el Parto Prematuro con 3.09%. Y durante el Puerperio, como más frecuente la Anemia Aguda Post Parto con 15.78% y en menor incidencia las Infecciones de Herida Operatoria con 1.59%, las Atonías Uterinas con 1.09% y la Endometritis con 0.58%. Conclusión: La hipótesis planteada, ha sido confirmada por la mayor incidencia de la Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE) con 7.70%, Anemia Aguda Post Parto con 15,78%, Rotura Prematura de Membranas (RPM) con 13.11%, Infecciones en el Tracto Urinario (ITU) con 8.26% y Parto Obstruido con 8.18%.

2. Olortegui Ramos, Lilibeth Feba. Factores asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas en el instituto nacional materno perinatal, enero – junio 2013. Lima. 2014.¹⁶

Objetivo: Determinar los factores más frecuentes que se asocian a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. **Materiales y métodos:** los datos se

¹⁶ Olortegui Ramos, Lilibeth Feba. Factores asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas en el instituto nacional materno perinatal, enero – junio 2013. Lima. 2014. Pag. 25-35

obtuvieron de las historias clínicas de las pacientes mayores de 35 años con parto vaginal atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el período de enero a junio del 2013. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con 391 pacientes. Las variables utilizadas fueron: consumo de alcohol, consumo de tabaco, evaluación nutricional, antecedentes patológicos, paridad, periodo intergenésico, cesárea previa y complicaciones obstétricas. Se calculó frecuencia, Intervalo de confianza 95% y p estadística. Para el análisis multivariado de los factores de riesgo para complicaciones se empleó regresión logística obteniéndose los odds ratios (OR). **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 ($p=0.007$), la obesidad (OR 2.58, IC 95% 1.45, 4.57), la cesárea previa (OR=2.03, IC95% 1.09, 3.77) y la paridad (OR=1.51, IC95% 1.12, 2.05). **Conclusión:** la obesidad, la cesárea previa y la paridad son factores de riesgo estadísticamente significativo para complicaciones obstétricas en gestantes añosas.

3. Jordan Jeffrey Parodi Quito. Complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en gestantes con anemia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, año 2015. Lima. 2016¹⁷

Objetivo: Identificar las complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en las gestantes con anemia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2015. Metodología: Estudio de tipo observacional, con diseño descriptivo, de corte transversal y retrospectivo, que tuvo como muestra a 259 gestantes con anemia

¹⁷ **Jordan Jeffrey Parodi Quito.** Complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en gestantes con anemia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, año 2015. Lima. 2016. Pag. 22 -32.

durante el trabajo de parto que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Se realizó un análisis univariado donde para las variables cualitativas se calcularon frecuencias absolutas (números) y frecuencias relativas (porcentajes). Resultados: El 80.7% de las gestantes tenía anemia leve, el 18.5% anemia moderada y el 0.8% anemia severa. Durante el periodo de dilatación, las gestantes con anemia presentaron complicaciones como: ruptura prematura de membranas (20.5%), trastorno hipertensivo (10%) y fase latente prolongada (2.3%); durante el periodo expulsivo, presentaron desgarros vulvo-perineales (29.3%) y expulsivo prolongado (1.2%); y durante el periodo de alumbramiento, presentaron atonía uterina (1.2%) y hemorragia durante el alumbramiento (0.4%). La complicación materna que se presentó durante el puerperio fue la infección de las vías urinarias (3.9%). Conclusión: Las complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio fueron: ruptura prematura de membranas, trastornos hipertensivos, desgarros vulvo- perineal, atonía uterina e infección de vías urinarias en las gestantes con anemia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2015.

4. **Lemor, A. (2014). Relación entre la edad materna avanzada y la morbilidad neonatal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Enero -Octubre del 2012.** ¹⁸

Objetivo: Determinar si existe relación entre la edad materna avanzada y la morbilidad neonatal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Material y Métodos: Estudio tipo cohorte, comparativo, analítico, retrospectivo. Se utilizó una muestra de 2771 recién nacidos entre Enero y Octubre del 2012, de los cuales fueron 460 de madres mayores de 35 años y 2311 de madres entre 20 y 34 años. El análisis estadístico utilizó SPSS 21.0 y se incluyó la prueba de chi cuadrado, siendo un valor de $p < 0.05$ considerado para la significancia estadística.

¹⁸ **Lemor, A. (2014).** Relación entre la edad materna avanzada y la morbilidad neonatal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Enero -Octubre del 2012. Pag. 25 -34

Resultados: El 1.3% de los recién nacidos de madres añosas presentaron trisomía 21, en comparación con un 0.13% en las madres de 20 a 34 años ($p < 0.001$; RR: 10.16 IC 95%: 2.5 - 40.8). El parto por cesárea representó el 51.52% en el grupo de mayores de 35 y 37.78% en el grupo control ($p < 0.001$; RR: 1.75, IC 95%: 1.43 - 2.14). No se halló diferencia significativa al comparar el resto de morbilidades en ambos grupos, siendo estas la Enfermedad de Membrana Hialina ($p=0.824$), Síndrome de Distrés Respiratorio ($p=0.448$), Sepsis Neonatal ($p=0.309$). Conclusiones: La edad materna avanzada se asoció con una mayor tasa de cesáreas y más riesgo de tener un hijo con síndrome de Down. No se evidenció que la edad materna avanzada se asocie al aumento de la morbimortalidad neonatal.

5. Morocho, Narvaez y Rodas. (2015) Prevalencia de complicaciones durante el tercer trimestre de embarazo y en el parto en madres adolescentes y madres adultas atendidas en el Hospital Básico Paute, Ecuador. Periodo 2012-2013. ¹⁹

Objetivo: Determinar la prevalencia de complicaciones en el tercer trimestre de embarazo y parto en madres adolescentes y adultas en el Hospital Básico Paute. **Metodología:** Es un estudio descriptivo en el que se analiza la prevalencia de complicaciones en tercer trimestre de embarazo y parto en madres adolescentes y adultas del Hospital Básico Paute. El método utilizado fue el registro de historias clínicas de todas las pacientes atendidas en el área de Gineco-Obstetricia. La tabulación y análisis se realizó mediante la elaboración de tablas en EPI-Info, y EXCEL. **Resultados:** Se encontró un 21.9% de adolescentes embarazadas y un 78.1% de madres adultas gestantes. El 54% de las adolescentes permanecían en unión libre, el 51.2% de

¹⁹ Morocho, Narvaez y Rodas. (2015) Prevalencia de complicaciones durante el tercer trimestre de embarazo y en el parto en madres adolescentes y madres adultas atendidas en el Hospital Básico Paute, Ecuador. Periodo 2012-2013 Pág. 20 - 36

adultas eran casadas. Un 39.4% de adolescentes completó la secundaria mientras que un 49.3% de adultas terminó la primaria. La complicación del tercer trimestre más frecuente en ambos grupos fue la vaginosis con un 24.1% en adolescentes y 20.2% en adultas, seguida de la infección de vías urinarias, tanto en adolescentes con 19.7 y 18.8 % en adultas; mientras que la complicación del parto fue la hipodinamia uterina en los dos grupos, adolescentes 25.5% y un 22.5% en adultas. **Conclusiones:** se encontró que la Vaginosis y la Infección del adolescentes tracto urinario son las más frecuentes tanto en el grupo de como en el de adultas.

6. **Ticona R. M., Huanco A. D. (2011) Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú.**²⁰

La mortalidad perinatal es un indicador de riesgo de muerte ligado a la reproducción y refleja la atención prenatal, durante el parto y posparto. Objetivo: Identificar factores de riesgo asociados a mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú y determinar su capacidad predictiva. Métodos: Estudio prospectivo, analítico, de casos y controles, en 23 hospitales del Ministerio de Salud; de 48 422 nacimientos atendidos de enero a junio de 2008, los casos fueron 951 muertes perinatales (muerte fetal tardía y neonatal precoz de 1 000 g a más) y los controles 951 nacidos vivos, seleccionados al azar. Se utilizó tasa de mortalidad por mil nacimientos, Odds Ratio (OR) con intervalo de confianza al 95 %, regresión logística y Curvas ROC. Se utilizó paquete estadístico SPSS. Resultados: La tasa de mortalidad perinatal fue 19,64 por 1000 nacimientos, la fetal tardía 10,74 y neonatal precoz 9,03. Los factores de riesgo fueron: edad materna 35 años a más (OR=2,07), analfabeta o primaria (OR=1,97), gran multiparidad (OR=2,07), antecedente de muerte fetal (OR=3,17), nacimiento en sierra o selva (OR=1,47), patología materna (OR=2,53), control prenatal

²⁰ **Ticona R. M., Huanco A. D. (2011) Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Pag. 24- 45**

ausente o inadecuado (OR=2,26), presentación anómala (OR=2,61), inicio de parto inducido o cesárea electiva (OR=2,28), trabajo de parto precipitado o prolongado (OR=4,70), líquido amniótico verde (OR=3,99), terminación por cesárea (OR=1,60), depresión al min (OR=43,75) y 5 min (OR=106,28), prematuridad (OR=22,89), bajo peso (18,02), desnutrición fetal (OR=6,97) y patología neonatal (OR=21,90). La presencia de patología neonatal, depresión al nacer, bajo peso y prematuridad, tienen alto valor predictivo (91%). Conclusiones: Los factores de riesgo del recién nacido tienen mayor asociación y alto valor predictivo para mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Aunque el embarazo puede clasificarse como una condición fisiológica normal, conlleva a un riesgo considerable para la madre y su hijo. Por fortuna la mayor parte del riesgo ocurre en una minoría de pacientes. Por tanto es prudente identificar a las que corren riesgo e intentar prevenir la morbilidad y mortalidad. Algunos factores que contribuyen al riesgo son bastante obvios, pero otros son muy sutiles. Por eso es necesario ser cuidadoso con las definiciones, los programas de detección y la aplicación de las herramientas disponibles para el diagnóstico y el tratamiento. La siguiente es solo una de las formas para abordar este conjunto multifacético de circunstancias.²¹

²¹ **BENSON PERNOLL.** Manual De Obstetricia Y Ginecología. México DF: McGraw-Hill Interamericana 2012; 10: 211-217.

2.2.2. DEFINICION, INCIDENCIA E IMPORTANCIA

Un embarazo de alto riesgo es aquel en el que la madre o el hijo están o estarán en riesgo (muerte o complicaciones) durante la gestación o en el periodo puerperal o neonatal. Las estimaciones de la incidencia de embarazo de alto riesgo varían mucho según los criterios que se utilicen para la definición y la precisión con la que se recolecten los datos. Sin embargo, según la mayoría de los estándares casi 20% de los embarazos establecidos de Estados Unidos tiene cierto riesgo y cerca de 5% es de alto riesgo. Casi la mitad puede identificarse antes del nacimiento y otra cuarta parte durante el trabajo de parto. Por ejemplo, la mayor parte de las muertes perinatales se relaciona con premadurez o anomalías congénitas. Si estas dos alteraciones se excluyen, 60% de las muertes fetales y más de 50% de las neonatales se relacionan con solo cinco complicaciones obstétricas: presentación de nalgas, separación prematura de la placenta, toxemia del embarazo, embarazo múltiple e infección de vías urinarias. Ciertas complicaciones menos frecuentes (p. ej., prolapso del cordón) también ocasionan una proporción muy alta de pérdidas perinatales. Por supuesto que el embarazo de bajo riesgo (sin peligro por complicaciones presentes o anticipadas) puede convertirse en uno riesgoso en cualquier momento.²¹

La identificación temprana de los factores de riesgo es vital para evitar los problemas graves e iniciar el tratamiento correcto de las complicaciones causantes de la mortalidad y la morbilidad maternas y fetales. A pesar de una mejoría constante, por lo menos tres cuartas partes de las muertes obstétricas (9/100 000 nacimientos) y por lo menos la mitad de las muertes neonatales (10/1 000 nacimientos) en Estados Unidos pueden prevenirse.

2.2.3. ATENCIÓN PRENATAL: UN PROGRAMA DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO²¹

La buena atención prenatal es medicina preventiva de alto orden. Brinda una oportunidad para individualizar la atención de cada paciente. Además está

demostrado que las embarazadas que reciben una buena atención prenatal mejoran tanto su oportunidad como la de su hijo de llegar a un resultado exitoso en este intervalo tan riesgoso de la vida.

A menudo el riesgo materno, fetal o neonatal puede anticiparse mediante la valoración crítica de los antecedentes de la embarazada, la exploración física y la evolución prenatal. Docenas de factores durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el puerperio temprano sugieren un riesgo adicional; por ejemplo, un embarazo no deseado, la ignorancia, la exposición a productos tóxicos y la falta de disposición o incapacidad para obtener una buena atención obstétrica temprana se vinculan con el embarazo de alto riesgo. Cualquiera que sea el problema, la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado disminuyen mucho los índices de morbilidad y mortalidad perinatal. Por eso la mayoría de los médicos incluye estos factores en su plan de atención prenatal, los buscan en forma activa y los tratan conforme el embarazo progresa.

Además se han propuesto varios sistemas para calificación de riesgo para predecir estas amenazas. Aunque los sistemas para la calificación del riesgo no son tan sensibles o específicos como se pensaba al principio, pueden ser un método útil para asegurar la detección de casi todos los estados que elevan el riesgo en cada embarazo.

2.2.4. DETECCIÓN EN LOS ANTECEDENTES

La pobreza, la ignorancia, el abuso de sustancias y el embarazo no deseado son condiciones sociológicas relacionadas con el embarazo de alto riesgo. Es posible que estos problemas requieran años para aliviarse y sus soluciones tienen poco que ver con la medicina. Por ejemplo, el nivel socioeconómico bajo y el estado civil de soltera (en una adolescente) son dos factores de alto riesgo importantes. Aunque los médicos no pueden hacer mucho para remediar el problema subyacente, la dieta apropiada, el reposo, el apoyo social, la atención prenatal adecuada y la cooperación por parte de la paciente mejoran mucho el pronóstico de una adolescente así para aproximarse al de la mayoría de las

embarazadas con ingresos medios. En consecuencia el propósito es tratar sobre todo los factores que pueden modificarse con el tratamiento médico y las modalidades diagnósticas y terapéuticas actuales.

Un registro perinatal uniforme ayuda al médico en la valoración del embarazo de alto riesgo. Algunos formatos disponibles en el comercio emplean listas de riesgo, mientras que otros califican factores de acuerdo con su importancia. Cualquiera que sea el sistema empleado, debe aplicarse de manera asidua.

2.2.5. EDAD MATERNA

Los índices más bajos de morbilidad y mortalidad materna y perinatal se obtienen en pacientes de 20 a 29 años de edad. Las mujeres más jóvenes o de mayor edad que esta tienen un riesgo más alto.

El embarazo de la adolescente conlleva una mayor frecuencia de fetos con peso bajo al nacer y las menores de 16 años tienen mayor riesgo de hipertensión inducida por el embarazo. Las madres de 35 años o más tienen un peligro mayor y las mayores de 40 corren un riesgo extraordinario. Los problemas más frecuentes son incremento de las anormalidades cromosómicas, hipertensión crónica, hipertensión inducida por el embarazo, obesidad, miomas uterinos, mayor incidencia de problemas médicos relacionados con la edad (p. ej. Diabetes) y mayor riesgo de parto por cesárea. El riesgo de trisomía mantiene una relación directa con la edad, se eleva de 0.9% a los 35 a 36 años a 7.8% a la edad de 43 y 44 años. Las preguntas para detección de diagnóstico prenatal deben formularse a todas las embarazadas mayores y es necesario documentar el seguimiento. Resulta conveniente iniciar la detección desde los 32 años, una edad materna joven. Las mujeres con un nivel bajo de fetoproteína alfa (FPA), sin importar la edad, deben considerarse candidatas a amniocentesis por el mayor riesgo de trisomía en el feto.

En resumen, es importante comprobar lo siguiente. ¿La paciente, su esposo o sus familias tienen trastornos hereditarios? ¿Cuál es el estado de salud de los familiares de primer grado (hermanos, padres e hijos), los de segundo grado

(tíos, sobrinos y abuelos) y los de tercer grado (primos hermanos)? ¿Cuáles son los resultados reproductivos probables (tanto para el esposo como para la mujer)? ¿Cuáles son las edades de los padres (riesgo paterno > 55)? ¿Cuál es el origen étnico (por el mayor riesgo de algunas enfermedades como la de Tay-Sachs en los judíos askenazi, talasemia beta en los italianos y griegos, anemia de células falciformes en los afroamericanos y talasemia alfa en las personas provenientes del sureste asiático)?

- **EDAD MATERNA:**

La edad de la madre es un factor que se asocia fuertemente con el posible daño del niño (muerte o enfermedad). La edad materna es un factor que se asocia significativamente con la posibilidad de daño del hijo (mortalidad) durante el primer año de vida y permite identificar y cuantificar dónde y de qué dimensión es el riesgo a que está sometido ese niño. (8, 26)

La Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) definió a la 'edad materna avanzada' como aquella mayor de 35 años. Otros términos comúnmente usados son 'añosa', 'madura' y 'geriátrica'. Se considera clásicamente a la edad avanzada durante la gestación como un riesgo obstétrico alto para complicaciones materno-perinatales y, en varias instituciones, estas pacientes son manejadas en cuidados de nivel especializado.

Diferentes estudios, permite cuantificar los grupos de riesgo, o sea aquellos grupos que tengan mayor posibilidad de daño (Alto Riesgo) o menor (Bajo Riesgo). Este enfoque basado en el concepto de riesgo, tiene gran trascendencia desde el punto de vista sanitario y con miras a encararlo de esta forma, se adopta en el estudio mencionado la clasificación propuesta por Buttler y Bonham en 1958 y utilizada con éxito en numerosos estudios ulteriores.

Las madres son categorizadas en tres niveles de riesgo en relación con su edad:

- ✓ ALTO RIESGO - Menos de 20 años
- ✓ BAJO RIESGO - Entre 20 y 34 años
- ✓ RIESGO INTERMEDIO - Mayores de 34 años

Desde el punto de vista de la atención materno infantil se define como RIESGO a la mayor probabilidad de producirse DAÑO (muerte, enfermedad y/o secuela) en el período de referencia (en este caso el primer año de vida).

2.2.6. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

El número de embarazos previos es importantes. Hasta el quinto parto hay mayor probabilidad de un embarazo exitoso. Sin embargo, después de cinco el riesgo de inercia uterina, hemorragia puerperal, placenta previa y desprendimiento placentario inicia un incremento casi exponencial. El antecedente de infertilidad coloca a una paciente en riesgo más alto por la mayor incidencia de pérdida fetal.

2.2.7. RIESGO OBSTÉTRICO:

Riesgo es la probabilidad de sufrir daño. Un embarazo de riesgo se define como aquel en el que la frecuencia de un acontecer adverso para la madre y/o feto es mayor que el que existe en una población general. El riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud. El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad.

El factor de riesgo es toda característica o circunstancia observable en una persona, asociada con una probabilidad incrementada de

experimentar un daño a su salud. La importancia mayor de los factores de riesgo consiste en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen.

La frecuencia del factor de riesgo en la comunidad sirve de base para la determinación del riesgo atribuible. El riesgo atribuible expresa el riesgo dentro de la comunidad.

Su conocimiento es muy importante para los responsables de salud del área, municipio o provincia cuando deben reducir la relevancia de factores de riesgo en la población.

a. TIPOS DE RIESGO:

La relación de un factor de riesgo determinado con un daño concreto puede ser de tres tipos:

- A. Relación Causal: El factor de riesgo desencadena el proceso morboso. Ej.: la placenta previa origina la muerte fetal por anoxia; la rubeola durante el primer trimestre del embarazo causa malformaciones congénitas.
- B. Relación Favorecedora: En ella existe una franca relación entre el factor de riesgo y la evolución del proceso (pero no es la causa directa). Ej.: la gran multiparidad favorece la situación transversa y ésta el prolapso del cordón umbilical.
- C. Relación Predictiva o Asociativa: Se expresa en sentido estadístico, pero no se conoce la naturaleza de esa relación. Ej.: la mujer que ha perdido ya un feto o un recién nacido corre más peligro de perder su próximo hijo.

No todos los factores de riesgo son causales. Los hechos que preceden a otros hechos no necesariamente los causan. En realidad, la mayoría

de los factores de riesgo tienen una relación favorecedora, de manera que entre el factor de riesgo y el resultado final (daño) debe aparecer un resultado intermedio sin el cual no se llegaría a producir el daño. La detección precoz y/o la prevención de este resultado intermedio es el objetivo de la consulta pre natal de las pacientes con factores de riesgo.²²

b. NIVELES DE RIESGO:

La evaluación del riesgo obstétrico debe comenzar en la primera visita y se ira revaluando en cada consulta sucesiva. Su identificación tiene como objetivo el correcto control y tratamiento de las patologías existentes. Cabe señalar que un bajo riesgo no significa ausencia de riesgo, ya que este puede aparecer en cualquier momento de la gestación.²³

- A. Riesgo Bajo o Riesgo 0: Se incluyen en este grupo a todas las gestantes en las cuales no haya sido posible identificar ninguno de los factores de riesgo que se detallan en los niveles siguientes. Se considera que, en este caso, las posibilidades de darse riesgo bajo no significa ausencia de riesgo.
- B. Riesgo Medio o Riesgo 1: Gestantes portadoras de factores patológicos notablemente frecuentes, pero de baja sensibilidad y especificidad.
- C. Riesgo Alto o Riesgo 2: Gestantes con factores de riesgo relativamente frecuentes, con una sensibilidad y especificidad notable.

²² **Díaz, A., Sanhueza P. R, Yaksic S. B.** Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. V.67 n.6 Santiago 2002.

²³ **Lombardía J., Fernández M.** Ginecología y Obstetricia. Manual de consulta rápida. Segunda edición. Editorial medica panamericana. Madrid, setiembre 2009.

- D. Riesgo Muy Alto o Riesgo 3: Gestantes con factores de riesgo poco frecuentes, pero con una alta sensibilidad y especificidad. Estas mujeres requieren atenciones especiales o internamiento casi sistemático.

El riesgo obstétrico se catalogara en 0, 1, 2 y 3. Los embarazos de bajo riesgo (0) serán controlados mediante el protocolo de embarazo normal. Las pacientes incluidas en los grupos de medio, alto y muy alto riesgo (1, 2 y 3 respectivamente), serán controladas mediante el protocolo de alto riesgo específico para cada caso.²¹

c. CLASIFICACION DE LOS FACTORES DE RIESGO:

La tendencia actual es a clasificarlos en 4 grupos (SEGO):

A. Factores Sociodemográficos:

- Edad materna 15 años (algunos autores refieren los 17 años como límite) o 35 años.
- IMC: >29 (obesidad) o <20 (delgadez).
- Hábitos tóxicos: tabaquismo (>10 cigarrillos/día), alcoholismo, drogadicción.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Riesgo laboral.
- Sin asistencia médica.

B. Antecedentes Médicos: Las enfermedades médicas que coinciden con la gestación, como HTA, enfermedades cardiacas, renal, respiratoria crónica, hematológica, psiquiátrica, hepática, autoinmune con afectación sistémica, trombo embolismo, DM, endocrinopatías, epilepsia, patología médico-quirúrgica grave, etc.

C. Antecedentes Reproductivos: Deben alertar sobre la posibilidad de repetición en embarazos sucesivos. Los más habituales son:

esterilidad 2 años, aborto en repetición, antecedente de parto pre término, CIR, muerte perinatal, macrosomía, defectos congénitos, lesión neurológica, antecedentes de cirugía uterina, malformaciones uterinas, incompetencia cervical. También lo son las primíparas añosas o grandes multíparas (5 partos).

D. Embarazo actual: HTA, anemia grave, diabetes gestacional, ITU en repetición, infección de transmisión perinatal, isoimmunización Rh, embarazo múltiple, oligo o polihidramnios, metrorragia, PP, CIR, defecto congénito fetal, estática fetal anómala en gestación >36ss, APP, RPM, embarazo postérmino, tumoraciones uterinas, patología médico quirúrgica grave, etc. ²²

d. FACTORES DE RIESGO EN CADA NIVEL:

A. Riesgo Medio o Riesgo 1:

- Anomalías pélvicas: Las distocias por anomalías del canal del parto se dividen en: distocia por anomalías de la parte ósea y por anomalías de la parte blanda.²
- Cardiopatía I: Paciente diagnosticado de cardiopatía por las pruebas complementarias, que en el momento de la evaluación esta asintomático, o refiere ángor o disnea grado I. Requiere tratamiento médico continuado y discapacidad para cargas físicas extenuantes o exigencias físicas específicas. ²⁴
- Insuficiente control prenatal: Es cuando no se realizan los controles prenatales (5 controles como mínimo), de manera precoz, periódica y completa para identificar los principales factores de riesgo y plan de parto de la gestación.
- Edad <17 o >38 años: La edad juega un papel muy importante, ya que concebir un embarazo en los extremos de la vida puede

²⁴ **Vicente J.**, Grados funcionales de Cardiopatías. Unidad médica. Equipo Valoración de Incapacidades Guipúzcoa.

implicar un peligro serio tanto para la salud de la madre como la del bebe.

- Fecha de última regla (FUR) incierta: La FUR marca la fecha del inicio de la gestación, sin embargo si esta es incierta o dubitativa puede inducir a dar fechas falsas de edad gestacional.
- Gestante con factor Rh negativo: Es la incompatibilidad sanguínea materno fetal y puede afectar en diferentes grados al feto y al recién nacido.¹⁸
- Ganancia ponderal excesiva o insuficiente: la ganancia o pérdida de peso puede ser un factor de riesgo para el desarrollo fetal ya que puede conllevar a patologías más complejas.
- Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática: Incluyen distintas situaciones que tienen como denominador común un recuento significativo de bacterias en la orina, con diferencias en su etiopatogenia y expresión clínica, lo que repercute en su enfoque terapéutico, evolución y pronóstico. La bacteriuria asintomática (BA) es un hallazgo frecuente, que no requiere tratamiento en todos los casos.²¹
- Obesidad no mórbida: Los diferentes grados de obesidad pueden provocar trastornos metabólicos durante la gestación.
- Periodo intergenésico <12 meses: El espacio de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo, incrementa el riesgo de presentar complicaciones tales como labor de parto pretérmino, trastorno hipertensivo del embarazo, óbito, diabetes gestacional, sufrimiento fetal agudo y bajo peso al nacer.²⁵
- Talla baja (145cm.): Es un factor de riesgo ya que puede presentar complicaciones durante el parto como DCP, trabajo de parto disfuncional entre otros.

²⁵ Domínguez L., Vigil-De Gracia P. El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. Servicio de Ginecología. Complejo Hospitalario de la Caja del Seguro Social de Panamá. Ciudad de Panamá Panamá. Vol. 32. Núm. 03. Mayo 2005.

- Condiciones socio-económicas desfavorables: La dificultad de acceso o desconocimiento a los cuidados de la gestación.
- Embarazo no deseado: Puede provocar un rechazo psicológico a su estado físico actual.
- Esterilidad previa: Ocasionado por algún tipo de quistes, miomas o fibromas previos o reconstrucción tubárica bilateral.
- Fumadora: Alto riesgo de complicación neonatales.
- Hemorragia en el I trimestre: Grupo de patologías donde se destacan la falla temprana del embarazo que comprende la amenaza de aborto, el aborto completo, el aborto incompleto, el embarazo anembrionado y la muerte embrionaria; también se describen el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica gestacional.²⁶
- Gran multiparidad: Se define a la mujer que ha tenido 6 embarazos o más.
- Riesgo de enfermedades de transmisión sexual (ETS): Grupo de patologías que son transmitidas por vía sexual.
- Riesgo laboral: Grupo de actividades laborales donde el esfuerzo físico es de medio a intenso y se corre riesgo obstétrico durante el embarazo.

B. Riesgo Alto o Riesgo 2:

- Cardiopatía II: Paciente diagnosticado de cardiopatía por las pruebas complementarias, que en el momento de la evaluación presenta síntomas al realizar esfuerzos físicos de moderado a severo, o refiere ángor o disnea grado II. Requiere tratamiento médico continuado y discapacidad para actividad física de mediana a gran intensidad.²⁰
- Embarazo prolongado: Se refiere al embarazo que llega o supera las 42 semanas.²⁷

²⁶ **Diamond LK, Blackfan KD, Batty JM.** Erythroblastosis fetalis and its association with universal edema of the fetus, icterus gravis neonatorum and anemia of the newborn. *J Pediatr* 1932; 1: 512.

²⁷ **Arenas Gamboa J., Navarro Milanés A.** EMBARAZO PROLONGADO. *Obstetricia integral Siglo XXI*. Tomo I y II.

- Hemorragia en el II y III trimestre: Se asocia a parto prematuro, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, coagulación intravascular diseminada.³¹
- Oligoamnios: Cuando el volumen de L.A (líquido amniótico) < 500 cc entre las semanas 32 y 36.
- Sospecha de malformación fetal: Son defecto en la anatomía del cuerpo humano, o en el funcionamiento de los órganos o sistemas del mismo, que se manifiesta desde el momento del nacimiento.
- Cirugía uterina previa: Intervención quirúrgica invasiva como puede ser: cesárea anterior, ruptura uterina o alguna patología ginecológica.
- Diabetes gestacional: Es una alteración en la tolerancia a los hidratos de carbono de severidad variable, que comienza, o es diagnosticada por primera vez, en el embarazo en curso.²⁸
- Embarazo gemelar: Tipo de gestación donde se hallan 2 fetos dentro de la cavidad uterina; es un embarazo de alto riesgo dado su mayor asociación con enfermedades del embarazo.
- Hipertensión leve: Es la alteración aumentada y sostenida de las cifras tensionales que alcanzan o superan los 140/90 mm Hg. de presión sistólica y diastólica respectivamente.²⁷
- Anemia grave (<9.5 g/l Hb): Es la alteración hematológica que más se diagnostica durante el embarazo, ya que en esta etapa, el volumen corporal total materno presenta un cambio al expandirse para lograr la adecuada perfusión feto placentaria y prepararse para amortiguar las pérdidas durante el parto.²⁹
- Endocrinopatías: Grupo de patologías asociadas al sistema endocrino y que se asientan durante el embarazo.
- Polihidramnios: Cuando el volumen de L.A >1500 cc.
- Historia obstétrica desfavorable: Es un dato importante de registro en el carnet perinatal, donde reporta todos los antecedentes gineco-obstétricos de la paciente.

²⁸ **Voto L. S.** Consenso de diabetes: Recopilación, actualización y recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes gestacional. FASGO, Septiembre de 2012.

²⁹ **Christina C, Pickinpaugh J.** Physiologic Changes in Pregnancy. Surg Clin N Am.2008; 88(2):391–401.

- Infección materna: TORCH corresponde a las iniciales en inglés de Toxoplasmosis, Rubéola, CMV, Herpes simple y VIH.
- Obesidad mórbida: Es el incremento de las reservas energéticas del organismo, en forma de grasa, en relación con el 3 promedio normal para la edad, sexo, altura y complejidad del individuo, que comporta un aumento del peso corporal; con un IMC promedio de 40 – 49.9 Kg/m².
- Preclampsia leve: Se diagnostica Preclampsia leve cuando presenta una presión mayor a 140/90mmHg o un aumento de 30mmHg en la presión sistólica y de 15mmHg en la presión diastólica, como signos posterior a las 20 semanas de gestación, durante el parto o el puerperio (no más de 30 días), además existe proteinuria de más de 300mg en 24h y ausencia de síntomas de vasoespasmo.³⁰

C. Riesgo Muy Alto o Riesgo 3:

- Amenaza de parto pre término: Se define como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22 hasta las 36.6 semanas de gestación.
- Rotura prematura de membranas: Es la rotura de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico.
- Cardiopatía III y IV: Paciente diagnosticado de cardiopatía por las pruebas complementarias, que en el momento de la evaluación presenta síntomas al realizar cualquier esfuerzo físico, o refiere ángor o disnea grado III o IV. Requiere tratamiento médico continuado y discapacidad para actividad laboral.²¹
- Preclampsia severa: cuando se presenta la presión arterial de 160/110mmHg o más, después de las 20 semanas de gestación hasta 30 días del postparto, existe proteinuria mayor a 5g en 24h, presencia de cefalea, acufenos, fosfenos y edema generalizado.¹⁶
- Drogadicción y alcoholismo: El uso de narcóticos y bebidas alcohólicas alteran el desarrollo normal del feto.

³⁰ **Frenk Mora J. et. al.** Prevención, diagnóstico y manejo de la Preeclampsia y Eclampsia: Lineamientos técnicos. Tercera edición. Secretaría de Salud, Mexico D. F., 2002.

- Gestación múltiple (más de 2): La distensión uterina por embarazo múltiple es un factor de riesgo alto y su evaluación constante ya que podría presentar amenaza de parto prematuro, aumento de incidencia de cesárea, mortalidad perinatal y materna y prematuridad elevadas.
- Incompetencia cervical: Es la incapacidad del cuello uterino para mantener in situ la gestación hasta que el feto sea viable.³¹
- Malformaciones uterinas: Las malformaciones müllerianas más frecuentes son: útero septado, bicorne, arcuato, didelfo, unicornes e hipoplasia uterina. Otras menos comunes son las derivadas del seno urogenital, como el septo vaginal y la atresia/displasia cérvico-vaginal.¹⁸
- Malformación fetal confirmada: Son defecto en la anatomía del cuerpo humano, o en el funcionamiento de los órganos o sistemas del mismo, que se determinan por estudios ecográficos durante el embarazo.
- Patologías asociadas graves.
- Crecimiento intrauterino restringido: la condición por la cual un feto no expresa su potencialidad genética de crecimiento. En términos operativos, existe consenso en incluir como grupo estudio a todos aquellos fetos cuyo percentil de crecimiento sea menor a 10, sub clasificándolos en diferentes categorías según su fisiopatología y severidad.¹⁸
- Muerte perinatal recurrente: Es todo fallecimiento del producto de la concepción ocurrido entre la vigésima semana de gestación y el vigésimo octavo día, posterior al nacimiento.¹⁶
- Diabetes pre gestacional (I y II): Es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre). La diabetes de tipo 1 (anteriormente denominada diabetes insulino dependiente o juvenil) se caracteriza por la ausencia de síntesis de insulina. La diabetes de tipo 2 (llamada anteriormente diabetes no insulino dependiente o del adulto) tiene su origen en la incapacidad del

³¹De la Fuente P. Insuficiencia cervical. Ponencia obstétrica: pérdidas embriofetales de repetición. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

cuerpo para utilizar eficazmente la insulina, lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso o la inactividad física.³²

- Isoinmunizaciones: Consiste en la producción materna de anticuerpos hacia un antígeno de membrana de los hematíes fetales, ausente en la madre (y por tanto de origen paterno), como respuesta a una sensibilización previa.²⁶
- Placenta previa: Es cuando la placenta se inserta parcialmente o en su totalidad en el segmento inferior del útero.

La identificación de más de un factor de riesgo supone la clasificación del caso en el nivel correspondiente al factor de mayor importancia.

El nivel de riesgo se revisara en cada visita prenatal, así como en el momento del parto. Lo ideal es que el nivel de riesgo conste claramente en la primera página de la historia perinatal.⁹

e. IDENTIFICACION DEL RIESGO OBSTÉTRICO EN EL CONTROL PRENATAL:

Varios sistemas para la evaluación de la gestante de alto riesgo obstétrico han sido propuestos, y cada uno de ellos consiste en una lista de condiciones, que se conocen y asocian con resultados perinatales desfavorables. Estos sistemas incluyen entre los factores de riesgo, complicaciones médicas que afectan a la madre, o el antecedente de una mala historia obstétrica.

El sistema escogido para la selección de las gestantes de riesgo debe permitir, por tanto, la identificación fácil y rápida de los factores de riesgo, para poder iniciar el manejo adecuado de cada caso en particular. Debe permitir también una evaluación continua durante todo el embarazo, que tome en consideración la relación mutua que tienen algunos factores entre un periodo y otro del

³² **Smith Y, et al.** Obstetric outcome of elderly low-risk nulliparae. *Int J Gynecol Obstet.* 1998; 63:7-14.

embarazo, de manera que no solo identifique el grupo de riesgo al inicio del embarazo, sino que pueda determinar la presencia de cualquier complicación que haga que una gestante de bajo riesgo se convierta en una de alto riesgo.

El control del embarazo, es primordial para reducir los accidentes perinatales al poderse identificar los principales riesgos evitables. Este control necesita una metódica y reiterada recopilación de información clínica, para lo cual es indispensable una búsqueda activa de signos de alerta, basada en los principales riesgos, lo que proporcionaría a la consulta una plena eficacia.

La información recogida en la atención prenatal debe ser conversada con la gestante y sus familiares y, debe abarcar los siguientes elementos:

- a. Importancia y repercusión de los factores de riesgo identificados en el embarazo.
- b. El o los efectos potenciales que el embarazo puede tener sobre dichos factores de riesgo.
- c. Incapacidad funcional materna condicionada por dichos factores y duración de esta.
- d. Investigaciones necesarias que se deben realizar para controlar el bienestar materno-fetal.
- e. Posible pronóstico de resultados favorables maternos-fetales.

La supervisión del feto en la gestante de riesgo obstétrico, estará basada en:

- a. Determinar la edad gestacional.
- b. Descubrir malformaciones congénitas.
- c. Detectar anomalías del crecimiento fetal.
- d. Determinar la presencia y severidad de la asfixia fetal aguda y crónica.

f. RIESGO OBSTÉTRICO EN EL PARTO:

Generalmente está relacionado con la analgesia y la anestesia:

- a. Perfusión placentaria insuficiente por hipotensión debida a anestesia regional.
- b. Síndrome de hipotensión supina.
- c. Choque por hipovolemia o descompensación cardíaca.
- d. Sobre-dosificación de anestesia general, ventilación u oxigenación pulmonar inadecuada.
- e. Administración de medicamentos que afectan de forma adversa al feto o al recién nacido.
- f. Traumatismos: por parto podálico, instrumentado y distocia de hombros.
- g. Intervalo prolongado entre el diagnóstico de estado fetal intranquilizante y la cesárea (>30 minutos), si no fuese posible la reanimación uterina.³³

g. RIESGO MATERNO DESPUÉS DEL PARTO:

- a. Hemorragias.
- b. Inversión uterina.

h. COMPLICACIONES:

Se considera clásicamente un embarazo de riesgo, el que tiene lugar por encima de los 35 años. Actualmente, debido a los cambios socioeconómicos, un elevado porcentaje de mujeres tendrá su primer hijo por encima de los 35 años y otro porcentaje más elevado aun no habrá completado los deseos genésicos a esa edad.

Las consideraciones especiales son:

A. Aumentos de las Complicaciones Médicas:

- EHE: Tanto HTA crónica como HTA inducida por el embarazo. Mayor que para población de “edad ideal” (20 – 25 años).
- Diabetes: Tanto de la DM tipo II como de la diabetes gestacional.

³³ **Díaz, A., Sanhueza P. R, Yaksic S. B.** Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. V.67 n.6 Santiago 2002.

- **Obesidad:** Es un factor de riesgo para otras complicaciones tanto en el embarazo, como en el parto y puerperio.
 - **Miomas:** La frecuencia de los mismos aumenta con la edad de la mujer, secundariamente, estos facilitan la aparición de situaciones transversas y podálicas.
- B. Aumento de las Complicaciones Obstétricas:**
- **Metrorragia:** Son más frecuentes abortos, embarazo ectópico, PP y DPPNI.
 - **Cesáreas:** Se ven incrementadas por múltiples factores (HTA, diabetes, parto pre término, patología placentaria, macrosomía fetal, trabajo de parto prolongado, etc.).
 - **Atonía uterina:** En ella influyen la edad materna avanzada y la gran Multiparidad.
 - **Mortalidad Materna:** Consecuencia de las complicaciones médicas y obstétricas.
- C. Consideraciones Económicas:** Se aumenta el gasto sanitario por la necesidad de mayor atención prenatal y el empleo más frecuente de pruebas de alta tecnología (asesoramiento genético y diagnóstico prenatal, más exámenes ecográficos, pruebas de bienestar fetal, etc.).²²

Complicaciones del primer período del trabajo de parto²¹

Periodo que inicia cuando se alcanzan contracciones del útero de frecuencia, intensidad y duración suficientes para inducir la dilatación y borramiento cervical progresiva y termina cuando la dilatación es completa. Las complicaciones que se presentan tienen correlación con disfunciones uterinas, clasificándolas a estas como hipodinámicas, hiperdinámicas y disdinámicas. Teniendo estas alteraciones en la evolución del parto podríamos tener 3 problemas:

1. Prolongación de la fase latente
2. Prolongación de la fase activa
3. Detención de la fase activa.

Se ha encontrado en estudios que las alteraciones de la primera labor de parto se presentan en un 14.8%, sin presentar exclusividad por el grupo de madres adolescentes y adultas.

Complicaciones del segundo período del trabajo de parto

Comienza con la dilatación completa y finaliza con la expulsión del feto.

Distocias fetales

La presentación de nalgas afecta del 1,9% al 10% de las adolescentes. Para algunos autores, al 3%.

Desproporción cefalopélvica (DCP)

Incapacidad del feto para pasar a través de la pelvis materna, por una relación desproporcionada entre la cabeza fetal, ya sea por tamaño o posición y el espacio pélvico. Es muy frecuente en adolescentes que inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez. En las adultas se encuentra una prevalencia de 1.28%.

Tipo de parto

En algunas publicaciones se informa una mayor frecuencia de extracciones fetales vaginales instrumentales y no tanta cesárea. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca, la prevalencia de cesáreas en adolescentes es del 18.9%. En un estudio realizado en Argentina se encontró que la prevalencia de cesáreas en adolescentes fue 12.02%, comparada con 21.2% en mujeres a 20 años.

Complicaciones del tercer período del trabajo de parto

Comienza luego de la expulsión del feto y finaliza con la separación y expulsión placentaria. Generalmente se deben a excesivo sangrado desde el sitio de implantación, de traumatismo en el tracto genital y de estructuras adyacentes o ambos.

Retención placentaria y membranas.

Período del parto que ocupa la salida de los llamados anexos ovulares, es decir, la placenta y la bolsa amniótica. Según estudios existe una frecuencia del 5,5% de hemorragias del alumbramiento en adolescentes, frente a un 4,8% en las mujeres entre 20 y 24 años. Por tanto no es específica del parto de la adolescente.

Traumatismos del tracto genital

Tanto las presentaciones fetales distócicas, como la DCP, son frecuentes en madres adolescentes por inmadurez física y falta de desarrollo óseo, pueden ocasionar laceraciones del periné vagina o cérvix cualquiera de estos problemas y el consecuente sangrado y un posterior desequilibrio hemodinámico, pueden puede llevar a la madre a la muerte.

Desprendimiento placentario

Se da por retención del tejido placentario o a una atonía uterina, esta última es común en aquellas mujeres que presentaron un trabajo de parto muy rápido o prolongado, en varios estudios se ha encontrado que estos procesos son frecuentes en menores de 16 años.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

1. Edad materna: Es un factor que se asocia significativamente con la posibilidad de daño del hijo (mortalidad) durante el primer año de vida y permite identificar y cuantificar dónde y de qué dimensión es el riesgo a que está sometido ese niño. Se clasifica la edad materna por grupo etáreo: adolescente (< 18 años), adulto joven (19 a 29 años), adulto (30 a 59 años), adulto mayor (> 60 años).
2. Infecciones de transmisión sexual: son un conjunto de entidades clínicas infectocontagiosas agrupadas. Se transmiten de persona a persona por medio de contacto íntimo que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales, incluyendo el sexo vaginal, el sexo anal y sexo oral; también por uso de jeringas contaminadas, o contacto con la sangre y algunas de ellas pueden transmitirse durante el embarazo de madre a hijo.
3. Relaciones coitales: es el conjunto de comportamientos eróticos que realizan dos o más seres de distinto sexo o del mismo, y que generalmente suele incluir uno o varios coitos.
4. Riesgo: Es la mayor probabilidad de producirse daño (muerte, enfermedad y/o secuela) en el período de referencia (en este caso el primer año de vida).
5. Riesgo obstétrico: Se define como aquel embarazo en el que la frecuencia de un acontecer adverso para la madre y/o feto, durante el embarazo, parto o puerperio, es mayor que el que existe en una población general.
Se cataloga en 0, 1, 2 y 3. Los embarazos de bajo riesgo (0) serán controlados mediante el protocolo de embarazo normal. Las pacientes incluidas en los grupos de medio, alto y muy alto riesgo (1, 2 y 3

respectivamente), serán controladas mediante el protocolo de alto riesgo específico para cada caso.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010). La presente investigación es de tipo observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal.

Es **observacional**, porque se realizó el estudio mediante los datos de la Historia Clínica de las gestantes con alguna complicación durante el embarazo, parto o puerperio.

Es **descriptivo**, porque en este nivel se realiza un ordenamiento de los resultados de las observaciones sobre fenómenos o situaciones dadas.

Es **transversal**, porque se evalúan las variables simultáneamente, haciendo un corte en el tiempo. En la muestra extraída de la población se encuentra tanto los predictores con los desenlaces.

Es **retrospectivo**, porque en esta parte de lo investigado indaga sobre los hechos ocurridos antes del estudio, puesto que se revisaron las historias clínicas de las gestantes mayores de 35 años identificando las complicaciones gineco - obstétricas durante el embarazo parto y puerperio. ³⁴

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

El presente trabajo de investigación es no experimental transversal.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población:

Estuvo conformada por 350 gestantes mayores de 35 años que fueron atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional de Huacho durante el mes de enero a diciembre del 2015.

3.3.2. Muestra:

La muestra estuvo conformada por 226 gestantes mayores de 35 años en las que se encontró complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, que cumplieron los criterios de inclusión, y que fueron obtenidas mediante la Historias Clínicas, durante el período de enero a diciembre del año 2015 en el servicio de Gineco- obstetricia del Hospital Regional de Huacho.

3.3.2.1 Muestreo:

No probabilístico intencionado

A. CRITERIOS DE SELECCIÓN

a. INCLUSIÓN:

- Gestantes mayores de 35 años.
- Gestantes con complicaciones durante el embarazo

³⁴ **Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar,** METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION. 5ta edición. México. 2010. Pág. 76-194

- Gestantes con complicaciones durante el parto
- Gestantes con complicaciones durante el puerperio.

b. EXCLUSIÓN:

- Gestantes menores de 35 años.
- Gestantes con parto domiciliario o en otro establecimiento de salud.
- Gestantes sin complicaciones.
- Historias no encontradas en el archivo del hospital regional de Huacho.

3.4. VARIABLES

Complicaciones gineco - obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio

3.4.1. Variable X1

Complicaciones gineco - obstétricas durante el embarazo

3.4.3. Variable X2

Complicaciones gineco-obstétricas durante el parto y puerperio inmediato – mediato.

3.4.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Indicadores	Subindicadores
<p>(Variable x) Complicaciones gineco-obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio</p>	<p>DATOS GENERALES</p>	<p>Edad</p> <ul style="list-style-type: none"> • 35 a 40 años • 41 años a mas <p>Estado Civil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casado • Conviviente • Divorciada <p>Nivel de instrucción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Técnico • universitaria <p>Ocupación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independiente • Ama de casa • Empleado • Estudiante <p>Procedencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rural • Urbano <p>Paridad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nulípara • Multípara • Gran Multípara <p>Control Prenatal</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Adecuado b. Inadecuado <p>Índice de masa corporal</p> <p>Antecedentes patológicos:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión crónica • Diabetes mellitus • Miomas • Otros <p>Edad gestacional (semanas):</p> <ul style="list-style-type: none"> • >22 a 27 semanas • 28 a 36 semanas • 37 a 40 semanas <p>Periodo intergenésico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <24 meses • 25 a 48 meses • >49 meses <p>Antecedentes patológicos obstétricos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aborto anterior • Aborto recurrente • Óbito fetal
	<p>(VARIABLE X1) Complicaciones gineco - obstétricas durante el embarazo</p>	<p>Anemia severa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>Diabetes gestacional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>Hipertensa crónica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>Preeclampsia severa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>Placenta previa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>Desprendimiento placentario</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No

		<p>Retardo de crecimiento intrauterino</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>Óbito fetal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>Rotura prematura de membranas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>Parto pre terminó</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>Insuficiencia placentaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>Placenta acreta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>Placenta increta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>Hipertensión inducida por el embarazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>Amenaza de parto pre terminó</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>Anemia moderada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
--	--	---

	<p>(VARIABLE X2) Complicaciones gineco obstétricas durante el parto y puerperio inmediato - mediato</p>	<p>Complicaciones durante el trabajo de parto normal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo de parto disfuncional • Retención placentario • Alumbramiento incompleto • Atonía/hipotonía <p>Indicaciones del parto distócico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cesárea anterior • Desproporción cefalopelvica • Embarazo múltiple • Sufrimiento fetal • Feto podálico • Macrostomia fetal • Preclampsia severa • Oligoamnios • Polihidramnios • Distocia funicular <p>Complicaciones del puerperio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retención placentaria • Alumbramiento incompleto <p>Termino del embarazo en parto eutócico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>Termino del parto eutócico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Episiotomía • Desgarro perineal I
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Desgarro perianal II • Desgarro perianal III <p>Complicaciones del puerperio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia postparto • Atonía uterina • Retención de restos placentarios
--	--	--

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. TÉCNICAS

- Previa coordinación con las autoridades del Hospital Regional de Huacho a fin de poder realizar la investigación. Nos ubicamos en el archivo del Hospital Regional de Huacho en el cual realizamos el retiro de información con la ficha recolectora de datos.
- La información se recolecto directamente de las historias clínicas.
- Para la recolección de datos se elaboró un instrumento: cuestionario estructurado con preguntas cerradas, el cual constara delas siguientes partes.
 - Complicaciones gineco - obstétricas durante el embarazo.
 - Complicaciones gineco - obstétricas durante el parto y puerperio inmediato - mediato.

3.6. PROCEDIMIENTOS

Para el análisis de los datos se usa el programa SPSS 23.0 Para confeccionar tablas de contingencia, ordenar la información y expresarla en gráficas.

Se analizó los datos mediante lo siguiente.

- Ordenamiento de los datos
- Tabulación de los datos
- Presentación de cuadros y gráficos de acuerdo al nivel de medición.

La interpretación de los datos se procedió a hacer una vez que éstos son codificados transferidos a una matriz y guardados en un archivo.

Se efectuó sobre la matriz de datos, utilizando un programa de computadora. Así, se realizó, en primer término, la interpretación de la estadística descriptiva de los datos para posteriormente efectuar relaciones entre algunas variables.

Para el análisis se empleó distribución de frecuencias, cuadros y gráficos; específicamente los histogramas y las gráficas barras.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4. RESULTADOS

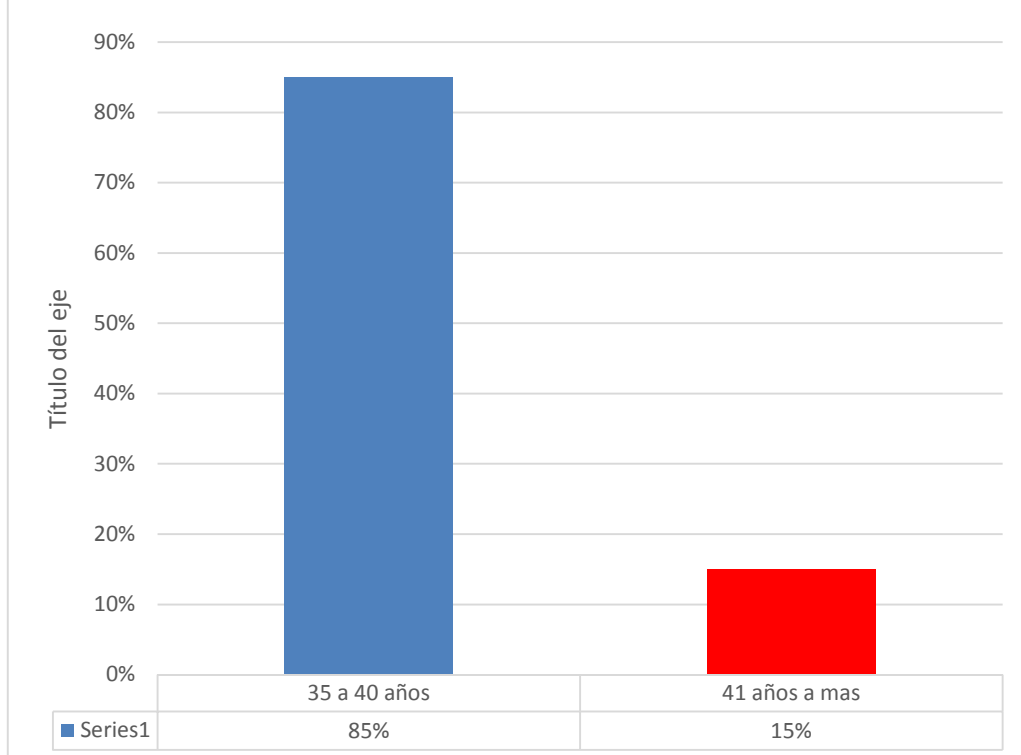
Los resultados se expondrán a continuación mediante tablas con datos estadísticos descriptivos en lo que se refiere a la prevalencia, características demográficas y obstétricas del grupo de estudio y para la asociación de las complicaciones de datos estadísticos inferenciales.

4.1. Datos Generales

**TABLA N° 1 DE EDADES DE LAS GESTANTES CON COMPLICACIONES
GINECO OBSTETRICAS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO
INMEDIATO - MEDIATO**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
35 a 40 años	192	85%
41 años a mas	34	15%
Total	226	100%

Gráfico N°1
DE EDADES DE LAS GESTANTES CON COMPLICACIONES
GINECO OBSTETRICAS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y
PUERPERIO INMEDIATO - MEDIATO

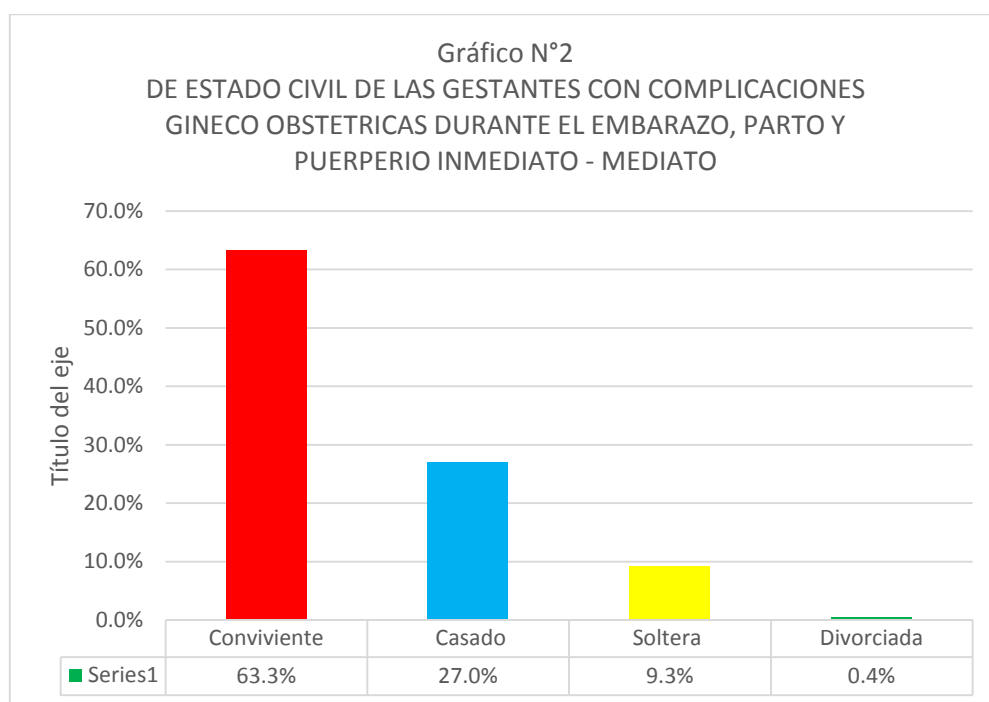


Fuente: Historia Clínicas de pacientes mayores de 35 años con complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Ginecoobstetricia de enero a diciembre del 2015.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con complicación gineco - obstétricas del Hospital Regional de Huacho, según la edad de 35 a 40 con un porcentaje de 85%; de 41 años a más con un porcentaje de 15%.

TABLA N° 2 DE ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES CON COMPLICACIONES GINECO OBSTETRICAS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO - MEDIATO

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Conviviente	143	63.3%
Casado	61	27.0%
Soltera	21	9.3%
Divorciada	1	0.4%
Total	226	100%

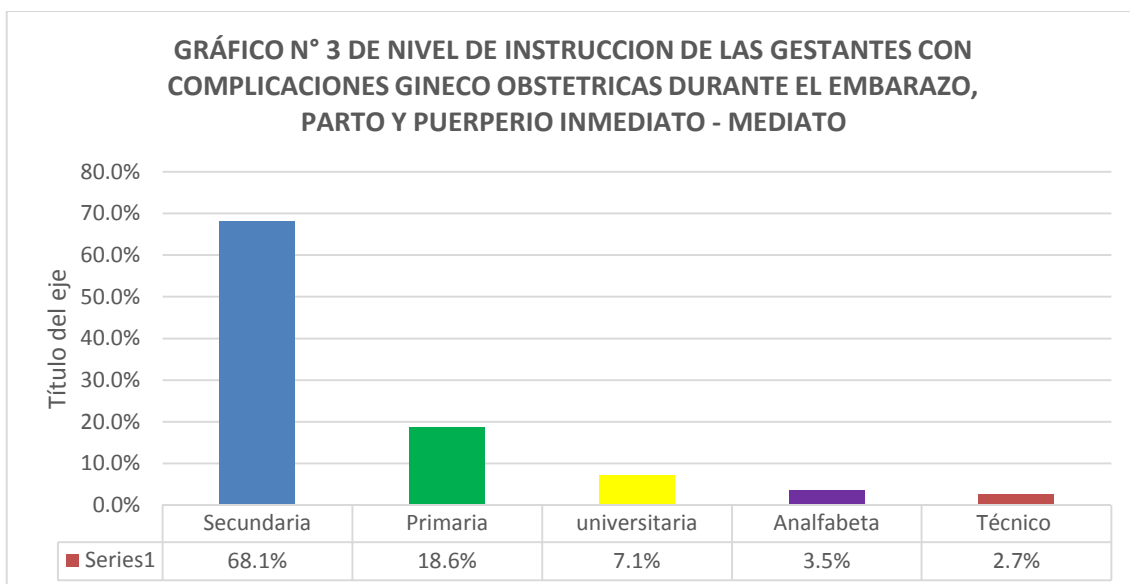


Fuente: Historia Clínicas de pacientes mayores de 35 años con complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Ginecoobstetricia de enero a diciembre del 2015.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con complicación gineco - obstétricas del Hospital Regional de Huacho, según estado civil son convivientes con un porcentaje 63.3%; siendo casadas son 27%; los solteras representando en un 9.3% y finalmente los divorciados siendo 0.4%.

TABLA Nº 3 DE NIVEL DE INSTRUCCION DE LAS GESTANTES CON COMPLICACIONES GINECO OBSTETRICAS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO - MEDIATO

Nivel de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria	154	68.1%
Primaria	42	18.6%
universitaria	16	7.1%
Analfabeta	8	3.5%
Técnico	6	2.7%
Total	226	100%

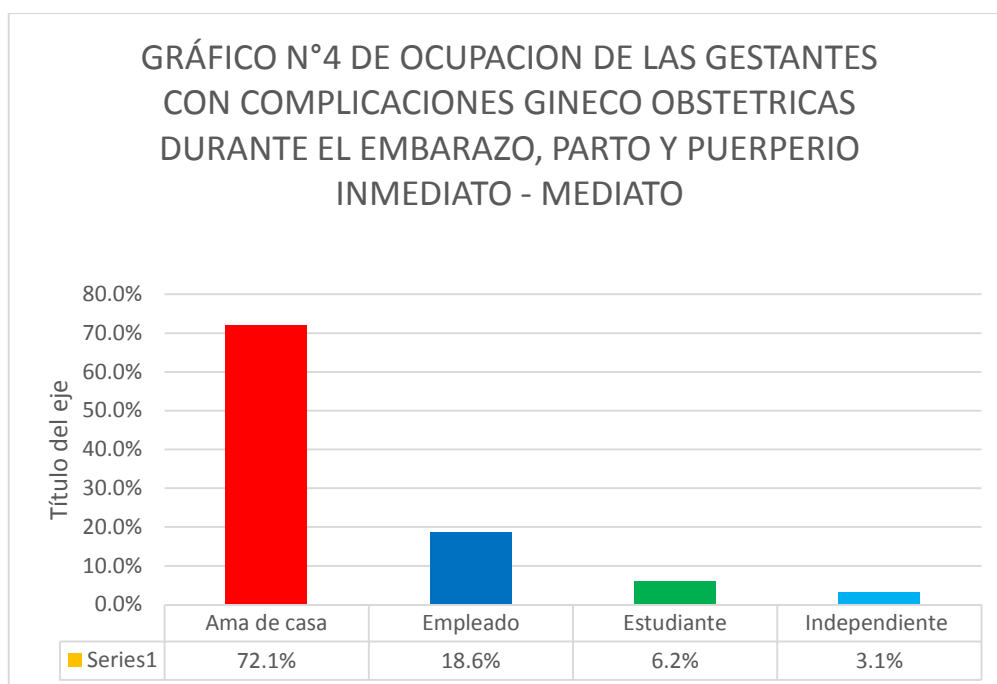


Fuente: Historia Clínicas de pacientes mayores de 35 años con complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Ginecoobstetricia de enero a diciembre del 2015.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con complicación gineco - obstétricas del Hospital Regional de Huacho, según su nivel de instrucción las secundaria con un porcentaje 68.1%; según el nivel primario representan un 18.6%; con el nivel universitario en un 7.1%, siendo analfabetas en un 3.5% y habiendo estudiado el nivel técnico en un 2.7%.

TABLA N° 4 DE OCUPACION DE LAS GESTANTES CON COMPLICACIONES GINECO OBSTETRICAS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO - MEDIATO

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	163	72.1%
Empleado	42	18.6%
Estudiante	14	6.2%
Independiente	7	3.1%
Total	226	100%

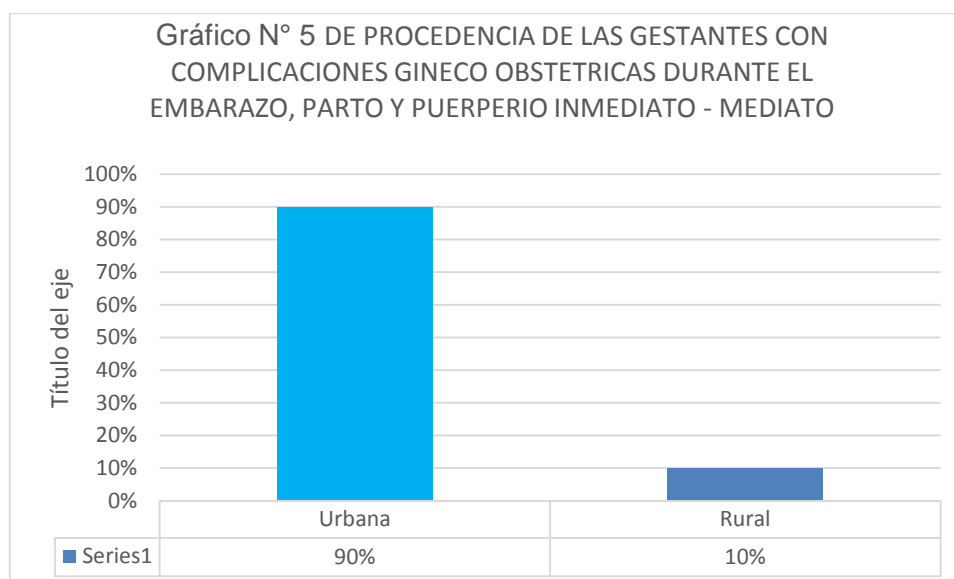


Fuente: Historia Clínicas de pacientes mayores de 35 años con complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Ginecoobstetricia de enero a diciembre del 2015.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con complicación gineco - obstétricas del Hospital Regional de Huacho, según son ama de casa con un porcentaje 72.1%; siendo empleadas representado en un 18.6%; seguidos de las que son estudiantes en un 6.2%; habiéndose encontrado en un 6% a las independiente.

TABLA N° 5 DE PROCEDENCIA DE LAS GESTANTES CON COMPLICACIONES GINECO OBSTETRICAS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO - MEDIATO

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	204	90%
Rural	22	10%
Total	226	100%

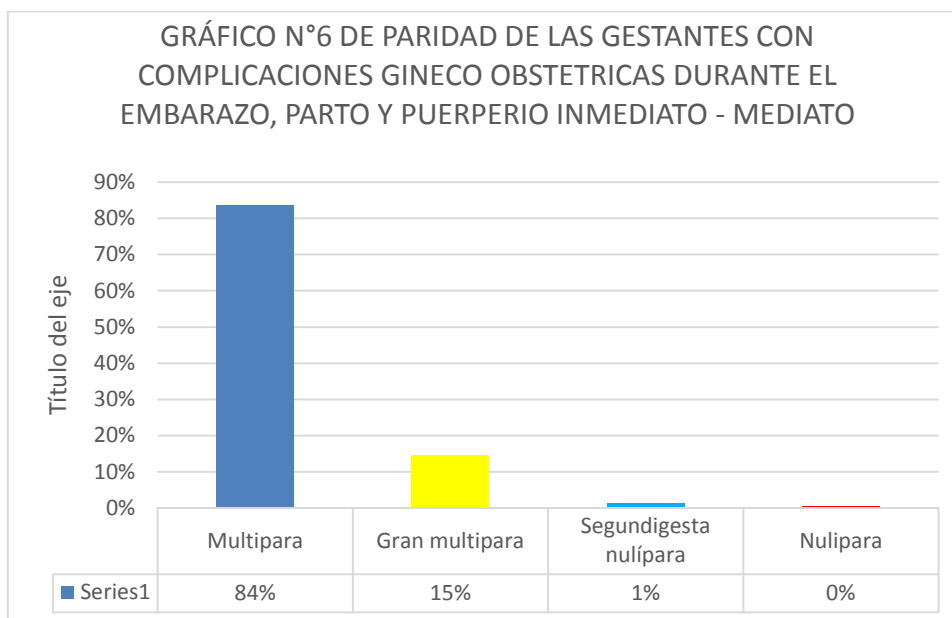


Fuente: Historia Clínicas de pacientes mayores de 35 años con complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Ginecoobstetricia de enero a diciembre del 2015.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con complicación gineco - obstétricas del Hospital Regional de Huacho, según procedencia son de zona urbana representado el mayor porcentaje en un 90%; siendo el área rural representado porcentaje en un 10%.

TABLA N° 6 DE PARIDAD DE LAS GESTANTES CON COMPLICACIONES GINECO OBSTETRICAS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO - MEDIATO

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Múltipara	189	84%
Gran múltipara	33	15%
Segundigesta nulípara	3	1%
Nulípara	1	0%
Total	226	100%

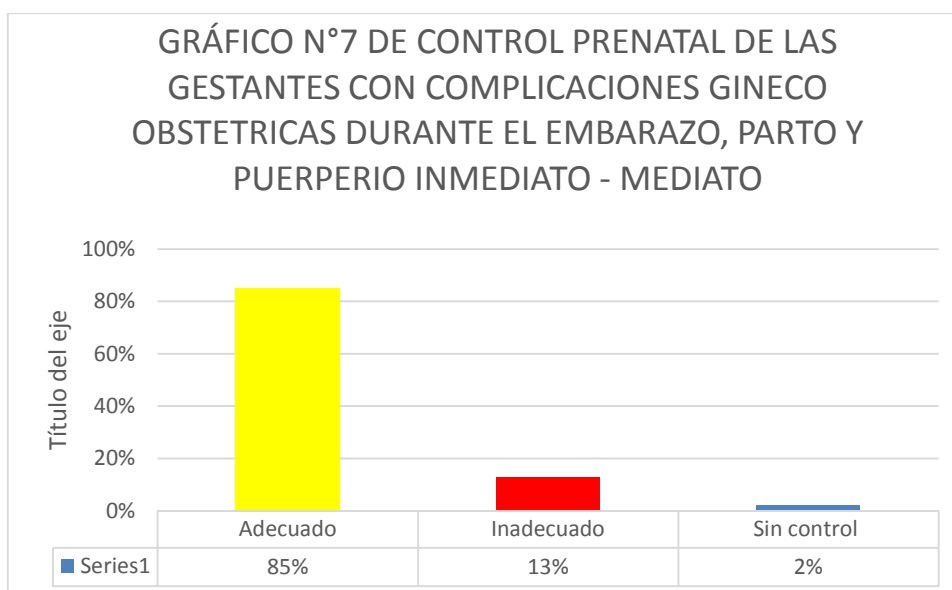


Fuente: Historia Clínicas de pacientes mayores de 35 años con complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Ginecoobstetricia de enero a diciembre del 2015.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con complicación gineco - obstétricas del Hospital Regional de Huacho, según paridad son múltiparas un 84%; siendo gran múltiparas un 15%, representado con un 1% las Segundigesta; siendo nulíparas con un 0%.

TABLA N° 7 DE CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES CON COMPLICACIONES GINECO OBSTETRICAS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO - MEDIATO

Control prenatal	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	192	85%
Inadecuado	29	13%
Sin control	5	2%
Total	226	100%

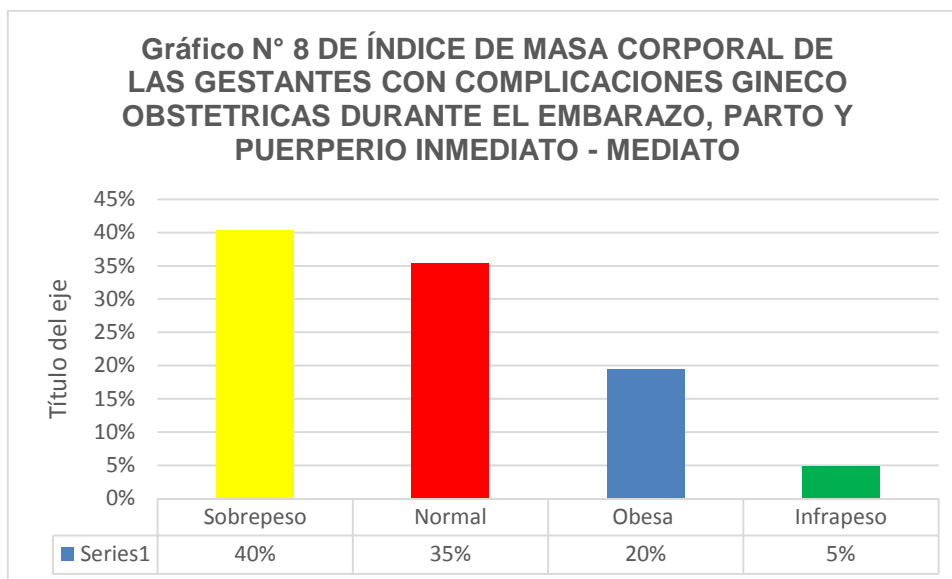


Fuente: Historia Clínicas de pacientes mayores de 35 años con complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Ginecoobstetricia de enero a diciembre del 2015.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con complicación gineco - obstétricas del Hospital Regional de Huacho, según control prenatal es adecuado cuando es controlado en un porcentaje de 85%; e inadecuado en un 13%, sin control en 2%

TABLA N° 8 DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE LAS GESTANTES CON COMPLICACIONES GINECO OBSTETRICAS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO - MEDIATO

Índice de masa corporal	Frecuencia	Porcentaje
Sobrepeso	91	40%
Normal	80	35%
Obesa	44	19%
Infrapeso	11	5%
Total	226	100%

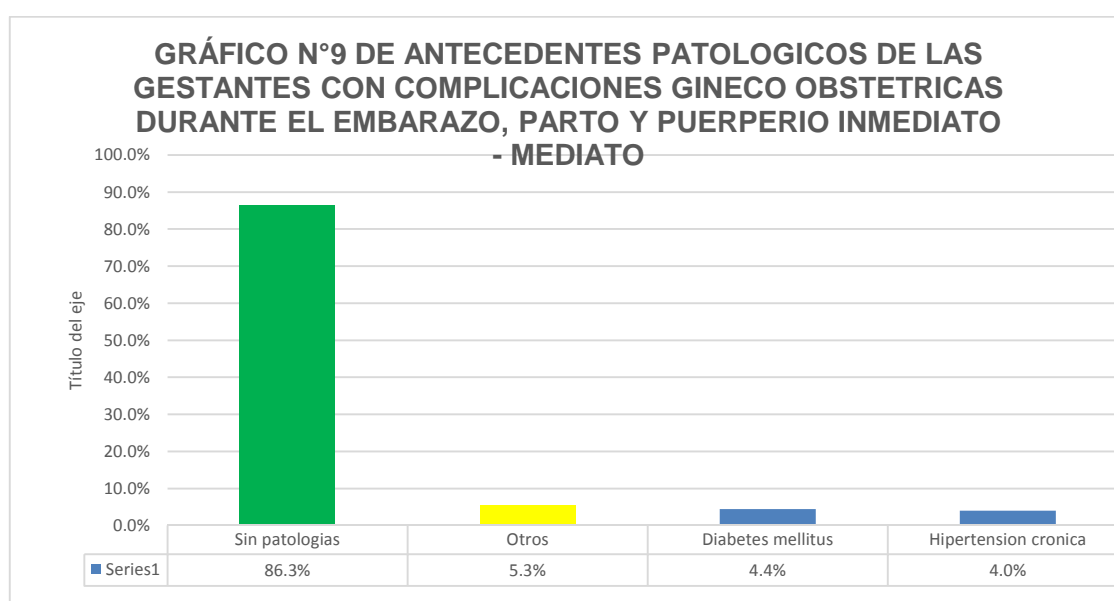


Fuente: Historia Clínicas de pacientes mayores de 35 años con complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Ginecoobstetricia de enero a diciembre del 2015.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con complicación gineco - obstétricas del Hospital Regional de Huacho, con mayor porcentaje con sobrepeso en un 40%, normal en un 35%, como también se observa a las obesas en un 20%, según Índice de masa corporal con infrapesó en un porcentaje de 5%;

TABLA N° 9 DE ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE LAS GESTANTES CON COMPLICACIONES GINECO OBSTETRICAS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO - MEDIATO

Antecedentes patológicos	Frecuencia	Porcentaje
Sin patologías	195	86.3%
Otros	12	5.3%
Diabetes mellitus	10	4.4%
Hipertensión crónica	9	4.0%
Total	226	100%

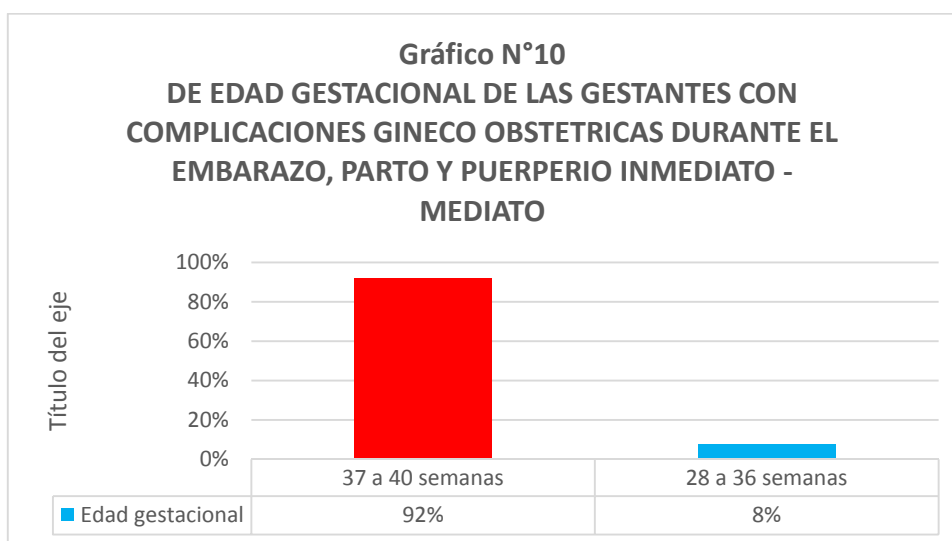


Fuente: Historia Clínicas de pacientes mayores de 35 años con complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Ginecoobstetricia de enero a diciembre del 2015.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con complicación gineco - obstétricas del Hospital Regional de Huacho, según Antecedentes patológicos de las usuarias se observa sin patologías 86%, otros 5%, la hipertensión crónica con un 4% y con diabetes mellitus en un porcentaje de 4%.

TABLA N° 10 DE EDAD GESTACIONAL DE LAS GESTANTES CON COMPLICACIONES GINECO OBSTETRICAS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO - MEDIATO

Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje
37 a 40 semanas	209	92%
28 a 36 semanas	17	8%
Total	226	100%

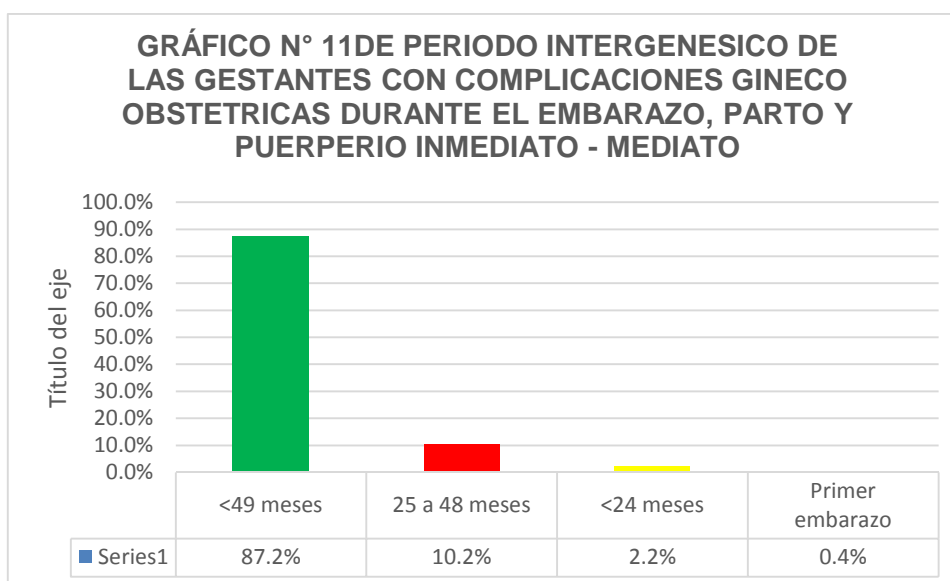


Fuente: Historia Clínicas de pacientes mayores de 35 años con complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Ginecoobstetricia de enero a diciembre del 2015.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con complicación gineco - obstétricas del Hospital Regional de Huacho, según edad gestacional de las usuarias se observa de 37 a 41 semanas con un mayor porcentaje en un 92%, de 28 a 36 semanas representando en un 8%.

TABLA N° 11 DE PERIODO INTERGENESICO DE LAS GESTANTES CON COMPLICACIONES GINECO OBSTETRICAS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO - MEDIATO

Periodo intergenésico	Frecuencia	Porcentaje
<49 meses	197	87.2%
25 a 48 meses	23	10.2%
<24 meses	5	2.2%
Primer embarazo	1	0.4%
Total	226	100.0%

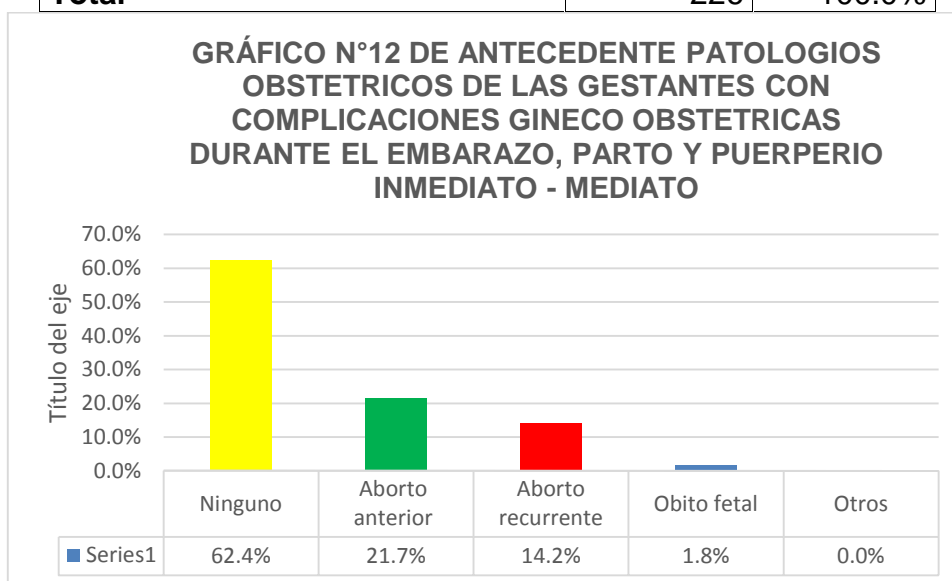


Fuente: Historia Clínicas de pacientes mayores de 35 años con complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Ginecoobstetricia de enero a diciembre del 2015.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con complicación gineco - obstétricas del Hospital Regional de Huacho, el mayor porcentaje en un 87,2%, lo comprendes las que tienen <49 meses de periodo intergenésico; según periodo intergenésico de las usuarias se encuentran; con 25 a 48 meses en un 10.20%; 24 meses representando en un 2.20%; siendo primer embarazo en un porcentaje de 0.4%.

TABLA N° 12 DE ANTECEDENTE PATOLOGIOS OBSTETRICOS DE LAS GESTANTES CON COMPLICACIONES GINECO OBSTETRICAS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO - MEDIATO

Antecedentes patológicos obstétricos	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	141	62.4%
Aborto anterior	49	21.7%
Aborto recurrente	32	14.2%
Óbito fetal	4	1.8%
Otros	0	0.0%
Total	226	100.0%



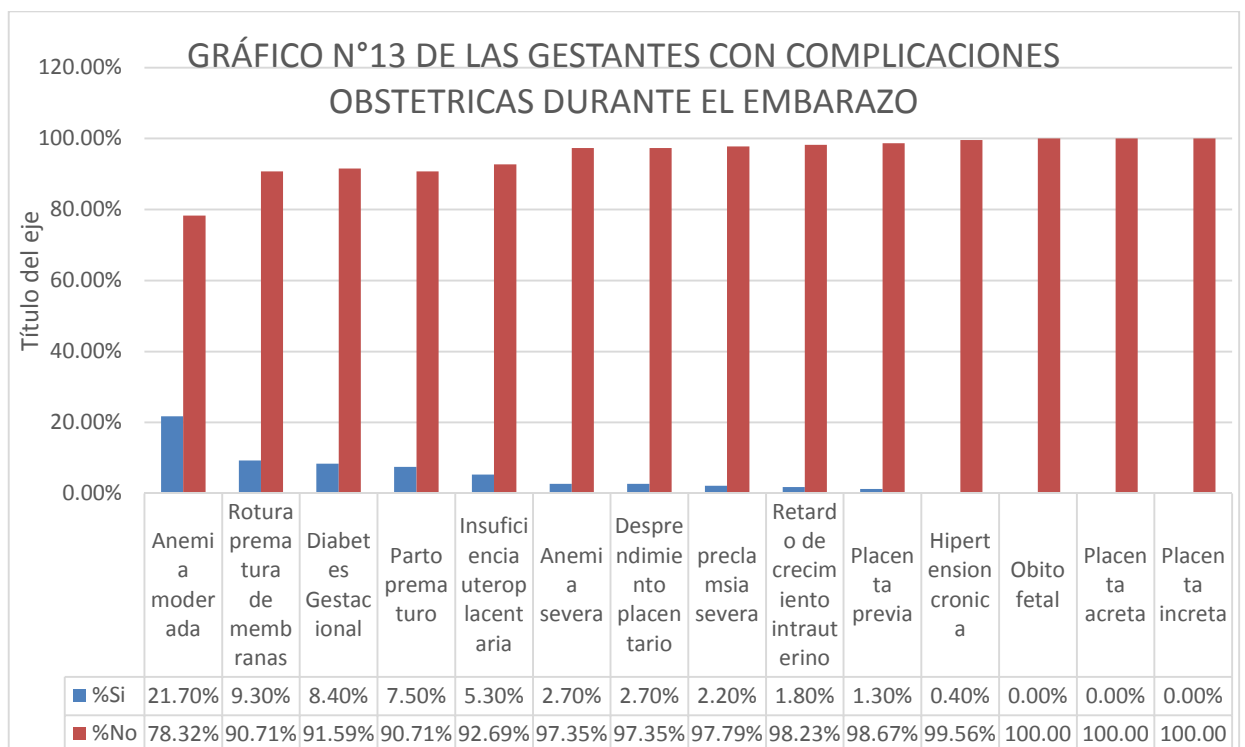
Fuente: Historia Clínicas de pacientes mayores de 35 años con complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Ginecoobstetricia de enero a diciembre del 2015.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con complicación gineco - obstétricas del Hospital Regional de Huacho, según antecedentes patológicos obstétricos se encuentran las usuarias no observándose ningún antecedente obstétrico en un 62.4%, que tuvieron un aborto anterior representando en un 21.7%; en aborto recurrente un 14.2%; óbito fetal representando en un 1.8% y no encontrándose otros antecedentes obstétricos 0%.

4.3. COMPLICACIONES GINECOLOGICOS DURANTE EL EMBARAZO

TABLA N° 13 DE LAS GESTANTES CON COMPLICACIONES OBSTETRICAS DURANTE EL EMBARAZO

COMPLICACIONES OBSTETRICAS DURANTE EL EMBARAZO	SI		NO		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Anemia moderada	49	21.7%	177	78.32%	226
Rotura prematura de membranas	21	9.3%	205	90.71%	226
Diabetes Gestacional	19	8.4%	207	91.59%	226
Parto prematuro	17	7.5%	209	92.48%	226
Insuficiencia útero placentaria	12	5.3%	214	94.69%	226
Anemia severa	6	2.7%	220	97.35%	226
Desprendimiento placentario	6	2.7%	220	97.35%	226
preclamsia severa	5	2.2%	221	97.79%	226
Retardo de crecimiento intrauterino	4	1.8%	222	98.23%	226
Placenta previa	3	1.3%	223	98.67%	226
Hipertensión crónica	1	0.4%	225	99.56%	226
Óbito fetal	0	0.0%	226	100.00%	226
Placenta acreta	0	0.0%	226	100.00%	226
Placenta increta	0	0.0%	226	100.00%	226

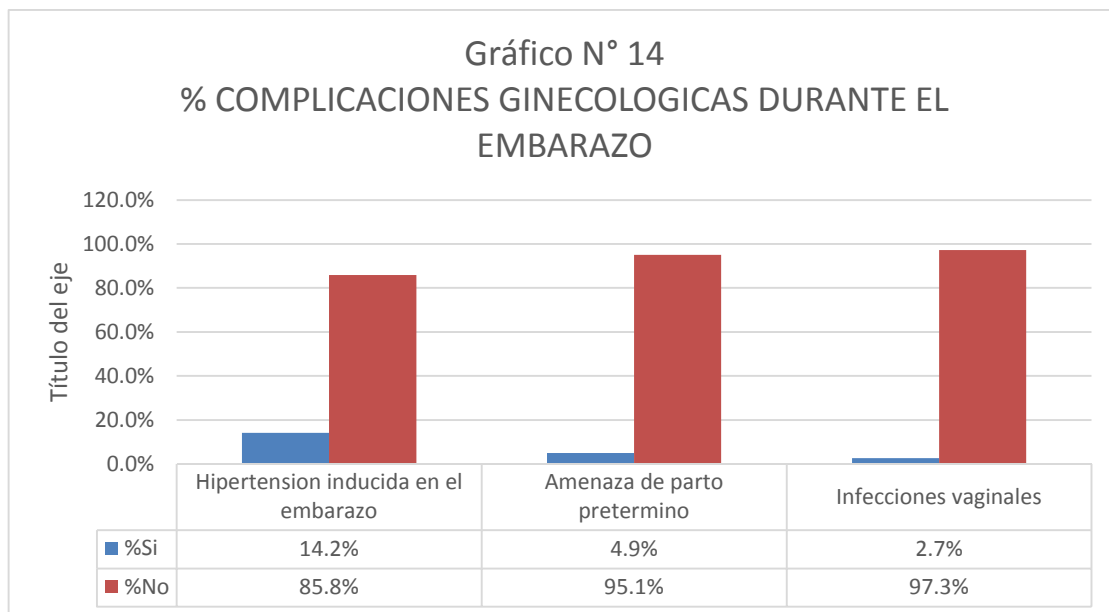


Fuente: Historia Clínicas de pacientes mayores de 35 años con complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Ginecoobstetricia de enero a diciembre del 2015.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con complicación gineco - obstétricas del Hospital Regional de Huacho, según las complicaciones obstétricas durante el embarazo; la anemia severa se representa en un 2.7%; la diabetes gestacional en un 8,4%; la Preclampsia severa en un 2.2%; con placenta previa representa un 1.3%; con desprendimiento placentario en un 2,7%, con retardo de crecimiento intrauterino representando en un 1.8%, observándose la rotura prematura de membrana en 9.3% siguiéndole así parto prematuro en un 7.5%, dando a observar la anemia moderada con un mayor porcentaje en un 21.7%; sin tener otras complicaciones como óbito fetal, placenta acreta e increta en un 0%.

TABLA N° 14 DE LAS GESTANTES CON COMPLICACIONES GINECOLOGICAS DURANTE EL EMBARAZO

COMPLICACIONES GINECOLOGICAS DURANTE EL EMBARAZO	SI		NO		TOTAL
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Hipertensión inducida en el embarazo	32	14.2%	194	85.8%	226
Amenaza de parto pre terminó	11	4.9%	215	95.1%	226
Infecciones vaginales	6	2.7%	220	97.3%	226



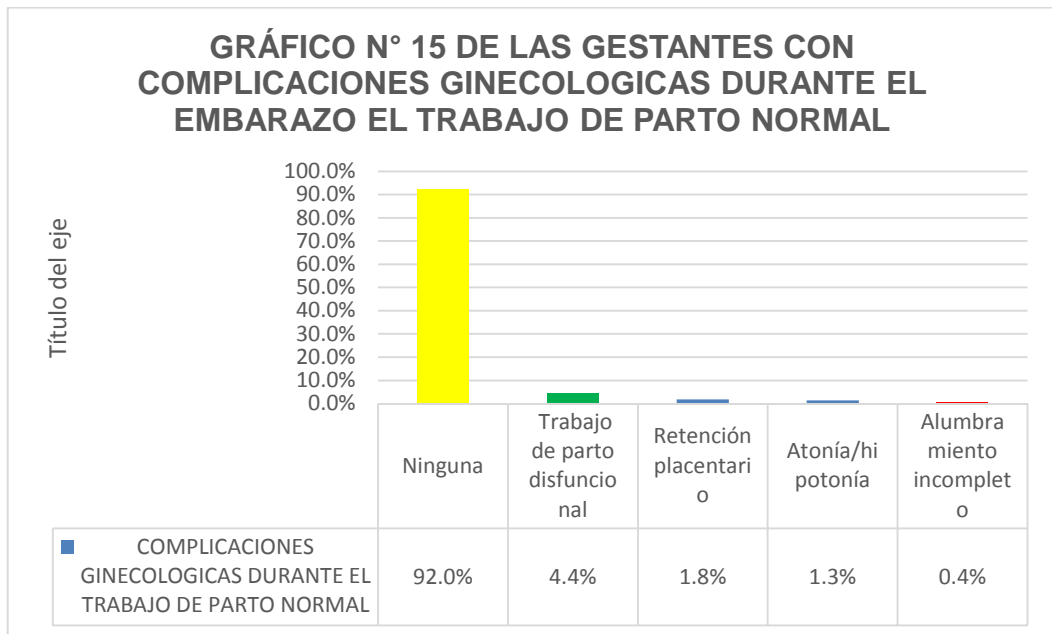
Fuente: Historia Clínicas de pacientes mayores de 35 años con complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Ginecoobstetricia de enero a diciembre del 2015.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con complicaciones ginecológicas del Hospital Regional de Huacho, según hipertensión inducida en el embarazo representando un 14.2%, amenaza de parto pre terminó representando un 4.9%, antecedente de quiste ovárico en un 4.9 %, infección de tracto urinario en un 2.2%; e infecciones vaginales representando un 2.7%.

4.5. COMPLICACIONES OBSTETRICAS DURANTE EL PERIODO DE PARTO Y PUERPERIO.

TABLA N° 15 DE LAS GESTANTES CON COMPLICACIONES GINECOLOGICAS DURANTE EL EMBARAZO EL TRABAJO DE PARTO NORMAL

COMPLICACIONES GINECOLOGICAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO NORMAL	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	208	92.0%
Trabajo de parto disfuncional	10	4.4%
Retención placentario	4	1.8%
Atonía/hipotonía	3	1.3%
Alumbramiento incompleto	1	0.4%
Total	226	100.0%

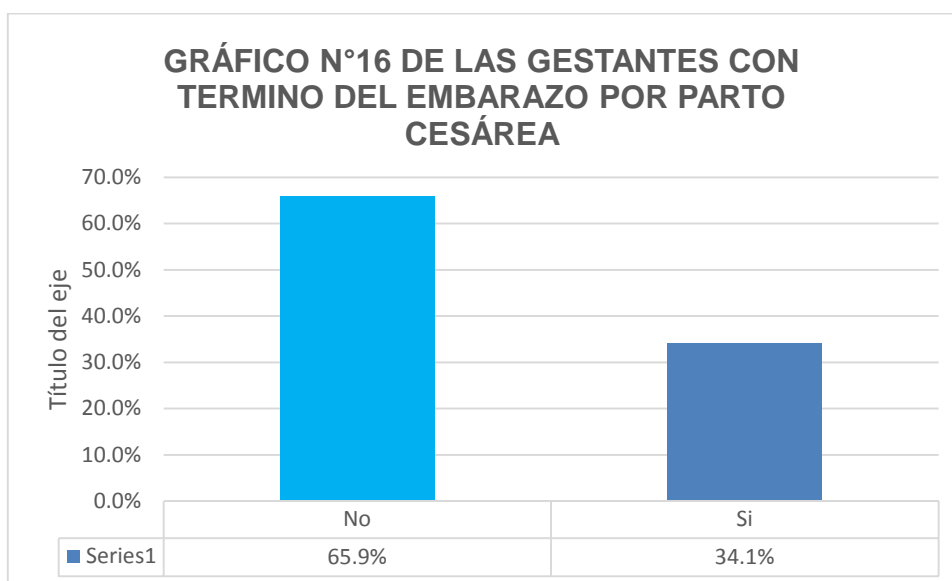


Fuente: Historia Clínicas de pacientes mayores de 35 años con complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Ginecoobstetricia de enero a diciembre del 2015.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con complicaciones ginecológicas del Hospital Regional de Huacho, según complicaciones ginecológicas durante el trabajo de parto normal; no obtuvieron complicaciones ginecológicas en un 92.04%; en cambio tuvieron trabajo de parto disfuncional en un 4.42%; según la retención placentaria se representa en un 1.77%; se tiene en cuenta en atonía uterina se representa en 1.33%; se observa en alumbramiento incompleto en un 0.42%.

TABLA N° 16 DE LAS GESTANTES CON TERMINO DEL EMBARAZO POR PARTO CESÁREA

Termino del embarazo por parto cesárea	Frecuencia	Porcentaje
No	149	65.9%
Si	77	34.1%
Total	226	100.0%

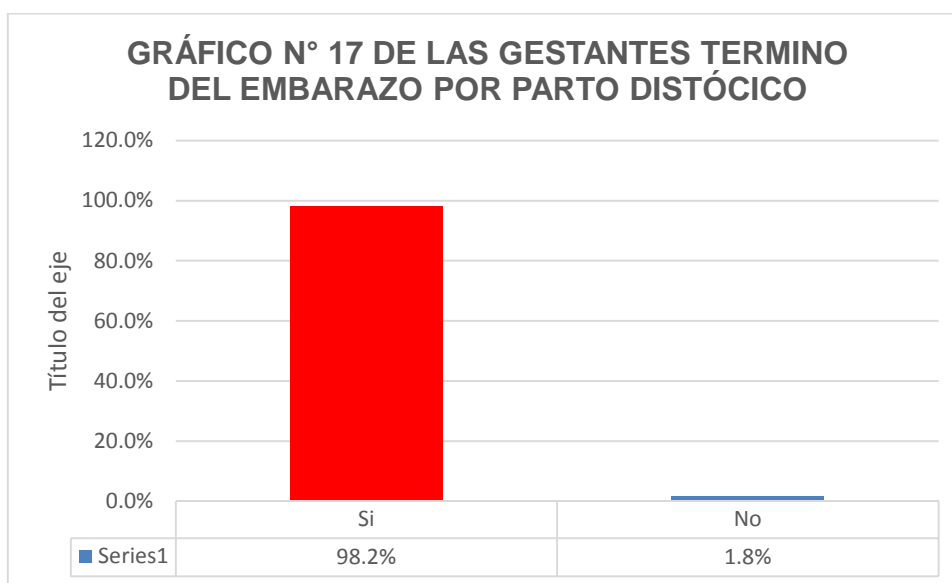


Fuente: Historia Clínicas de pacientes mayores de 35 años con complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Ginecoobstetricia de enero a diciembre del 2015.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con complicaciones gineco obstétricas del Hospital Regional de Huacho, en el ítem termino el embarazo por cesárea se observó que un 34.1%concluyo con el embarazo en esta el 69,9 % no concluyo.

TABLA N° 17 DE LAS GESTANTES TERMINO DEL EMBARAZO POR PARTO DISTÓCICO

Termino del embarazo por parto distócico	Frecuencia	Porcentaje
Si	222	98.2%
No	4	1.8%
Total	226	100.0%

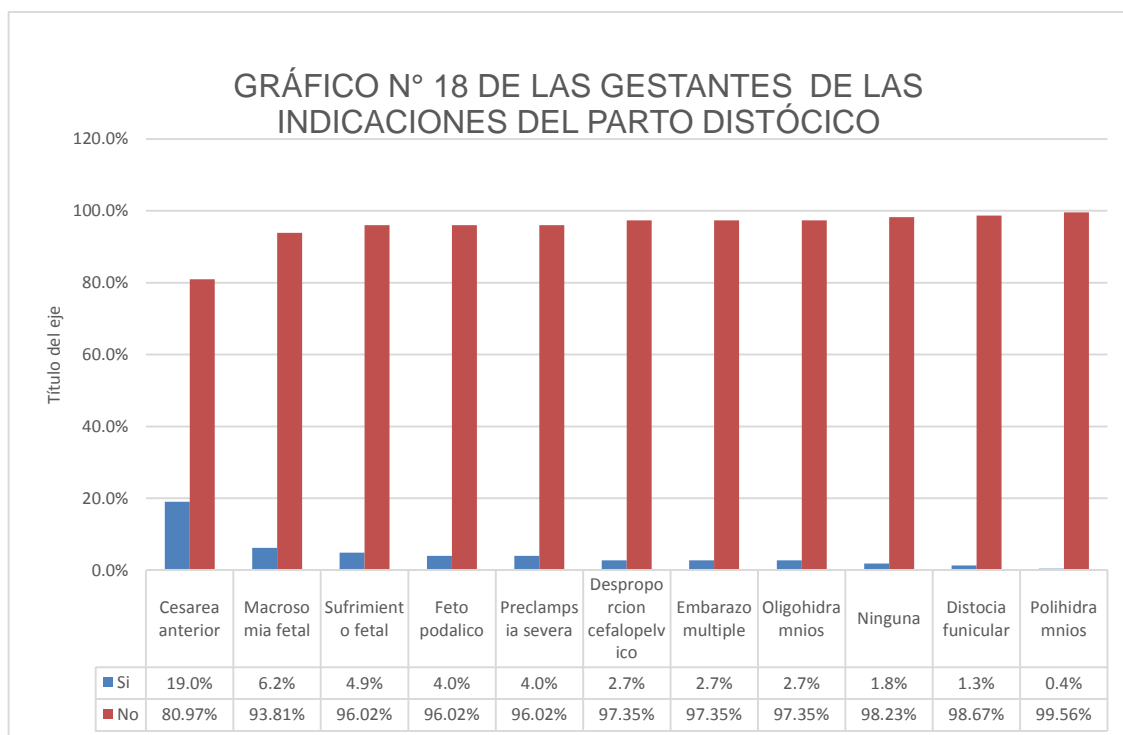


Fuente: Historia Clínicas de pacientes mayores de 35 años con complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Ginecoobstetricia de enero a diciembre del 2015.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con complicaciones gineco obstétricas del Hospital Regional de Huacho, en el ítem termino el embarazo como parto distócico representa en un 98.2%. y el 1,8% no.

TABLA N° 18 DE LAS GESTANTES DE LAS INDICACIONES DEL PARTO DISTÓCICO

Indicaciones del parto distócico	Si		No		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Cesárea anterior	43	19.0%	183	80.97%	226
Macrosomia fetal	14	6.2%	212	93.81%	226
Sufrimiento fetal	11	4.9%	215	95.13%	226
Feto podálico	9	4.0%	217	96.02%	226
Preclampsia severa	9	4.0%	217	96.02%	226
Desproporción cefalopelvico	6	2.7%	220	97.35%	226
Embarazo múltiple	6	2.7%	220	97.35%	226
Oligohidramnios	6	2.7%	220	97.35%	226
Ninguna	4	1.8%	222	98.23%	226
Distocia funicular	3	1.3%	223	98.67%	226
Polihidramnios	1	0.4%	225	99.56%	226

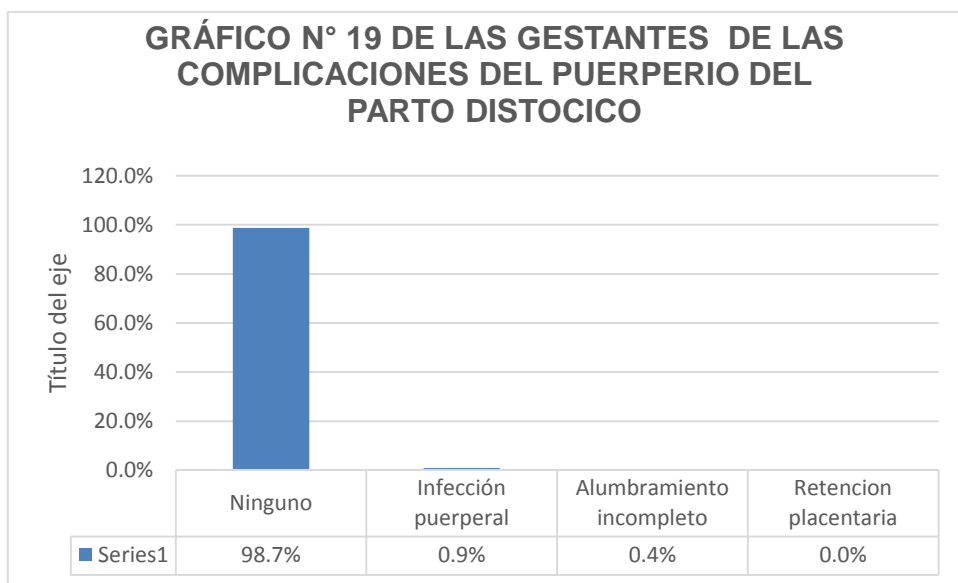


Fuente: Historia Clínicas de pacientes mayores de 35 años con complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Ginecoobstetricia de enero a diciembre del 2015.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con complicación gineco - obstétricas del Hospital Regional de Huacho, según las complicaciones obstétricas durante el embarazo; cesárea anterior positivo representa el 19% y negativo 80.97%; macrosomia fetal positivo 6,2% negativo 93,81%; sufrimiento fetal positivo 4,9% negativo 96,2%; feto podálico positivo 4,0% negativo 96,2%; Preclampsia severa positivo 4.0% negativo 97,35%; desproporción cefalopelvica positivo 2,7% negativo 97,35%; embarazo múltiple positivo 2,7% negativo 97,35%, Oligohidramnios positivo 2,7% negativo 97,35%, ninguna positivo 1,8% negativo 98,23%; distocia funicular positivo 1,3% negativo 98,67%; Polihidramnios positivo 0,4% negativo 99,56%.

TABLA N° 19 DE LAS GESTANTES DE LAS COMPLICACIONES DEL PUERPERIO DEL PARTO DISTOCICO

Complicaciones del puerperio del parto distócico	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	223	98.7%
Infección puerperal	2	0.9%
Alumbramiento incompleto	1	0.4%
Retención placentaria	0	0.0%
Total	226	100.0%

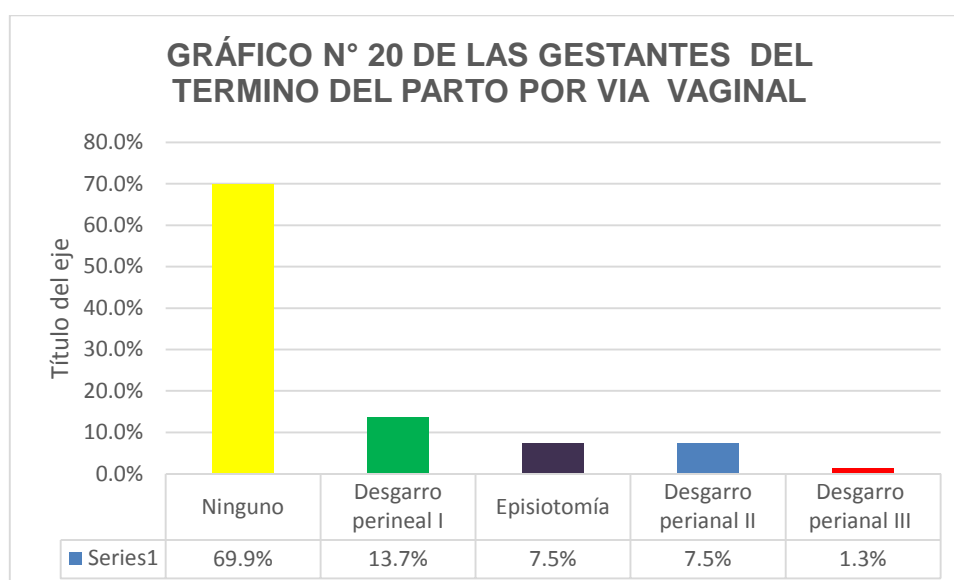


Fuente: Historia Clínicas de pacientes mayores de 35 años con complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Ginecoobstetricia de enero a diciembre del 2015.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con complicación gineco - obstétricas del Hospital Regional de Huacho, según el ítems si se encontró ninguno 98,7%; infección puerperal 0,9%; alumbramiento incompleto 0,4% y retención placentaria 0,0%

TABLA N° 20 DE LAS GESTANTES DEL TERMINO DEL PARTO POR VIA VAGINAL

Termino del parto por vía vaginal	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	158	69.9%
Desgarro perineal I	31	13.7%
Episiotomía	17	7.5%
Desgarro perianal II	17	7.5%
Desgarro perianal III	3	1.3%
Total	226	100.0%

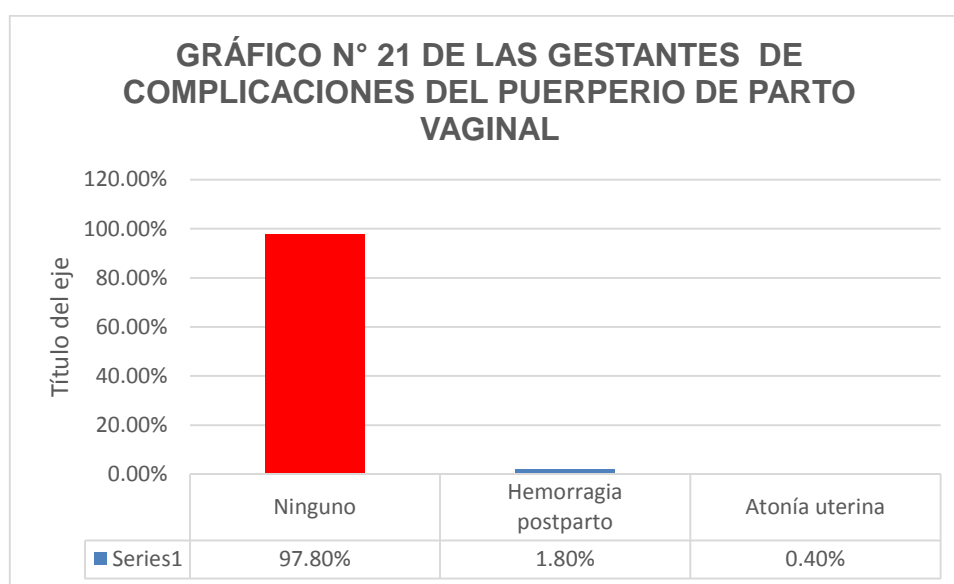


Fuente: Historia Clínicas de pacientes mayores de 35 años con complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Ginecoobstetricia de enero a diciembre del 2015.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en emergencia; ninguno 69,9%; desgarro perinatal I 13,7%; episiotomía 7,5%, desgarro perinatal II 7,5%; desgarro perianal III 1,3%.

TABLA N° 21 DE LAS GESTANTES DE COMPLICACIONES DEL PUERPERIO DE PARTO VAGINAL

Complicaciones del puerperio de parto vaginal	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	221	97.8%
Hemorragia postparto	4	1.8%
Atonía uterina	1	0.4%
Total	226	100.0%



Fuente: Historia Clínicas de pacientes mayores de 35 años con complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio atendidas en el Hospital Regional de Huacho en el área de emergencia de Ginecoobstetricia de enero a diciembre del 2015.

Análisis: Se observa a las pacientes atendidas con complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en emergencia; ninguno 97,80%; hemorragia postparto 1,80% y atonía uterina 0,40%.

4.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

1. Según la edad de 35 a 40 representa en su gran mayoría de usuarias (85%) a diferencia de la investigación de Pérez las gestantes de mayor

edad representaron en menor cantidad (15.9%), sin embargo el estudio de Fernández trabajo solo con gestantes añosas (100%).

2. En el estado civil su mayor porcentaje son convivientes (63%), se observa de igual manera en la investigación de Fernández que en su mayoría son de unión estable (83.22%).
3. Siendo el nivel de instrucción con el mayor porcentaje siendo el nivel secundario (68%), también se observa a la investigación de Fernández donde la mayoría de sus pacientes han estudiado educación secundaria (89.48%).
4. En ocupación siendo amas de casa representada el mayor porcentaje en un 72%; a semejanza de la investigación Morocho sus usuarias en su mayor porcentaje son ama de casa (75,7%).
5. Según procedencia son de zona urbana representando el mayor porcentaje en un 90%, a diferencia de la investigación de Morocho se observa que el mayor porcentaje es en la zona rural (79%).
6. Según paridad en las gestantes es de multíparas dando a representar en mayor porcentaje (83.6%); a diferencia de la investigación de Pérez las gestantes nulíparas son de edad materno avanzada en un 47%.
7. Según control prenatal es adecuado cuando es controlado por lo cual su mayor porcentaje es de 85%; en la investigación de Gamarra se observó mayor a 6 controles en un 73.6%.

8. Siendo el Índice de masa corporal con sobrepeso representando en un mayor porcentaje (40.3%), a semejanza de la investigación de García en las que predominaron además el sobrepeso (42,86 %).
9. Entre los antecedentes patológicos de las usuarias se observa a la hipertensión crónica en un 4%; con diabetes mellitus en un porcentaje de 4.40%; a diferencia de la investigación de Pérez se observó la diabetes mellitus representando un 6.2%.
10. Según edad gestacional se observan de 37 a 40 semanas con un mayor porcentaje en un 92.5%; sin embargo se observa la diferencia en la investigación Pérez, amenaza de parto prematuro 3.9%.
11. Según periodo intergenésico de las usuarias se encuentran; el mayor porcentaje en un 49% lo comprenden las que tienen <49 meses de periodo intergenésico; a diferencia de la investigación de Amórtegui se observó de 25 a 48 meses el periodo intergenésico con mayor frecuencia (43.4%).
12. Según antecedentes patológicos obstétricos se encuentran las usuarias que tuvieron un aborto anterior representando en un 21.7%; no se mencionaron estudios sobre este factor a pesar de que es un factor de riesgo importante.
13. La anemia moderada se representa en un 21.7%; a diferencia de la investigación Fernández Anemias Crónicas de tipo Ferropénica con 3,26%; como también se observa la anemia en la investigación de Morocho en un 1.8%.

14. Observándose la rotura prematura de membrana en 9.3%, a semejanza de la investigación de Fernández se observa la rotura prematura de membrana en un 13.11%.
15. Según hipertensión inducida en el embarazo representando un 14.2%, a diferencia de la investigación de García la hipertensión inducida en el embarazo tiene el mayor porcentaje (42,86%).
16. Amenaza de parto pre término es representado en un 4.9%, a diferencia de la investigación de Fernández se representa en un 3.09%
17. Terminó el embarazo por cesárea se observó que un 34.1% concluyo en esta, a diferencia de la investigación de Morocho que en su mayor porcentaje concluyo en cesárea.
18. Según las complicaciones obstétricas durante el embarazo con Oligohidramnios representan un 2.7%; a diferencia de la investigación de Fernández en su mayor porcentaje es de 4.6%.
19. Según las complicaciones en el puerperio; el ítems de retención placentaria se encontró en un 0%, en alumbramiento incompleto representa en un 0.4%, en infección puerperal se representa en un 0.9%, a diferencia de la investigación de Parodi no se encuentra la fiebre puerperal o complicación en el puerperio.
20. Según el termino del parto vaginal encontramos los ítems; de episiotomía se encontró en un 7.5%, en Desgarro perineal I representa en un 13.7%, en desgarro perineal II se representa en un 7.5%, siendo

desgarro perianal III en un 1.3; no se mencionaron estudios sobre este factor a pesar de que es un factor de riesgo importante.

21. Según la complicación en el puerperio encontramos la hemorragia post parto se encontró en un 1.8%, a semejanza de la investigación de Parodi a hemorragia intraparto (0.4%)

22. La atonía uterina se representa en un 0.4%, a diferencia de la investigación de Fernández se encontró en 1.09%

CONCLUSIONES

- Las complicaciones obstétricas durante el embarazo se puede observar a la anemia moderada que se representa en un 21.7% dando a conocer a la vez que esta inicia en el segundo trimestre del actual embarazo; observándose también a la rotura prematura de membrana en 9.3%, la hipertensión inducida en el embarazo representando un 14.2% siendo solo pacientes en edad materna avanzada en las que se encuentran las presentes complicaciones más recurrentes que podemos observar.
- Las complicaciones ginecológicas durante el embarazo se pueden observar las más frecuentes la amenaza de parto pre término que se representa en un 4.9%, como también infecciones de tracto urinario se observan en un 2.7%; siendo solo pacientes en edad materna avanzada en las que se encuentran las presentes complicaciones ginecológicas más recurrentes que podemos observar.
- Dentro de las complicaciones obstétricas durante el parto y puerperio se dio a conocer la hemorragia post parto la cual se encontró en un 1.8% es una de las más importantes; también se ha observado el desgarro perineal I que se representa en un 13.7% pero es una complicación menor.
- Las complicaciones ginecológicas durante el parto y puerperio se presentan en alumbramiento incompleto en un 0.4% e infección puerperal representado en un 0.9%; siendo solo pacientes en edad materna avanzada en que se realizó el presente estudio.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda la organización de un programa para la educación a las embarazadas en edad materna avanzada que dé prioridad al reconocimiento de la importancia del control prenatal y los factores desfavorables que conlleva el embarazo en mujeres de 35 años y más.
2. Promover la capacitación temprana y consejería pre concepcional a las usuarias que asisten al servicio de Ginecología en embarazadas en edad materna avanzada, y así minimizar posibles riesgos que se puedan presentar en este tipo de pacientes.
3. Se recomienda mejorar la realización de controles prenatales con calidez y calidad, de manera especial en las embarazadas en edad materna avanzada que permitan minimizar los resultados obstétricos desfavorables.
4. Se recomienda la realización de exámenes en el primer control para luego corregir la anemia presente en las gestantes de edad materna avanzada, recibiendo suplemento y una alimentación saludable que aporte hierro desde el primer trimestre de embarazo.
5. Es recomendable que en futuros estudios se debería analizar con seguimiento a las puérperas en su primer período para así poder determinar variables de estudios como son complicaciones que se presenten en el puerperio y que en nuestro estudio no se realizó.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Ataulla I.** The older obstetric patient. *Current Obstet Gynaecol.* 2005;15:4653.
2. **Smith Y, et al.** Obstetric outcome of elderly low-risk nulliparae. *Int J Gynecol Obstet.* 1998;63:7-14
3. **Puffer R .**La planificación familiar y la mortalidad materna e Infantil en los EUA 003; 115(5): 389 - 404.
4. **Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).** Estado de la Población Peruana 2014. ([http://www.inei.gob.pe/ media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/ Est/Lib1157/libro.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1157/libro.pdf))
5. **Peña E, Martínez M.** Principales complicaciones obstétricas en un hospital general con servicio de obstetricia, distrito nacional, 2005. *Ciencia y Sociedad* 2010; 35(1): 87-101.
6. **Giménez Oscar.** Maternidad segura, un problema de justicia social. *Día Mundial de la Salud.* OMS. Jano 1998; 54 (1250):3-9.
7. **Bullough CH, Graham W.** Clinical audit – learning from systematic case reviews assessed against specific criteria. In: *Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer* 2004.
8. **World Health Organization. Mother–Baby Package:** Implementing Safe Motherhood in Countries. Geneva: WHO/FHE/MSM, 1994.

9. **Sánchez García M, Muñoz Silva A.** Influencia de padres y amigos sobre la actitud hacia la conducta sexual de prevención en la adolescencia. Un análisis función de género. *Rev. Latinoamericana de Psicología* 2005: 37 (1)
10. **Hospital Regional de Huacho.** Servicio de gineco-obstetricia. Estadística del Hospital regional Huaura Oyon – S.B.S.
11. **Donoso E., Carvajal J. A., Vera C., Poblete J. A. (2014).** *La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Pag. 45-72*
12. **García Alonso I., Alemán Mederos M.M. (2013)** Riesgos del embarazo en la edad avanzada. Pag. 23 - 31
13. **Heras Pérez B., Gobernado Tejedor J., Mora Cepeda P., Almaraz Gómez A. (2011).** La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. Pag. 26- 34
14. **Álvarez Toste M.; Hinojosa Álvarez M. C. et. al. (2011).** Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. Pag. 12- 34
15. **Fernández Rodríguez, José Eduardo Elías.** Complicaciones obstétricas en las gestantes añosas atendidas en el Hospital “María Auxiliadora” en el período de enero a diciembre del 2014. Lima. 2016. Pag. 4-37
16. **Olortegui Ramos, Lilibeth Feba.** Factores asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas en el instituto nacional materno perinatal, enero – junio 2013. Lima. 2014. Pag. 25-35

17. **Jordan Jeffrey Parodi Quito.** Complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en gestantes con anemia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, año 2015. Lima. 2016. Pag. 22 -32.
18. **Lemor, A. (2014).** Relación entre la edad materna avanzada y la morbilidad neonatal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Enero -Octubre del 2012. Pag. 25 -34
19. **Morocho, Narvaez y Rodas. (2015).** Prevalencia de complicaciones durante el tercer trimestre de embarazo y en el parto en madres adolescentes y madres adultas atendidas en el Hospital Básico Paute, Ecuador. Periodo 2012-2013 Pág. 20 - 36
20. **Ticona R. M., Huanco A. D. (2011)** Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Pag. 24- 45.
21. **BENSON PERNOLL.** Manual De Obstetricia Y Ginecología. México DF: McGraw-Hill Interamericana 2012; 10: 211-217.
22. **Buttler N.R. y Bonham D.G.:** "Perinatal Mortality: The First Report of the 1958. British Perinatal Mortality Survey. Edimburgo, Livingston, 1963.
23. **Carrera J. M., Mallafré J., Serra B.** Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus. Cuarta edición. Masson, España. 2006.
24. **Díaz, A., Sanhueza P. R, Yaksic S. B.** Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. V.67 n.6 Santiago 2002.

25. **Lombardía J., Fernández M.** Ginecología y Obstetricia. Manual de consulta rápida. Segunda edición. Editorial medica panamericana. Madrid, setiembre 2009.
26. **Vicente J.,** Grados funcionales de Cardiopatías. Unidad médica. Equipo Valoración de Incapacidades Guipúzcoa.
27. **Domínguez L., Vigil-De Gracia P.** El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. Servicio de Ginecología. Complejo Hospitalario de la Caja del Seguro Social de Panamá. Ciudad de Panama Panamá. Vol. 32. Núm. 03. Mayo 2005.
28. **Diamond LK, Blackfan KD, Batty JM.** Erythroblastosis fetalis and its association with universal edema of the fetus, icterus gravis neonatorum and anemia of the newborn. J Pediatr 1932; 1: 512.
29. **Arenas Gamboa J., Navarro Milanés A.** EMBARAZO PROLONGADO. Obstetricia integral Siglo XXI. Tomo I y II.
30. **Voto L. S.** Consenso de diabetes: Recopilación, actualización y recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes gestacional. FASGO, Septiembre de 2012.
31. **Christina C, Pickinpaugh J.** Physiologic Changes in Pregnancy. Surg Clin N Am.2008; 88(2):391–401.
32. **Frenk Mora J. et. al.** Prevención, diagnóstico y manejo de la Preeclampsia y Eclampsia: Lineamientos técnicos. Tercera edición. Secretaria de Salud, Mexico D. F., 2002.

33. **De la Fuente P.** Insuficiencia cervical. Ponencia obstétrica: pérdidas embriofetales de repetición. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.
34. **Smith Y, et al.** Obstetric outcome of elderly low-risk nulliparae. Int J Gynecol Obstet. 1998; 63:7-14.
35. **Díaz, A., Sanhueza P. R, Yaksic S. B.** Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. V.67 n.6 Santiago 2002.
36. **Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar,** METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION. 5ta edición. México. 2010. Pág. 76-194

ANEXO N°1. MATRIZ DE CONSISTENCIA
“COMPLICACIONES GINECO-OBSTETRICAS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO MEDIATO EN GESTANTES MAYORES DE 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO,2015”

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES	METODOLOGIA
<p>¿Cuáles son las complicaciones gineco-obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio inmediato y mediato en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2015?</p> <p>Problemas secundarios</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las complicaciones gineco-obstétricas durante el embarazo en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2015? • ¿Cuáles son las complicaciones 	<p>Identificar las complicaciones gineco-obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio inmediato y mediato en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2015</p> <p>Objetivos secundarios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las complicaciones gineco-obstétricas durante el embarazo en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital 	<p><u>Hipótesis general</u> Por ser un trabajo descriptivo no necesita hipótesis</p>	<p>(VARIABLE X)</p> <p>Complicaciones gineco-obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio inmediato y mediato en gestantes mayores de 35 años</p>		<p>Datos generales:</p> <p>Edad</p> <ul style="list-style-type: none"> • 35 a 40 años • 41 años a mas <p>Estado Civil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casado • Conviviente • Divorciada <p>Nivel de instrucción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Técnico • universitaria <p>Ocupación</p> <p>Independiente Ama de casa Empleado Estudiante</p> <p>Procedencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rural • Urbano 	<p>Población : Estuvo conformada por 350 gestantes mayores de 35 años que fueron atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Regional de Huacho durante el mes de enero a diciembre del 2015.</p> <p>Muestra: La población estuvo conformada por 226 gestantes mayores de 35 años de edad con complicaciones gineco-obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión</p> <p>Tipo de Investigación: No experimental transversal, descriptivo</p>

<p>gineco-obstétricas durante el parto y puerperio inmediato y mediano en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2015?</p>	<p>Regional de Huacho, 2015.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las complicaciones gineco-obstétricas durante el parto y puerperio inmediato y mediano en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital Regional de Huacho, 2015. 				<p>Paridad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nulípara • Multípara • Gran Multípara <p>Control Prenatal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adecuado 2. Inadecuado <p>Índice de masa corporal</p> <ol style="list-style-type: none"> A. Infrapeso B. Normal C. Sobrepeso D. Obesa <p>Antecedentes patológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión crónica • Diabetes mellitus • Miomas • Otros <p>Edad gestacional (semanas):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 28 a 36 semanas • 37 a 40 semanas <p>Periodo intergenesico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <24 meses • 25 a 48 meses • >49 meses <p>Cesárea previa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	<p>Método de investigación</p> <p>Cualitativo</p> <p>Diseño:</p> <p>No experimental descriptivo.</p> <p>Estadístico de prueba:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SPSS <p>Instrumentos:</p> <p>Ficha de recolección de datos</p>
---	--	--	--	--	---	---

				<p>Variable x1 Complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo</p>	<p>Antecedentes patológicos obstétricos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aborto anterior • Aborto recurrente • Óbito fetal <ul style="list-style-type: none"> • Anemia severa • Diabetes gestacional • Hipertensa crónica • Preeclampsia severa • Placenta previa • Desprendimiento placentario • Retardo de crecimiento intrauterino • Óbito fetal • Rotura prematura de membranas • Parto pre término • Insuficiencia placentaria • Placenta acreta • Placenta increta • Anemia moderada <ul style="list-style-type: none"> • Infecciones Vaginales 	
--	--	--	--	---	---	--

				<p>Variable x2 Complicaciones ginecológicas durante el parto y puerperio inmediato - mediato</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión inducida por el embarazo • Amenaza de parto pre término <p>Complicaciones durante el trabajo de parto normal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo de parto disfuncional • Retención placentario • Alumbramiento incompleto • Atonía/hipotonía <p>Indicaciones del parto distócico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cesárea anterior • Desproporción cefalopelvica • Embarazo múltiple • Sufrimiento fetal • Feto podálico • Macrostomia fetal • Preeclampsia severa • Oligoamnios • Polihidramnios • Distocia funicular <p>Complicaciones del puerperio</p>	
--	--	--	--	---	---	--

					<ul style="list-style-type: none"> • Retención placentaria • Alumbramiento incompleto <p>Termino del embarazo en parto eutócico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>Termino del parto eutócico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Episiotomía • Desgarro perineal I • Desgarro perianal II • Desgarro perianal III <p>Complicaciones del puerperio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia postparto • Atonía uterina • Retención de restos placentarios 	
--	--	--	--	--	---	--



ANEXO Nº 2 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“COMPLICACIONES GINECO-OBSTETRICAS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO MEDIATO EN GESTANTES MAYORES DE 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO,2015”

Se le solicita brindar datos para la realización del proyecto que tiene como finalidad encontrar las complicaciones Gineco-obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio del Hospital Regional de Huacho los datos brindados serán utilizados de forma estrictamente confidencial.

FECHA:

HC:

- **Datos generales:**

1. Edad

- 35 a 40 años ()
- 41 años a mas ()

2. Estado Civil

- Soltera ()
- Casado ()
- Conviviente ()
- Divorciada ()

3. Nivel de instrucción

- Analfabeta ()
- Primaria ()
- Secundaria ()
- Técnico ()
- Universitaria ()

4. Ocupación

- Independiente ()
- Ama de casa ()
- Empleado ()
- Estudiante ()

5. Procedencia

- Rural ()
- Urbano ()

6. Paridad

- Nulípara ()
- Multipara ()
- Gran Multipara ()

7. Control Prenatal

- Adecuado ()
- Inadecuado ()
- Sin control prenatal()

8. Índice de masa corporal:

- a. Infrapeso
- b. Normal
- c. Sobrepeso
- d. Obesa

9. Antecedentes patológicos:

- Hipertensión crónica ()
- Diabetes mellitus ()
- Miomas ()
- Otros ()
- Sin patologías ()
- Apendiceptomia ()

10. Edad gestacional (semanas):

- 28 a 36 semanas ()
- 37 a 40 semanas ()

11. Periodo intergenesico:

- <24 meses ()
- 25 a 48 meses ()
- >49 meses ()
- Primer embarazo

12. Antecedentes patológicos obstétricos

- Aborto anterior ()
- Aborto recurrente ()
- Óbito fetal ()
- Otros ()
- Ninguno ()

• COMPLICACIONES GINECO OBSTETRICAS DURANTE EL EMBARAZO

COMPLICACIONES GINECOLOGICAS DURANTE EL EMBARAZO		SI	NO
1	Anemia severa		
2	Diabetes Gestacional		
3	Hipertensión crónica		
4	preclamsia severa		
5	Placenta previa		
6	Desprendimiento placentario		
7	Retardo de crecimiento intrauterino		
8	Óbito fetal		
9	Rotura prematura de membranas		
10	Parto prematuro		
11	Insuficiencia útero placentaria		
12	Placenta acreta		
13	Placenta increta		
14	Anemia moderada		

COMPLICACIONES OBSTETRICAS DURANTE EL EMBARAZO		Si	No
1	Hipertensión inducida en el embarazo		
2	Amenaza de parto pre término		
3	Infecciones vaginales		

• COMPLICACIONES GINECO OBSTETRICAS DURANTE EL PERIODO DE PARTO Y PUERPERIO MEDIATO E INMEDIATO.

1. Complicaciones durante el trabajo de parto normal

- Trabajo de parto disfuncional ()
- Retención placentario ()
- Alumbramiento incompleto ()
- Atonía/hipotonía ()
- Ninguna ()

2. Terminó del embarazo por cesárea.

- Si ()
- No ()

3. Indicaciones del parto distócico

		Si	No
1	Cesárea anterior		
2	Desproporción cefalopelvica		
3	Embarazo múltiple		
4	Sufrimiento fetal		
5	Feto podálico		
6	Macrostomia fetal		
7	Preclampsia severa		
8	Oligohidramnios		
9	Polihidramnios		
10	Distocia funicular		

4. Complicaciones del puerperio

- Retención placentaria ()
- Alumbramiento incompleto ()
- Infección puerperal ()
- Ninguno ()

5. Termino del parto eutócico

- Episiotomía ()
- Desgarro perineal I ()
- Desgarro perianal II ()
- Desgarro perianal III ()
- Ninguno ()

6. Complicaciones del puerperio

- Hemorragia postparto ()
- Atonía uterina ()
- Ninguno ()