

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

**FACTORES ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS
EN GESTANTES AÑOSAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021**

TESIS

Presentada por:

Bach. Veny Turpo Flores

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADO EN OBSTETRICIA

TACNA – PERÚ

2023

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

**FACTORES ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS
EN GESTANTES AÑOSAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021**

TESIS

Presentada por:

Bach. Veny Turpo Flores


Para optar el Título Profesional de:


LICENCIADO EN OBSTETRICIA

Aprobada por UNANIMIDAD, ante el siguiente Jurado:


.....
Dra. Iris Eufemia Paredes Gonzales
Presidente


.....
Mgr. Ana Mariela Gonzales Melchor
Secretaria


.....
Mgr. Yubitza Lourdes Pérez Aguilar
Vocal


.....
Dr. Luis Fredy Choque Mamani
Asesor

CERTIFICADO DE SIMILITUD

El que suscribe Dr. Luis Fredy Choque Mamani, en condición de asesor del trabajo de tesis titulado: "FACTORES ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES AÑOSAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, 2021", presentado por la Bachiller en obstetricia; Veny Turpo Flores, para optar el título profesional de Licenciado en Obstetricia. Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajos de investigación y producción intelectual, considerándose que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del Software de similitud permitido cuyo porcentaje es de 9%. Por lo que **CERTIFICO LA SIMILARIDAD** del trabajo de Tesis, la cual está de acuerdo al nivel PERMITIVO, para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos.

Tacna, 04 de abril del 2023.



DR. LUIS FREDY CHOQUE MAMANI
ASESOR

DEDICATORIA

A Dios por haberme dado el don de la vida y permitir terminar con éxito esta linda carrera que he estudiado con mucho amor y dedicación.

A mis padres Sebastián y Julia, por darme su apoyo constante en cada uno de mis metas y lograr el sueño de ser profesional.

A mi pareja Jesús Alberto y mi pequeña hija Zoe, por ser mi gran motivación y orgullo, que me impulsa cada día a seguir adelante y ofrecerles lo mejor de mí.

AGRADECIMIENTO

Agradecer a la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, mi casa de estudios, por darme la oportunidad de formarme en sus aulas y fijarme un camino para lograr mi sueño de ser profesional.

A mi familia, por su gran apoyo incondicional, especialmente a mis padres, mi pareja y mi pequeña hija, por ser mi fortaleza y motivo de seguir cumpliendo cada uno de mis metas.

Al personal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, por abrirme las puertas de su institución, para brindarme una enseñanza y trato humano hacia los pacientes.

A mis docentes de la Escuela Profesional de Obstetricia, por sus enseñanzas de alto nivel académico y motivación de seguir estudiando esta hermosa profesión médica.

Al personal administrativo, por brindarme el apoyo por la rápida gestión de los tramites de mis documentos para seguir y culminar de manera satisfactoria mi carrera profesional.

CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. Descripción del problema	3
1.1.1. Antecedentes del problema	3
1.1.2. Problemática de la investigación	5
1.2. Formulación del problema	7
1.3. Justificación e importancia	7
1.4. Alcances y limitaciones	8
1.5. Objetivos	8
1.5.1. Objetivo general	8
1.5.2. Objetivo específicos	8
1.6 Hipótesis	9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	10
2.1. Antecedentes del estudio	10
2.2. Bases teóricas	18
2.3. Definición de términos	44
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	46
1.1. Tipo y diseño de investigación	46
1.2. Población y muestra	46
3.3. Operacionalización de variables	48
3.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos	51

3.5. Procesamiento y análisis de datos.....	51
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	52
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	93
CONCLUSIONES	97
RECOMENDACIONES.....	99
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
ANEXOS.....	107

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	<i>Factores sociodemográficos en gestantes añosas; según edad.</i>	52
Tabla 2	<i>Factores sociodemográficos en gestantes añosas; según estado civil.</i>	54
Tabla 3	<i>Factores sociodemográficos en gestantes añosas; según grado de instrucción.</i>	56
Tabla 4	<i>Factores sociodemográficos en gestantes añosas; según ocupación.</i>	58
Tabla 5	<i>Factores sociodemográficos en gestantes añosas; según lugar de procedencia.</i>	60
Tabla 6	<i>Factores obstétricos en gestantes añosas; según paridad.</i>	62
Tabla 7	<i>Factores obstétricos en gestantes añosas; según control pre natal.</i>	64
Tabla 8	<i>Factores obstétricos en gestantes añosas; según tipo de parto.</i>	66
Tabla 9	<i>Factores obstétricos en gestantes añosas; según edad gestacional.</i>	68
Tabla 10	<i>Distribución de las complicaciones obstétricas de las gestantes añosas.</i>	70
Tabla 11	<i>Asociación entre factores sociodemográficos e infección del tracto urinario en gestantes añosas.</i>	72

Tabla 12	<i>Asociación entre factores obstétricos e infección del tracto urinario en gestantes añosas.</i>	74
Tabla 13	<i>Asociación entre factores sociodemográficos y desproporción feto pélvica en gestantes añosas.</i>	75
Tabla 14	<i>Asociación entre factores obstétricos y desproporción feto pélvica en gestantes añosas.</i>	77
Tabla 15	<i>Asociación entre factores sociodemográficos y anemia gestacional en gestantes añosas.</i>	78
Tabla 16	<i>Asociación entre factores obstétricos y anemia gestacional en gestantes añosas.</i>	80
Tabla 17	<i>Asociación entre factores sociodemográficos y sufrimiento fetal agudo en gestantes añosas.</i>	81
Tabla 18	<i>Asociación entre factores obstétricos y sufrimiento fetal agudo en gestantes añosas.</i>	83
Tabla 19	<i>Asociación entre factores sociodemográficos y ruptura prematura de membranas en gestantes añosas.</i>	84
Tabla 20	<i>Asociación entre factores obstétricos y ruptura prematura de membranas en gestantes añosas.</i>	86
Tabla 21	<i>Asociación entre factores sociodemográficos y desgarró perineal en gestantes añosas.</i>	87
Tabla 22	<i>Asociación entre factores obstétricos y desgarró perineal en gestantes añosas.</i>	89
Tabla 23	<i>Asociación entre factores sociodemográficos y pre-eclampsia en gestantes añosas.</i>	90
Tabla 24	<i>Asociación entre factores obstétricos y pre-eclampsia en gestantes añosas.</i>	92

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	<i>Factores sociodemográficos en gestantes añosas; según edad.</i>	53
Gráfico 2	<i>Factores sociodemográficos en gestantes añosas; según estado civil.</i>	55
Gráfico 3	<i>Factores sociodemográficos en gestantes añosas; según grado de instrucción.</i>	57
Gráfico 4	<i>Factores sociodemográficos en gestantes añosas; según ocupación.</i>	59
Gráfico 5	<i>Factores sociodemográficos en gestantes añosas; según lugar de procedencia.</i>	61
Gráfico 6	<i>Factores obstétricos en gestantes añosas; según paridad.</i>	63
Gráfico 7	<i>Factores obstétricos en gestantes añosas; según control pre natal.</i>	65
Gráfico 8	<i>Factores obstétricos en gestantes añosas; según tipo de parto.</i>	67
Gráfico 9	<i>Factores obstétricos en gestantes añosas; según edad gestacional.</i>	69
Gráfico 10	<i>Distribución de las complicaciones obstétricas de las gestantes añosas.</i>	71

RESUMEN

El presente estudio tiene por **objetivo:** Determinar los factores asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021. **Métodos:** La investigación fue de tipo correlacional, no experimental, transversal y retrospectivo, el tipo de muestreo fue no aleatorio, por conveniencia; el instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos, para determinar la asociación entre las variables factores sociodemográficos, obstétricos y complicaciones obstétricas, se utilizó la prueba no paramétrica Chi – cuadrado de Pearson, donde se consideró un valor $p < 0,05$ y con un intervalo de confianza (IC) del 95%. **Resultados:** Las principales complicaciones presentadas por las gestantes añosas fueron: ITU (19,54%), Desproporción feto pélvica (DFP) (15,42%), anemia gestacional (10.80%), sufrimiento fetal agudo (SFA) (10,54%), ruptura prematura de membranas (RPM) (8,23%), desgarro perineal (7,71%) y la pre-eclampsia (6,68%). En cuanto a los factores sociodemográficos, lugar de procedencia y grado de instrucción están asociados al desgarro perineal con un valor $p < 0,05$. Así mismo los factores obstétricos asociados a las complicaciones obstétricas fueron: ITU con la paridad (p -valor=0,009) y tipo de parto (p -valor=0,000); DFP con tipo de parto (p -valor=0,000) y edad gestacional (p -valor=0,005); anemia gestacional con tipo de parto (p -valor=0,004); SFA con tipo de parto (p -valor=0,002); RPM con tipo de parto (p -valor=0,008) y edad gestacional (p -valor=0,007); pre-eclampsia con la edad gestacional (p -valor=0,003). **Conclusión:** Los factores sociodemográficos y obstétricos si se relacionan con las complicaciones obstétricas.

Palabras clave: Factores / Complicaciones obstétricas / gestantes añosas.

ABSTRACT

The **objective** of this study is to: Determine the factors associated with obstetric complications in elderly pregnant women treated at the Hipólito Unanue Hospital in Tacna 2021. **Methods:** The research was correlational, non-experimental, cross-sectional and retrospective, the type of sampling was non-experimental. random, for convenience; The instrument used was a data collection form, to determine the association between the variables sociodemographic, obstetric factors and obstetric complications, the non-parametric Chi-square Pearson test was used, where a p value < 0.05 was considered and with a confidence interval (CI) of 95%. **Results:** The main complications presented by the elderly pregnant women were: UTI (19.54%), fetal pelvic disproportion (FPD) (15.42%), gestational anemia (10.80%), acute fetal distress (SFA) (10.54 %), premature rupture of membranes (RPM) (8.23%), perineal tear (7.71%) and pre-eclampsia (6.68%). Regarding sociodemographic factors, place of origin and level of education are associated with perineal tear with a p value < 0.05. Likewise, the obstetric factors associated with obstetric complications were: UTI with parity (p-value=0.009) and type of delivery (p-value=0.000); DFP with type of delivery (p-value=0.000) and gestational age (p-value=0.005); gestational anemia with type of delivery (p-value=0.004); DES with type of delivery (p-value=0.002); PROM with type of delivery (p-value=0.008) and gestational age (p-value=0.007); pre-eclampsia with gestational age (p-value=0.003). **Conclusion:** Sociodemographic and obstetric factors are related to obstetric complications.

Keyword: factors / complications / elderly pregnant women.

INTRODUCCIÓN

Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) refiere que la gestación en las mujeres que tienen una edad avanzada, se ha definido desde el año 1958 donde aquella gestación se da a partir de 35 años a más (1). En relación con este tema, el embarazo a esta edad se asocia a mayor riesgo de presentar complicaciones obstétricas, así como un aumento de la morbilidad materno perinatal, por tanto, se considera como un alto riesgo obstétrico.

Según las estadísticas, en los países subdesarrollados, se ha evidenciado que cerca del 35,0% de mujeres llega a embarazarse, debido a motivos personales, por alguna enfermedad o en relación a la falta de información producida por los índices elevados de desconocimiento, desempleo y pobreza. Por otro lado, en los países que, si tiene un gran desarrollo, el motivo de retrasar el embarazo hasta una edad avanzada es por el deseo de terminar una carrera a fin de poder ostentar una mejor situación laboral y emocional, consecuente de ello que se pueda obtener ciertos bienes materiales (2).

Respecto a las complicaciones que pueden presentarse en gestantes añosas, cabe considerar que, en algunas investigaciones realizadas en otras provincias, se observa diversas complicaciones obstétricas, tales como la anemia gestacional, pre-eclampsia, desproporción feto-pélvica, infección del tracto urinario, etc.

Al analizar estos resultados nos señalan que las complicaciones en una gestante añosa, aumenta de manera radical la probabilidad de que se pueda

presentar alguna complicación obstétrica relacionado al embarazo, al parto y al puerperio.

En ese contexto, resulta claro que el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, debido a la gran capacidad que tiene para lograr tratar las complicaciones obstétricas y otras patologías que se dan en las mujeres embarazadas, se logró la identificación de las complicaciones en gestantes añosas.

Bajo este panorama, se llevó a cabo el presente estudio, cuyo objetivo correspondió a determinar los factores asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue Tacna 2021. En ese sentido, los resultados obtenidos permitirán que en el área del servicio Gineco Obstetricia, los profesionales puedan brindar consejo a cada gestante en relación al cuidado y lo importante que es planificar un embarazo antes de los 35 años, para así disminuir las complicaciones maternas y perinatales.

La investigación se estructuró en 5 capítulos y se desarrolló de la siguiente manera: Capítulo I: corresponde al planteamiento del problema, Capítulo II: se desarrolló el marco teórico, Capítulo III: se estableció marco metodológico, Capítulo IV: se presentan los resultados y Capítulo V: se lleva a cabo la discusión.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

1.1.1. Antecedentes del problema

El embarazo en una mujer que tiene 35 años o más, es asociada a mayor riesgo de presentar complicaciones obstétricas, así como se incrementa la morbilidad materno perinatal, por ello se considera un embarazo de alto riesgo obstétrico.

A nivel mundial según la OMS (organización mundial de la salud) la mortalidad materna se ha incrementado bastante, donde día a día fallecen alrededor del mundo y de las cuales 830 mujeres fallecieron debido a las complicaciones maternas que sucedieron durante el embarazo, parto y puerperio. También, en el año 2015, se logró estimar que alrededor de 303 000 decesos ocurrieron en el transcurso del embarazo, parto y el puerperio. Además, se evidenció que la mayoría de los fallecimientos se dieron en países con ingresos que fueron catalogados como bajos y en muchos de estos casos de muerte materna se podían haber evitado (3).

Según las estadísticas, en los países con menor desarrollo, al alrededor del 35,0% de mujeres de 35 años a más se tienden a embarazar, ya sea por motivos personales, por alguna enfermedad o en relación a la falta de información, a causa de los elevados índices de desconocimiento, desempleo y pobreza. Por otro lado, en países que tienen un gran desarrollo, el motivo de retrasar el embarazo hasta una edad avanzada generalmente es relacionado

con el deseo de terminar una carrera a fin de que puedan tener una situación mejor en el ámbito laboral y/o emocional, consecuente de ello puedan obtener mejores bienes materiales (2). En ese sentido, es evidente que estas gestantes cuentan con un mayor riesgo de que se pueda aparecer alguna complicación obstétrica en el transcurso de su embarazo, parto y el puerperio, por tanto, las complicaciones que pudieran presentarse corresponden a la hemorragia en el transcurso de la primera y segunda mitad del embarazo, anemia, diabetes gestacional, pre-eclampsia, etc. Entonces, dichas complicaciones pueden dar lugar a que ocurra un parto prematuro.

En la reciente emergencia donde inicio, la crisis sanitaria a nivel mundial a causa de la pandemia del COVID-19, se evidenció en el Perú un notable incremento de mortalidad materna. En ese sentido, en el año 2020 se encontró 439 casos de muertes maternas y en el año 2021 se incrementó a 493 casos de muerte materna, el cual nos refleja mucho más que el año 2020 (5). Además, según la situación epidemiológica de vigilancia de la mortalidad materna en el Perú, durante el año 2020 la causa más frecuente de muerte materna fueron los trastornos hipertensivos con 21,6% y hemorragia obstétrica 18,8%, en el año 2021 la causa más frecuente fue la hemorragia obstétrica con 18,7% y seguido de trastornos hipertensivos con 16,8%.

Al respecto, la Dirección General de Epidemiología, a través de estimar el registro de mortalidad materna, pudo determinar que la muerte materna según grupo etario, se evidencia que, de todas las muertes maternas, el 31,2% corresponde a la muerte materna de 35 años a más, y las provincias más afectadas y con mayor incidencia de muertes maternas en el año 2020 y 2021, fueron: Ancash, Lambayeque, Lima y Piura, por tanto, cabe considerar que

estos datos son muy preocupantes, debido a que se evidencia que es la cifra más elevada en los últimos 8 años (6).

En ese contexto, al observar las causas posibles en relación a las muertes maternas que ocurrieron en el Perú durante el 2020 y 2021, se concluyó en base a las evidencias encontradas, varios casos donde se presentaron complicaciones que se podían haber evitado.

Se considera que el embarazo a edad avanzada es un riesgo para la gestante y el feto, por lo tanto es un problema de la sociedad que puede traer mayores complicaciones maternos fetales, así mismo estas complicaciones tienen una alta tasa de mortalidad materna, lo que requiere mayor importancia de llevar a cabo, una planificación familiar adecuada, donde podemos evitar futuras complicaciones obstétricas y muerte materna o neonatal, y de este modo se pueda lograr reducir las altas tasas de mortalidad materna y neonatal.

1.1.2. Problemática de la investigación

La mortalidad materna, es considerada una problemática en la salud pública, debido a las consecuencias que produce en una familia, comunidad y sobre todo en la sociedad, esto se ve reflejado en los efectos de los determinantes sociales sobre la salud de las mujeres (7).

Se sabe que las gestantes pueden morir como consecuencia de las complicaciones producidas en el transcurso del embarazo, el parto y el puerperio, por lo general estas complicaciones se presentan durante la gestación y la gran mayoría de estos casos se pudieron haber prevenido o haber sido tratados, así como otras de estas complicaciones se pueden presentar mucho antes de que se dé el embarazo, la cual tiende a empeorar en la gestación,

siempre que no se inicie un tratamiento en la mujer, donde el 75,0% de muertes maternas se dan a causa de las hemorragias, infecciones, hipertensión gestacional y las complicaciones en el parto (3).

En el departamento de Tacna, Sara, Apaza. En su estudio realizado a las gestantes añosas del Hospital Hipólito Unanue, se pudo observar que las complicaciones que tuvieron mayor frecuencia que se presentaron correspondió a la infección del tracto urinario, anemia gestacional, desproporción feto-pélvica, enfermedad hipertensiva del embarazo y entre otras (4).

En un estudio realizado en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante el año 2000 al 2018. Obtuvo en uno de sus resultados en relación a la edad, donde se encontró que, a mayor edad, será mayor el riesgo de que se pueda manifestar un parto a través de la cesárea, y de la misma manera concluyó que las gestantes añosas tienden a contar con un mayor riesgo de presentar alguna complicación obstétrica, como placenta previa, diabetes gestacional y enfermedad hipertensiva del embarazo (8).

Al ver esta realidad, que las mujeres postergan su embarazo hasta una edad avanzada, ya sea por motivos personales, desconocimiento o por alguna enfermedad, corre el riesgo de presentar alguna complicación obstétrica durante embarazo parto y puerperio. En ese sentido, lo que motivó al abordaje de contribuir a la resolución de la problemática, correspondió a lograr identificar factores que se asocian a las complicaciones obstétricas, por tanto, corresponde responder la pregunta de investigación.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021?

1.2.1. Problemas específicos:

- a. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos en las gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2021?
- b. ¿Cuáles son los factores obstétricos en las gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2021?
- c. ¿Cuáles son las principales complicaciones obstétricas en las gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2021?
- d. ¿Cuál es la relación que existe entre los factores sociodemográficos y las complicaciones obstétricas más frecuentes en las gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2021?
- e. ¿Cuál es la relación que existe entre los factores obstétricos y las complicaciones obstétricas más frecuentes en las gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2021?

1.3. Justificación e importancia

Desde el punto de vista teórico, el embarazo en una gestante añosa se asocia a mayor riesgo de presentar complicaciones obstétricas y es un problema de salud pública que muy pocos estudios abordan en nuestra región y estos resultados beneficiaran a todas las gestantes de 35 años a más.

Estos resultados expondrán nuevos conocimientos y servirán en la práctica del personal de salud para la toma de decisiones y así se realice una educación sanitaria con relación a la prevención del embarazado en gestantes de edad avanzada, con el fin de reducir las altas tasas de morbimortalidad materno fetal.

La presente investigación permitirá de manera objetiva tener información actualizada sobre el problema de estudio, el mismo que será una base de datos para profundizar desde diferentes enfoques para desarrollar otros estudios sobre el tema.

1.4. Alcances y limitaciones

El estudio por su naturaleza no presenta limitaciones.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Determinar los factores asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021.

1.5.2. Objetivo específicos

- a. Identificar los factores sociodemográficos de las gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2021.
- b. Identificar los factores obstétricos de las gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2021.

- c. Identificar las principales complicaciones obstétricas de las gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2021.
- d. Determinar la relación que existe entre los factores sociodemográficos y las complicaciones obstétricas más frecuentes de las gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2021.
- e. Determinar la relación que existe entre los factores obstétricos y las y las complicaciones obstétricas más frecuentes de las gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2021.

1.6 Hipótesis

H₁- Los factores sociodemográficos y obstétricos presentan relación significativa con las complicaciones obstétricas en las gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2021.

H₀- Los factores sociodemográficos y obstétricos no presentan relación significativa con las complicaciones obstétricas en las gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2021.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

A nivel internacional

Blandon Y; Dávila M. (Nicaragua, 2019).

En su tesis titulado: ***“Complicaciones obstétricas en mujeres mayores de 35 años que ingresaron al servicio de Obstetricia del Hospital Regional Escuela San Juan de Dios Estelí, en el período de enero 2016 a junio del 2017”***, el cual tuvo como objetivo determinar aquellas principales complicaciones obstétricas en las gestantes. La metodología fue observacional, descriptivo, retrospectivo-transversal con una muestra de 181 gestantes de 35 años a más, donde se encontró los siguientes resultados: el 48% de gestantes presentaron edades entre 35 a 44 años, con un nivel educativo en su mayoría primaria incompleta, el 81,0% fueron gestantes casadas, y el 51,0% procedían de zona urbana, en cuanto a los factores obstétricos, según tipo de parto, el 54,0% tuvo un parto eutócico; en cuanto a la paridad, el 81,0% fueron multíparas. respecto a las complicaciones presentadas durante la evolución del embarazo, el 70,0% de las gestantes presentó alguna complicación de las cuales: el 17,0% evidenció síndrome hipertensivo gestacional, seguido de oligohidramnios en un 15,0%, pre-eclampsia en un 13,0%, y ruptura prematura de membranas en un 12,0%. Además, las patologías que fueron menos frecuentes correspondieron a la diabetes gestacional, polihidramnios y placenta previa. Por otro lado, en el transcurso del parto se tuvo lugar a complicaciones en un menor porcentaje, donde el parto precipitado fue el más significativo, seguido de la pérdida de bienestar fetal, desgarro perineal, parto obstruido y retención placentaria. Además, se evidenció

que en el posparto, no se presentaron complicaciones, esto significa que se realizó un adecuado manejo intrahospitalario (9).

Romero J. (Colombia, 2017).

En su tesis titulado: **“Resultados materno y perinatales en gestante añosas con trastornos hipertensivos en la Clínica Maternidad Rafael Calvo durante 1 de agosto 2016 a 1 de agosto 2017”**, tuvo como objetivo caracterizar la población de madres añosas atendidas en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo. La metodología fue observacional, descriptivo, prospectivo-transversal, considerándose una muestra de 110 pacientes que contaban con 35 años a más, así como tenían que tener algún trastorno hipertensivo. Los resultados evidencian que, la edad más frecuente de las gestantes añosas fueron de 37 años, la complicación obstétrica más diagnosticada durante el embarazo, fue el trastorno hipertensivo, de las cuales fueron la pre-eclampsia cuyo criterio de gravedad correspondió al 40,9%, mientras que para la hipertensión gestacional se encontró un valor de 34,6%, sobre la pre-eclampsia sin criterios de gravedad se evidenció un valor de 11,8%, en relación a la hipertensión arterial y pre-eclampsia agregada se muestra un valor de 8,2%, así como la hipertensión arterial crónica en 4,6%. Por consiguiente, se concluyó que las complicaciones tuvieron lugar en mujeres cuyo diagnóstico correspondió a la pre-eclampsia, esto de manera independiente al grado de severidad (10).

A nivel nacional

Campos Y; Ruiz J; et al. (Ica – Perú, 2021).

En su investigación titulada: **“Relación entre gestantes añosas y complicaciones maternas en gestantes atendidas en el centro de salud Clas Parcona, 2019”**, cuyo propósito fue identificar la relación existente entre las gestantes añosas con las complicaciones maternas en mujeres que acuden al Centro de Salud. La metodología fue descriptivo,

retrospectivo-transversal, en la que se consideró una muestra de 145 gestantes añosas. Los resultados muestran en relación a la edad, el 58,6% oscilaron entre los 35 a 40 años de edad, mientras el 79,3% tuvieron hipertensión arterial, otro 63,4% evidenciaron anemia, así mismo el 62,8% presentaron infección del tracto urinario, otro 58,6% presentaron amenazas de parto pre término. Por consiguiente, se concluyó relación entre las gestantes añosas y las complicaciones maternas, debido a que se logró un valor de $p = <0,05$ (11).

Zumaeta T. (Loreto – Perú, 2019).

En su tesis titulada: ***“Complicaciones obstétricas en gestantes añosas atendidas en el Hospital Regional de Loreto julio – diciembre 2018”***, tuvo como objetivo determinar cuáles son las complicaciones obstétricas en gestantes añosas atendidas en el Hospital Regional de Loreto.

La metodología fue descriptivo retrospectivo-transversal y correlacional, se consideró una muestra de 141 gestantes añosas. Los principales resultados se muestran en relación a los datos sociodemográficos, el 73,0% (103) de gestantes tuvieron edades que oscilan entre los 35 a 39 años, sobre la educación, el 61,7% (87) contaba con educación secundaria y el 27,0% (38) tuvieron una educación primaria, otro 40,0% (57) eran provenientes de zonas marginales y el 34,8% (49) venían de zonas urbanas. Además, el 92,2% (130) eran amas de casa y solo el 6,4% (9) trabajaban de manera independiente. Por otro lado, a cerca de las características obstétricas, el 58,2 (82) correspondió a gestantes multíparas, mientras el 37,6% (53) fueron gran multíparas y solo el 4,3% (6) eran primíparas. Además, en relación al tipo de parto, el 53,9% (76) correspondió a parto vía vaginal y solo el 46,0% (65) fue vía cesárea. También, sobre las complicaciones obstétricas, el 51,8% (73) correspondió a la anemia, mientras el 46,8% (66) fue debido a la infección del tracto urinario, otro 16,3% (23) correspondió a la pre-eclampsia y el 13,5% (19) a un parto pre-término. En cuanto a la correlación entre la

atención prenatal y las complicaciones, se encontró que existe correlación con un $\chi^2 = 14,561$ y un p valor = 0,001. A diferencia entre la paridad y las complicaciones obstétricas, no se encontró relación significativa debido a que se obtuvo un $\chi^2 = 3,001$ y un p valor = 0,223. Además, en relación al tipo de parto y las complicaciones obstétricas, no se estableció una relación ya que se obtuvo como respuesta un $\chi^2 = 1,381$ y un p = 0,501.

Molina G. (Huancavelica - Perú, 2019).

En la investigación titulada: ***“Complicaciones obstétricas en las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Lircay, Huancavelica 2018”***, con el objetivo de determinar las complicaciones obstétricas de las gestantes que son mayores a los 35 años. La metodología consideró un estudio descriptivo-transversal, donde se consideró una muestra de 79 gestantes. Los resultados muestran en relación a las características, donde la mayoría tuvo una edad de 36 años, el 55,7% fueron casadas, el 46,8% tuvieron solo primaria, en cuanto al tipo de parto, el 10,1% (8) correspondió parto por cesárea, y el 89,9% (71) tuvo un parto eutócico o normal. el 20,3% tuvieron menos de 6 atenciones prenatales. Cabe señalar que la atención prenatal incompleta, tiende a que se incrementen las complicaciones obstétricas y así mismo se pueda producir la mortalidad materna. En ese sentido, sobre las complicaciones, el 48,1% (38) tuvo anemia durante el embarazo, además, el 31,6% evidenciaron infección en el tracto urinario, el 12,7% (10) tuvo hemorragia de la primera mitad de la gestación, así como el 5,1% (4) presentó hipertensión, otro 5,1% (4) evidenció amenaza en relación a un parto prematuro, y finalmente el 2,5% tuvieron ruptura prematura de membranas. En ese sentido, las complicaciones que tuvieron una mayor frecuencia fueron anemia gestacional e infección del tracto urinario. Por consiguiente, se concluyó sobre las complicaciones relacionadas a los partos, solo el 5,1% (4) tuvieron un parto obstruido, el 2,5% (2) presentaron atonía uterina en

el post parto, mientras otro 1,3% (1) tuvo mastitis y solo el 39.2% (31) presentó anemia en el post parto (12).

Yupanqui K. (Lima - Perú, 2018).

En su tesis titulada: **“Factores de riesgo asociados a las complicaciones durante el parto en gestantes añosas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho enero – julio 2017”**, cuyo objetivo correspondió en establecer los factores que se asocian a las complicaciones en el transcurso del parto en las gestantes añosas. Es un estudio descriptivo, retrospectivo-transversal, cuya muestra fue de 152 gestantes, donde la edad de la muestra fue mayor a los 35 años. Los principales resultados de acuerdo a los factores personales, el 68,4% de gestantes tuvieron edades que oscilan entre los 35 y 39 años. Así mismo, el 46,1% no han concluido su educación básica, el 84,9% son convivientes, finalmente el 93,4% corresponde a amas de casa. Además, en relación a los factores obstétricos, el 96,1% tuvieron entre 37 y 41 semanas de gestación, en cuanto a la paridad, el 78,3% fueron multíparas, y por último el 79,0% tuvo control prenatal, y la complicación obstétrica con mayor frecuencia fue desgarro perineal 34,2%. En cuanto a la relación, la significancia fue un valor $p > 0,05$, lo cual indica que no existe correlación significativa entre los factores de riesgo y las complicaciones durante el parto (13).

Fernández J. (Lima - Perú, 2016).

En su estudio titulado: **“Complicaciones obstétricas en las gestantes añosas atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el período de enero a diciembre del 2014”**, tuvo como objetivo identificar cuáles son las principales complicaciones obstétricas en las gestantes añosas. La metodología fue retrospectivo-transversal, tuvo una muestra de 1198 gestantes añosas. Resultados: las características socio demográficas respecto a la edad, el 74,0% de gestantes tuvieron edades que oscilan

entre 35 a 39, mientras el 25,0% tuvo edades que oscilan entre 40 a 44 y finalmente el 1,0% tuvo edades que oscilaban entre 45 a 49. Además, en relación al grado de instrucción, el 89,5% de gestantes presentó un nivel secundario, mientras el 5,2% logró estudios superiores, otro 5,1% tuvo estudio a nivel primario y solo 0,3% no contó con algún tipo de estudio. Por otro lado, sobre las características obstétricas, en cuanto a la paridad, el 58,5% (701) correspondieron a nulíparas, mientras el 40,9% (485) fueron multíparas y solo el 1,0% (12) correspondieron a gran multíparas. Además, sobre las complicaciones obstétricas, el 17,7% presentó enfermedad hipertensiva del embarazo (pre-eclampsia leve 9,1%, pre-eclampsia grave 7,85%, síndrome de Hellp 0,50% y la eclampsia 0,25%), seguido de las infecciones en el tracto urinario con un 8,3% (99). Por otro lado, durante el parto la complicación con mayor frecuencia fue la rotura prematura de membranas con un 13,1% (157), seguido de parto obstruido con un 8,2% (98) y en cuanto al post parto, se encontró que la complicación con mayor frecuencia fue la anemia con un 15,8% (189) (14).

A nivel regional

Quenaya D; Ticona M. et al. (Tacna – Perú, 2018).

Revista Médica Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Vol. 12, Núm. 1 (2019)
En su investigación titulada: ***“Relación entre edad materna avanzada y resultados materno perinatales en el Hospital Hipólito Unanue Tacna 2000 - 2018”***, cuyo propósito correspondió a establecer la existencia de relación entre una edad avanzada y los resultados materno perinatales. La metodología fue retrospectiva, analítica de caso y control, se consideró una muestra de 8075 gestantes de 35 años a más. Los resultados evidencian que en el transcurso de los años 2000 al 2018 se tuvo 64 377 atenciones, donde 8 075 correspondieron a gestantes que tenían una edad mayor a los 35. Además, se encontró que hay un evidente incremento en la atención a mujeres mayores de 35 años. También, en

relación a las complicaciones, se encontró que la más frecuente corresponde a la enfermedad hipertensiva del embarazo, por tanto, se pudo determinar que cuanto mayor sea la edad de la madre, su riesgo a presentar esta enfermedad será mayor. Por otro lado, se determinó una correlación significativa entre la edad materna y el parto a través de la cesárea, por ello, cuanto mayor sea la edad de la madre, su riesgo a presentar un parto a través de la cesárea será mayor (8).

Romero D. (Tacna - Perú, 2017).

En su estudio titulado: ***“Edad materna avanzada como factor de riesgo para incremento de morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna año 2016”***, tuvo como objetivo realizar un análisis a la asociación que existe entre edad materna avanzada como un factor de riesgo para que se incremente la morbilidad materna. La metodología fue retrospectiva de caso y control, se estableció una muestra de 552 mujeres gestantes cuya edad corresponda a \geq de 35. Los resultados se muestran en relación a la edad avanzada y la asociación con los trastornos hipertensivos, el 13,0% de casos de AMA (edad materna avanzada), se tiende a asociar 1,89 veces a que la gestante pueda sufrir un trastorno hipertensivo (IC-95%: 1,09-3.26) en comparación con el grupo de control. También, sobre el subtipo de trastorno hipertensivo se tuvo que esta se tiende a asociar 3,24 veces a que la gestante pueda sufrir pre-eclampsia (IC-95%: 1,22-8.4) en contraste con el grupo de control. Por otro lado, a cerca de la diabetes gestacional, se encontró solo el 0,5% de casos, por tanto, no se encontró asociación como un factor de riesgo (IC-95%: 0,12-31.67). En ese sentido, se concluyó que la edad tiende a asociarse a mayores riesgos de poder presentar trastornos hipertensivos en el transcurso de la gestación y de manera especial se incrementa el riesgo a que tengan pre-eclampsia.

Apaza S. (Tacna - Perú, 2017).

En su estudio titulado: ***“Frecuencia y consecuencias maternas y perinatales en gestantes añosas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en los años 2011 a 2015”***, cuyo objetivo correspondió a que se pueda establecer la frecuencia y consecuencias maternas perinatales en las gestantes añosas. La metodología fue descriptivo, retrospectivo-transversal, se consideró una población correspondiente a 2422 mujeres gestantes de 35 años. Los resultados evidencian que durante el 2011 al 2015, se dieron 17 285 partos, entre los cuales el 14,1% (2422) fueron añosas, así como el 78,1% (1891) correspondió a mujeres cuyas edades oscilaban entre 35 a 39 años. Además, el 63,2% (1530) tuvieron educación secundaria, mientras el 17,4% (422) solo contaban con primaria, otro 10,6% (253) contaban con estudios superiores no universitarios, el 8,1% (194) tuvo estudios universitarios y solo el 1,0% (23) eran analfabetas. También, en relación a la paridad, el 74,1% (1795) correspondió a múltiparas, mientras el 15,1% (366) fueron gran múltiparas y solo el 10,8% (261) correspondieron a primíparas. Por otro lado, en referencia a las complicaciones más frecuentes en el embarazo, el 56,5% (1338) no presentaron alguna complicación, mientras el 21,5% (521) evidenciaron ITU, otro 21,1% (509) tuvo anemia. En ese sentido, se concluyó que las complicaciones perinatales evidenciadas sobre las gestantes añosas, el 6,1% fue la prematuridad, mientras el 5,2% correspondió al bajo peso al momento de nacer, otro 3,5% fue a las alteraciones hidroeléctricas y solo el 1,1% correspondió a la muerte neonatal (4).

Calderón M. (Tacna - Perú, 2017).

En su tesis titulada ***“Riesgo materno y perinatal en gestantes de 35 años a más en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2011 – 2015”***, tuvo como objetivo poder establecer la frecuencia, riesgos y características materno perinatales en gestantes cuya edad es mayor a

los 35 años. La metodología fue retrospectiva, analítica de caso y control, así como se consideró a 2 422 mujeres gestantes. Los resultados muestran que la frecuencia de gestantes mayores de 35 años a más es el 14,0%, así mismo se evidencia que el 75,0% son convivientes, el 18,0% son casadas, y el 7,0% son solteras; respecto al control prenatal, el 53,0% tuvo control prenatal adecuado, el 28,0% no tenían ni un control prenatal, sobre la edad gestacional, el 92,0% correspondieron a una edad gestacional entre 37 a 41 semanas, mientras que el 7,0% tuvo una edad gestacional mucho menor a las 37 semanas, y solo el 1,0% tuvo una edad de 42 semanas a más. En ese sentido, se concluyó que las complicaciones más frecuentes fueron: infección del tracto urinario 21,0%, anemia 20%. En los controles, encontró resultados similares (16).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Embarazo:

De conformidad con la Organización Mundial de la Salud (OMS) define que el embarazo comienza cuando termina de implantación (cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero a unos 5 o 6 días) después de la fecundación (17). Entonces, el embarazo, corresponde al tiempo donde el feto es desarrollado en el útero de una gestante, la cual cuenta con una duración promedio de 40 semanas, para lo cual es necesario que la gestante tenga que realizar de manera estricta los controles prenatales en el centro de salud que se encuentra más cerca al domicilio (18).

Trimestres del embarazo:

- Primer trimestre: hace referencia a los primeros tres meses, es decir, consta desde la semana 1 hasta la 13.
- Segundo trimestre: esta se da inicio en la semana 14 a 27.

- Tercer trimestre: se considera desde la semana 28 hasta que se culmine el embarazo (18).

Gestante atendida: Es aquella atención prenatal que se realiza por primera vez a la gestante en su embarazo actual (18).

Atención de la gestante: Corresponde al grupo de procesos que llevan a cabo los profesionales en las gestantes durante la atención prenatal (18).

Gestante controlada: Consiste en la gestante que ya acudió al sexto control, por tanto, ha recibido el paquete de atención básica para las gestantes, así como exámenes de laboratorio (18).

Gestante reenfocada: Se refiere a la evaluación y atención de manera integral que se le brinda a la gestante, donde se sugiere que se tenga que realizar como máximo antes de la semana 14 a fin de que se puede brindar un kit básico con diversas atenciones, dicho procedimiento permite que se pueda detectar oportunamente signos de alarma y factores de riesgo que podrían presentarse o estar presentes. Además, es necesario que se tenga que incentivar a que puedan participar las familias para poder lograr identificar los signos de alarma y posteriormente poder acudir de forma inmediata a un establecimiento de salud (18).

2.2.2. Edad fértil:

Según la organización mundial de la salud (OMS) es de 15 a 49 años de edad, donde la mujer empieza desde la pubertad y termina cuando inicia la menopausia, pero eso varía según cada mujer (19).

Por lo general, la edad reproductiva idónea en una mujer corresponde alrededor de los 20 años, debido a que, en esta edad, las mujeres presentan una mejor calidad de óvulos con una mayor reserva ovárica, por lo tanto, a este rango de edad se obtiene una menor tasa de complicaciones obstétricas, porque a la edad de 35 años que se considera una edad avanzada las mujeres tienden a disminuir en su fertilidad, lo cual incluye una disminución tanto en la frecuencia como eficacia de la ovulación, así como que se puede disminuir la frecuencia coital, disminución de la receptividad uterina y por último, las complicaciones en el embarazo por lo que es frecuente que a una mujer de más de 35 años le lleve más tiempo quedar embarazada que a una mujer joven. En algunos casos, la disminución de la fertilidad en las mujeres de 35 años a más es debido a que la frecuencia de la ovulación disminuye a diferencia de las mujeres más jóvenes, o también influyen ciertos problemas de salud que son más comunes después de esta edad, como, la endometriosis, que ocasiona que los tejidos se adhieran a los ovarios o a las trompas de Falopio e interfieran con la concepción, etc. (20,2)

2.2.3. Gestante añosa:

Corresponde al embarazo en una mujer cuya edad es avanzada, la cual es definida desde el año 1958 como la gestación que sucede en mujeres que tengan tanto una edad igual o mayor a los 35 años (1).

El embarazo en una edad tardía es un fenómeno que se ha venido incrementando en la última década. Así mismo los riesgos del embarazo en una edad avanza tiende a incrementarse, tales como ganar peso en exceso, mortalidad materna, diabetes gestacional, parto prematuro, síndrome hipertensivo y otras (21). En ese sentido, un embarazo de alto riesgo pone en un gran peligro

tanto la salud de la madre como la salud del feto, es por ese motivo que se requiere una atención preferencial y especializada por personal de salud capacitado (22,23).

2.2.4. Embarazo de alto riesgo:

Se considera “de alto riesgo” al embarazo que pone en riesgo la salud de la madre y/o el feto donde aproximadamente el 20% de los embarazos entran en la categoría de alto riesgo (24).

2.2.5. Factores de alto riesgo obstétrico:

Por las características o antecedentes de la gestante, determinadas variables que se pueden identificar se consideran factores de alto riesgo (2).

Los factores de alto riesgo obstétrico son lo siguiente:

1. **Control prenatal:** Corresponde a la cantidad de atenciones que recibe una mujer en estado de gestación por los profesionales de la salud, donde se considera como factor de alto riesgo a aquella gestante que no acude a su control prenatal. Por lo tanto, es necesario que una gestante puede recibir mínimamente 6 controles prenatales (18). Por otro lado, una frecuencia adecuada es:
 - Recibir al menos una atención al mes hasta que se cumplan las 32 semanas.
 - Recibir al menos una atención de manera quincenal entre las semanas 33 a 36.
 - Recibir al menos una atención de forma semanal a partir de la semana 37 hasta el día en que se lleve a cabo el parto.
2. **Estado socio-económico bajo:** Es un factor importante que contribuye a los embarazos y partos de alto riesgo. Según las

estadísticas, donde hay más embarazos y bajos índices de nivel socioeconómico, la mortalidad perinatal es mayor (2).

3. **Edad materna:** Cuando una mujer primípara tiene más de 35 años y está embarazada, se considera de alto riesgo. Entre las mujeres embarazadas jóvenes y de edad avanzada que están embarazadas de su primer hijo, las tasas de morbilidad y mortalidad son muy altas (2).
4. **Antecedentes personales:** Hace referencia a las patologías que ocurren previo a un embarazo, las cuales puede llegar a ser predisponentes a que puedan sufrir un embarazo de riesgo (2).
5. **Edad gestacional:** Según la OMS refiere que la edad gestacional es entendida como el tiempo entre la FUM (Fecha última menstruación), y la fecha actual del embarazo, y la edad gestacional al momento del parto puede ser:
 - Embarazo menor de 37 semanas.
 - Embarazo entre las semanas 37 a 41.
 - Embarazo mayor a las 41 semanas.
6. **Antecedentes Obstétricos:** El pronóstico del caso depende en gran medida de los antecedentes obstétricos, muchos de los cuales pueden ser indicadores de alto riesgo obstétrico. A la vez se considera las complicaciones que presentaron las gestantes en sus embarazos anteriores, como la pre eclampsia, cesárea anterior, complicaciones distócicas, prematuridad y otros (25).

Complicaciones obstétricas

Complicaciones en la gestante añosa: El embarazo en una mujer de edad avanzada puede tener complicaciones médicas y quirúrgicas. Tenemos los siguientes temas como los principales:

A. Embarazo ectópico

Es el tipo de embarazo donde el óvulo fertilizado se tiene que implantar fuera de la cavidad uterina. Este embarazo no suele ser complicado a menos que el óvulo se rompa o comience a sangrar. En ese sentido, afecta aproximadamente al 2% de todos los embarazos en la población general (25).

La mayoría de los embarazos ectópicos, es decir, casi el 95,0% se implantan en la ampolla, seguidos de los embarazos ístmicos (12,0%), fimbrias (11,0%) y trompas intersticiales (2,0%), siendo la ampolla la localización donde se presentan con mayor frecuencia (70,0%). El 5,0% de los embarazos ectópicos residuales sin trompas de Falopio implantadas en los ovarios, peritoneo, cuello uterino o cicatrices de cesáreas anteriores (26).

Cuadro clínico: Hace referencia al dolor abdominal y pélvico agudo, una masa anexial dolorosa, amenorrea transitoria, sangrado vaginal errático y dolor al mover el cuello uterino son síntomas (25).

Criterios diagnósticos: Se refiere al dolor abdominal en la parte inferior, sangrado vaginal errático y la amenorrea se conforman la tríada clásica que la caracteriza. En ese sentido, Los resultados del examen físico pueden mostrar cambios en los signos vitales, tales como la taquicardia, que puede causar hipotensión severa y shock. Otros hallazgos comunes incluyen dolor con el movimiento cervical y la presencia de una masa anexial. La ecografía pélvica transvaginal y las concentraciones séricas de la fracción beta de la gonadotropina coriónica humana son las dos pruebas auxiliares más cruciales para el diagnóstico (27).

Hemorragia en la segunda mitad del embarazo

Consiste en un sangrado vía vaginal, el cual puede encontrarse en compañía o no con el trabajo de parto en las mujeres embarazadas que tienen más de 22 semanas (25).

Signos alarmantes: Durante el embarazo de la segunda mitad puede sentir los siguientes signos alarmantes:

- Hipotensión arterial.
- Útero tetánico.
- Sangrado vaginal anormal.
- Taquicardia materna.
- Taquipnea.
- Alteración en la frecuencia cardiaca del feto o ausencia de latidos, etc. (25)

B. Placenta previa

La superficie inadecuada del fondo uterino es la principal culpable de la implantación anormal de la placenta. Además, se distingue por su presentación insidiosa, escasa o abundante, que incluye una hemorragia indolora de sangre roja brillante (25).

Clasificación:

- a) **Placenta previa total.** - Esta placenta, también conocida como la placenta central, es la que encierra completamente la abertura interna del cuello uterino (25).
- b) **Placenta previa marginal.** - Corresponde a la placenta que se implanta en el segmento uterino de la inferior y el borde de la placenta no puede llegar a cubrir la cavidad interna (25).
- c) **Placenta previa parcial:** Se decide por parto vaginal siempre que el parto sea inminente y el sangrado sea mínimo, y por cesárea siempre que el sangrado es importante porque cubre una porción de la abertura interna del cuello uterino (25).

Factores de riesgo:

- Antecedente de legrado uterino, endometritis, cesárea.
- Gran multípara.
- Periodo intergenésico corto.
- Mayor de 35 años.

- Tumores uterinos
- Placenta grande o anormalmente insertada (25).

Cuadro clínico:

- Sangrado genital.
- Gestación mayor de 22 semanas.
- Compromiso de la vitalidad materna y fetal.
- Usualmente presencia de dinámica uterina (25).

Diagnóstico:

- Dolor: ausente.
- Sangrado vaginal: rojo vivo.
- Cambios hemodinámicos: depende del volumen de pérdida sanguínea taquicardia o hipotensión.
- Tono uterino: normal.
- Ecografía obstétrica.
- Latidos cardiacos fetales: variables o ausentes (25).

Manejo específico:

Se realiza conforme a la magnitud del sangrado:

- a) Hemorragia severa a causa de pérdida de sangre, la cual lleva a cambios taquicardia, hemodinámicos e hipotensión arterial.
 - Primero: En cualquier edad que tenga la gestación se puede llevar a cabo la cesárea.
 - Segundo: Se tiene que procurar poder hacer un ingreso a la sala donde se llevan a cabo las operaciones de manera anticipada o conjuntamente con la transfusión del paquete globular (25).
 - Tercero: En el caso que no se logre una hemostasia adecuada en el segmento inferior pese a la utilización de

técnicas conservadoras, se tiene que proceder a la realización de una histerectomía (25).

b) Hemorragia leve, en donde no se den cambios hemodinámicos:

- Se tiene que tener una actitud conservadora, lo cual va depender de la madurez pulmonar fetal, así como es necesario coordinar con las unidades de neonatología:
- Feto inmaduro, cuya edad gestacional se encuentra entre 22 a 34 semanas. Para una maduración pulmonar, se tiene que brindar betametasona 12 mg cada 24 horas durante dos días, en el caso de no contar con el medicamento, se puede emplear dexametasona 4 mg cada 6 horas por 2 días, así como es necesario terminar el embarazo por la vía más adecuada, en el supuesto de que el sangrado no ceda (25).
- Feto maduro, conforme a los resultados de la ecografía, se tiene que terminar la gestación a través de la vía más adecuada, ya sea por intermedio de la vía vaginal o cesárea (25).

C. Amenaza de parto prematuro

Entre las 22 y 37 semanas de gestación, debe haber 4 contracciones cada 20 minutos para considerar la amenaza de parto prematuro (APP) el cual es necesario que se pueda realizar la verificación al menos una circunstancia, para cambiar de una manera progresiva del cérvix y dilatación cervical \geq a 2cm y con un borramiento de \geq 80%. En se sentido, el 80,0% de las consultas de APP no resultan en parto prematuro. Más de un tercio de las APP llegarán a término (28).

Clasificación

- **Pretérmino extremo:** Hace referencia al trabajo de parto que se da inicio en los embarazos que oscilan entre las 22 a 28 semanas (29).
- **Pretérmino intermedio:** Consta entre la semana 28 hasta la 34 semana de gestación (29).
- **Pretérmino tardío:** Consta entre las 34 semanas y las 37 semanas de gestación (29).

D. Sufrimiento fetal

El sufrimiento fetal agudo corresponde a un cambio que resulta de una disminución en el intercambio entre el feto y la madre. Como resultado, causará hipoxemia, acidosis, hipercapnia y, en última instancia, hipoxia y daño de las células fetales (30).

Se puede auscultar el corazón del feto para detectar signos de sufrimiento fetal y se puede buscar meconio en el líquido amniótico. Estos son los dos signos más cruciales de sufrimiento fetal. En ese sentido, durante la auscultación podemos encontrar modificaciones de la frecuencia cardíaca del feto que estén asociados a un sufrimiento fetal agudo, y puede ser bradicardia (cuando la FCF es menor de 120lpm.) o taquicardia (por encima de 160 lpm.). Por otro lado, la frecuencia cardíaca basal es considerada normal siempre que se tienen latidos cardíacos fetales entre 120 y 160 lpm (30).

E. Desproporción feto-pélvica

La obstrucción es causada por el desequilibrio entre las dimensiones de la cabeza fetal y la pelvis materna, por tanto, se conoce como asimetría pélvica, donde una pelvis estrecha puede ser la causante (25). de la incapacidad para dar un parto por vía vaginal, Esta distocia hace que se enlentezca la dilatación cervical y el descenso de la cabeza fetal a pesar de la presencia de

contracciones uterinas adecuadas. En ese sentido, se pierde así la relación de armonía que se manifiesta entre el feto y la pelvis (31).

Signos alarmantes

- Hiperdinamia uterina.
- Signos de sufrimiento fetal.
- Trabajo de parto prolongado (25).

Cuadro clínico

- Siempre que las modificaciones sean discernibles a través de un examen físico.
- Cuando la presentación de una madre primeriza no ha disminuido en las dos semanas anteriores.
- Cuando la fase activa o la fase expulsiva del trabajo de parto no está progresando (31).

Complicaciones

- Parálisis cerebral.
- Trabajo de parto prolongado.
- Sufrimiento fetal.
- Muerte fetal in útero.
- Lesiones cerebrales.
- Ruptura uterina.
- Muerte materna (31).

F. Presentación podálica

Esta presentación se considera que es la parte del cuerpo fetal que está más cerca del canal de parto. En mayoría de los embarazos el feto se encuentra en posición cefálica en la cavidad uterina en casi todos los embarazos a término (32).

El tercer trimestre de un embarazo, consiste cuando el feto tiene presentación de nalgas, lo que significa que la parte del feto más cercana al canal de parto son las nalgas. Por otro lado, se desconoce

la causa exacta de esta presentación, pero se entiende que del 3,0% al 5,0% de los partos suelen experimentar esta posición (32).

Esta posición se determina en los controles prenatales que realiza el personal de salud, a través una exploración vaginal, la ecografía, la palpación abdominal y la auscultación fetal (32).

Clasificación

- La presentación podálica completa, ocurre cuando los pies y las nalgas del feto están más cerca del canal de parto y ambas rodillas están dobladas (32).
- La presentación podálica incompleta, ocurre cuando se dobla una rodilla fetal, acercando el pie y las nalgas al canal de parto (32).
- La presentación podálica franca, ocurre cuando ambas piernas del feto se encuentran dobladas planamente contra su cabeza, y sus nalgas se encuentran cercanas al canal del parto (32).

G. Situación transversa

Es la situación donde la cabeza fetal está en uno de los lados del útero de la madre por lo cual corresponde a una situación distócica. En ese sentido, el feto encuentra su diámetro mayor perpendicular al diámetro mayor del útero, mayormente la situación es más oblicua que transversa con uno de los polos más descendido que el otro (33). Esta posición es frecuente hacia la mitad del embarazo, no obstante, los fetos van girando conforme avanza la gestación. Alrededor del 1,0% de fetos a término presentan la situación transversa, y este feto no puede nacer por vía vaginal, por lo que sufriría lesiones graves y corre el riesgo muy elevado de muerte tanto para la madre y el feto (34).

H. Oligohidramnios

El método más común para el diagnóstico de esta patología corresponde a la ecografía, la cual es basada en una estimación del índice de líquido amniótico, la cual establece medidas que tiene que encontrarse por debajo de los 500 ml en la gestación de 36 a 42 semanas, es decir, corresponde a la disminución del líquido amniótico en una edad gestacional determinada (25).

Los fetos al nacer están subdesarrollados, tienen la piel dura y seca, y frecuentemente presentan deformidades en la columna vertebral, parte inferior del pie, etc. En ese sentido, la altura uterina corresponde a ser menor a la edad gestacional (33).

Clasificación

- **Moderado:** Se da cuando hay entre 100 y 500 mililitros de líquido amniótico.
- **Severo:** Se da cuando siempre que haya menos de 100 mililitros de líquido amniótico (25).

Cuadro clínico

El método principal para determinar esto es la palpación abdominal, que puede usarse cuando las partes fetales se puede palpar de una forma fácil y el feto pareciera que se encuentra comprimido por las paredes que se encuentra en el cuello uterino (25).

Complicaciones

- Sufrimiento fetal.
- Compresión de la cabeza fetal y del cordón umbilical.
- Infección cori amniótica.
- Incremento de la morbilidad perinatales
- Presencia de meconio en líquido amniótico (25).

Conducta obstétrica

Se tienen que descartar la rotura prematura de membranas.

- **Embarazos menores de 26 semanas:** ILA de 5 y peso fetal de menos de 1000g. Si existe una malformación fetal, se debe realizar una evaluación genética, y si no la hay, se debe realizar una hidratación materna con ClNa 0,9% 3000 ml. Si el Oligoamnios persiste pasadas las 24 horas, se decidirá con criterios de interrupción, previamente se tiene que firmar el consentimiento informado, y si la LA tiende a ser normal, se continuará con el embarazo (25).
- **Embarazo entre 27 y 37 semanas:** ILA menos de 5, peso fetal normal en relación a la edad gestacional. Se tiene que ingresar a sala de gestantes, y se tiene que hidratar a la madre con solución salina y realizar la valoración por genética. Luego repetir ILA a las 72 h. en el caso se evidencia un incremento, se tiene que continuar con la gestación (25).
- **Embarazo entre las 37 y 42 semanas:** ILA entre 5 y 8, ingresar a sala de gestante, e hidratar, realizar un perfil biofísico y cardiotocografía diaria, alta y seguimiento de la gestante a término si el AFI es normal. Además, en el caso que el AFI se encuentre entre 5 y 7 cm en exámenes posteriores y hay oligohidramnios, se debe interrumpir el embarazo (25).

I. Polihidramnios

Cuando el líquido amniótico es mayor o igual a 25cm, se utiliza la ecografía para determinar esta complicación, que es la acumulación patológica de líquido amniótico como consecuencia de un incremento en la producción o una deficiencia durante la eliminación (25).

Cuadro clínico

- En el caso de que la altura uterina sea mayor a la que le corresponde a la edad gestacional.
- En el caso de que existe dificultad a fin de que se pueda delimitar al feto a través de las maniobras de Leopold, donde se dificulta la palpación de las partes fetales.
- Hay dificultad para la auscultación de los latidos fetales, y a la palpación se aprecia el exceso de líquido amniótico (25).

Complicaciones maternas

- Atonía uterina post parto.
- Insuficiencia respiratoria.
- Mayor índice de cesáreas.
- Pre eclampsia.

Complicaciones fetales

- Óbito fetal.
- Prematuridad.
- Prolapso de cordón.
- Mala actitud de presentación.

J. Ruptura prematura de membranas

Ocurre en gestaciones a partir de las 22 semanas cuando las membranas corioamnióticas se tienden a romper espontáneamente antes del inicio del trabajo de parto (25).

Clasificación

De conformidad al momento en cómo se produce:

- Feto y pulmón maduro cuando la RPM es de 37 semanas a más.
- Verificar feto y pulmón maduro cuando la RPM es de 32-34-36 semanas.

- Maduración pulmonar cuando la RPM es de 25-32-33 semanas.
- Conforme a su evolución cuando la RPM es de hasta 24 semanas (25).

Cuadro clínico

- Ruptura prematura de membranas sin infección intra-amniótica:
- Temperatura mayor de 38 °C.
- Abdomen doloroso: útero doloroso, irritabilidad uterina.
- Pérdida de líquido por cuello uterino, antes de iniciarse trabajo de parto
- Pérdida de líquido turbio, purulento o fétido.
- Sintomatología de sepsis o Shock séptico.
- Taquicardia materna: frecuencia cardiaca mayor de 90 lat/min.
- Funciones vitales estables.
- Taquicardia fetal: Frecuencia cardiaca fetal mayor de 160 lat/min (25).

K. Hemorragia intraparto y postparto

- **Hemorragia postparto:** Hace referencia a la pérdida de sangre de más de 500 cc luego del parto de placenta dentro de las 24 horas luego de darse el parto a través de la vía vaginal o luego de más de 1000 cc después de producirse una cesárea (25).
- **Hemorragia postparto tardía:** Consiste en la pérdida de sangre que se produce a partir de las 24 horas siguientes al parto. hasta que se culmine el puerperio (25).

Etiología

- **Hemorragia intraparto:** Consiste en la retención de la placenta.
- **Hemorragia postparto:** Hace referencia a la atonía uterina, la retención de los restos o el alumbramiento de manera incompleta, lesión del canal del parto, coagulación intravascular diseminada y inversión uterina (25).
- **Hemorragia postparto tardía:** Se refiere a la retención de los restos y la sub involución uterina (25).

Cuadro clínico

- Taquicardia.
- Sangrado vaginal de manera abundante.
- Taquipnea.
- Hipotensión arterial.

Diagnóstico

Atonía uterina: Se manifiesta cuando el útero está agrandado y no se contrae, y hay sangrado vaginal abundante (25).

Retención de placenta: Se presenta en los partos espontáneos, la placenta se adhirió durante más de 30 minutos y en los partos dirigidos, se adhirió durante más de 15 minutos (25).

Retención de restos placentarios o restos de membranas: Se presenta en la placenta incompleta por subinvolución uterina (25).

Lesión de canal del parto: Se manifiesta en el útero contraído, cuyo sangrado es continuo (25).

Inversión uterina: Hace referencia a un útero que no se puede palpar a nivel del abdomen, un tumor vaginal palpable o tumor que sobresale fuera de los canales vaginales y dolor hipogástrico agudo. (25).

L. Pre-eclampsia

La preeclampsia corresponde a una complicación obstétrica que puede darse en el transcurso del embarazo, esta patología también se conoce como toxemia, la cual es asociada a la hipertensión inducida por el embarazo, donde aparece hipertensión arterial más proteinuria, a partir de las 20 semanas de gestación (27). Además, hipertensión arterial, edema, proteinuria y, en casos graves, convulsiones o coma, son sus características distintivas (35).

Clasificación

- 1) **Pre-eclampsia leve:** Cuando la presión arterial sistólica de una mujer embarazada es de 140 mmHg o superior, o su presión arterial diastólica es de 90 mmHg o superior (27).
- 2) **Preeclampsia severa:** Cuando una mujer embarazada experimenta dos episodios separados de al menos seis horas de diferencia con presión arterial sistólica de 160 mmHg o que sea superior, o una presión arterial diastólica de 110 mmHg o que sea superior (27).
- 3) **Eclampsia:** Las convulsiones generalizadas son una complicación frecuente de la preeclampsia aguda (27).

Cuadro clínico

1. **Eclampsia:** Las convulsiones generalizadas son una complicación grave de la preeclampsia que puede ocurrir repentinamente (27).
2. **Hipertensión transitoria de la gestación:** Es diagnosticado de manera retroactiva, cuyos criterios corresponde a la hipertensión leve, sin proteinuria, que tienden a aparecer en el tercer trimestre del embarazo y que luego desaparecen (27).
3. **Hipertensión crónica:** Las mujeres son diagnosticadas con hipertensión crónica si se documenta que precede al embarazo o si se identifica la hipertensión antes de las 20 semanas (26).

4. **Hipertensión crónica con pre-eclampsia sobreañadida:**

Después de las 20 semanas de embarazo, la proteinuria también debe estar presente para confirmar el diagnóstico de hipertensión crónica subyacente (27).

M. Diabetes gestacional

Con esta alteración, una mujer embarazada tiene más probabilidades de presentar trastornos hipertensivos del embarazo, parto por cesárea y morbilidades relacionadas con la diabetes. Un mayor riesgo de diabetes mellitus tipo 2 en los siguientes diez años afecta al 50% de las pacientes con diabetes gestacional (36). En ese sentido, la OMS ha emitido un llamado mundial para ayudar a las mujeres embarazadas que están en riesgo tanto en países de ingresos altos como bajos, ya que entre el 20 y el 30 por ciento de ellas desarrollarán diabetes gestacional o diabetes tipo 2 más adelante en el embarazo, junto con otras comorbilidades como hipertensión y enfermedad cardiovascular (37).

a) **Síntomas:**

- Polidipsia.
- Úlceras que no cicatrizan.
- Visión borrosa.
- Fatiga.
- Pérdida de peso sin razón aparente.
- Polifagia.
- Entumecimiento u hormigueo en las manos o los pies
- Poliuria (38).

b) **Diagnóstico:** La presencia de diabetes durante el embarazo debe cumplir tres criterios para ser diagnosticada:

- Signos clásicos de diabetes y glucosa plasmática elevada de 200 mg/dl o más.
- Niveles de glucosa en plasma ocular de 126 mg/dl o más en dos o más situaciones.

- Utilizando la prueba de 100 gramos y la curva de tolerancia a la glucosa (39).
- c) **Tratamiento:** Las terapias de primera línea para la diabetes mellitus gestacional incluyen modificaciones en la dieta, actividad física y control de la glucosa capilar; la terapia con medicamentos solo se considera cuando los cambios en el estilo de vida y el ejercicio no producen los efectos deseados en dos semanas (39).
- **Tratamiento nutricional:** Con el fin de lograr una adecuada adherencia a los planes de alimentación saludable así se pueda fomentar el autocontrol de la glucemia capilar, la dieta es el abordaje terapéutico inicial. También, se debe verificar que la ganancia de peso corresponda a la correcta, así como se tiene que realizar la promoción de hábitos alimentarios acordes a los mayores requerimientos a fin de que se puedan evitar episodios de hipoglucemia y promover hábitos alimentarios acordes a los mayores requerimientos. Por otro lado, la dieta para estos pacientes tiene que propiciar una ganancia de peso de entre 8 a 12 kg, así como tiene que contar con un aporte calórico calculado en función de la talla, peso ideal y edad gestacional; con un índice de masa corporal >27 kg/m² se debe calcular una ingesta de 25 kcal/kg; con un IMC de 20-25 kg/m², calcule 30 kcal/kg; y con un IMC inferior a 20 kg/m² (39).
 - **Tratamiento farmacológico:** Se tiene en cuenta cuando tanto la dieta como los ejercicios no tienden a lograr los resultados deseados en un período establecido “2 semanas”, así como con menos episodios hipoglucémicos y se pueda lograr un control glucémico posprandial más adecuado, los análogos de la insulina que tiene una acción

rápida tienden a ser seguros en su uso durante los embarazos. También, en relación a lo mencionado anteriormente, la insulina NPH también es segura y se usa. Las necesidades oscilan entre 0,3 y 1,5 UI/kg de peso real, según el grado de control glucémico. Dos tercios de la dosis calculada se tomarán antes de los desayunos y un tercio antes de las cenas, y ambas dosis deberán tomarse 30 minutos antes de las comidas. Se sugiere dar inicio con la dosis más baja, la cual tiene que aumentarse de forma gradual de acuerdo con los niveles de glucosa en sangre capilar pre y posprandial controlados por el paciente al menos tres veces al día (39).

N. Anemia

Se presenta en casos donde la hemoglobina desciende a valores de 11,0 g/dl en el primer y tercer trimestre del embarazo y menor de 10,5 g/dl en el segundo trimestre (40).

Según la OMS, es una enfermedad que se origina por falta de hierro en nuestra sangre, donde hay poca concentración de la hemoglobina, que es una proteína presente en los glóbulos rojos ya la que se une el oxígeno antes de que puedan ser transportado y utilizado por diversos tejidos en el organismo. Los glóbulos sanguíneos que transportan oxígeno a los tejidos se conocen como glóbulos rojos. La mayoría de los constituyentes de la sangre se crean en la médula ósea, un órgano que se encuentra dentro de algunos huesos (41).

En ese sentido, al momento de tomar la hemoglobina se debe tener en cuenta la edad, género, embarazo y ciertos factores ambientales, como la altitud (42).

También, tiene consecuencias como: parto prematuro, bajo peso al nacer y bajo rendimiento escolar.

Causas de la anemia

- Embarazos frecuentes.
- Embarazo gemelar.
- Hiperémesis gravídica.
- Consumo de alimentos con poco hierro.
- Antecedentes de anemia antes del embarazo, etc.

Tipos de anemia

a. Anemia ferropénica

El cuerpo carece de suficiente hierro, lo que da como resultado este tipo de anemia, que es la más frecuente. En ese sentido, el hierro es necesario para que se produzca la hemoglobina en la médula ósea, debido a que un cuerpo humano no logra producir la hemoglobina necesaria sin que tenga hierro suficiente (43).

Este tipo de anemia afecta a una gran cantidad de mujeres gestantes que no toman suplementos de hierro. La pérdida de sangre y otros factores también pueden contribuir a ello. Para prevenir la recurrencia de la anemia, es crucial identificar las causas relacionadas a la deficiencia de hierro (43).

Los síntomas de niveles bajos de hemoglobina en la sangre incluyen fatiga, palidez, irritabilidad, disminución de la tolerancia al ejercicio y frecuencia cardíaca elevada en mujeres embarazadas (41).

b. Anemia megaloblástica

Se produce por la deficiencia de vitamina B12, los humanos podemos sintetizarlo, pero solo en cantidades muy pequeñas, por lo que debe consumirse en alimentos de origen animal. Esta también puede ser deficiente como consecuencia de

enfermedades que interfieren en su absorción y transporte, por lo que no siempre es consecuencia de una deficiencia en la dieta (44).

Las principales causas de la anemia provocada por la falta de folato se pueden dividir en cuatro categorías: ingesta dietética inadecuada, aumento de los requisitos, problemas de absorción e interacciones farmacológicas (44).

Diagnóstico

a. Clínico: La evaluación de los síntomas de anemia se realizará durante la anamnesis y el examen físico.

- Observar mucosa sublingual.
- Examinar sequedad de la piel, sobre todo en el dorso de la mano y antebrazo.
- Examinar sequedad y caída de los cabellos.
- Verificar la coloración del lecho ungueal, presionando las uñas de los dedos de las manos
- Observar el color de la piel de la palma de las manos.
- Buscar palidez de mucosas oculares (42).

b. Laboratorio: Se requiere para determinar el hematocrito o la concentración de hemoglobina (42).

El valor normal de concentración de hemoglobina es ≥ 11

a. Anemia leve: 10.0 - 10.9g/dl.

b. Anemia moderada: 7.0 - 9.9 g/dl.

c. Anemia severa: <7.0 g/dl.

Tratamiento: Se lleva a cabo a través de una terapia con hierro y ácido fólico para la anemia en mujeres embarazadas y nuevas madres.

- a. **Anemia leve:** Se tiene que consumir 2 tabletas de forma diaria durante 6 meses (120mg de hierro y 800µg de ácido fólico) hasta que los valores de hemoglobina se incrementen por encima de los 11g/dl (42,45).
- b. **Anemia moderada:** Se tiene que consumir 2 tabletas de forma diaria durante 6 meses (120mg de hierro y 800µg de ácido fólico) hasta que los valores de hemoglobina se incrementen por encima de los 11g/dl (42,45).
- c. **Anemia severa:** Tan pronto como sea posible, trate como un caso de anemia y derive a un centro más sofisticado que ofrezca atención especializada (42,45).

Estimación de dosis estandarizada suplementos de hierro para situaciones emergencia en gestantes y puérperas

	Sin anemia	Con anemia
Gestante a partir de 14 semanas	2 tabletas hasta 30 días post parto	2 tabletas por 6 meses
Puérperas	1 tableta hasta los 30 días post parto	

Fuente: RM N°250 - 2017 MINSA.

Todas las gestantes y puérperas, que constituyen casos sospechosos o confirmados de COVID-19 leve y sin factores de riesgo deben continuar con la suplementación de hierro y otros micronutrientes. Solo se suspenderá si es un caso sospechoso o confirmado de COVID -19 leve y con factores de riesgo. Al termino se reanudará la suplementación con hierro y otros micronutrientes (46).

Como también todas las gestantes y puérperas con inicio del esquema de manejo terapéutico anterior a la emergencia del COVID-19. Deben continuar hasta cumplir los seis meses de tratamiento y extender el periodo de suplementación por intermedio de la dosis que se estandariza en casos de emergencia por todo el tiempo de duración del periodo de emergencia (46).

O. Infección de tracto urinario

- a) **Bacteriuria asintomática:** Hace referencia a la presencia de bacteriuria notable sin evidencia de síntomas de infección en el tracto urinario (26).
- b) **Cistitis:** Corresponde a una infección en el tracto urinario que tiene síntomas en la parte inferior de esta (26).
- c) **Pielonefritis aguda:** Consiste en una infección de la vía excretora superior y parénquima renal tanto de uno como de los dos riñones, la cual típicamente se manifiesta durante el tercer trimestre de la gestación, es lo que modifica el estado general de una paciente (26).
- d) **Bacteriuria significativa:** Cuando se recolecta orina a través de micción espontánea, se requieren > 100.000 unidades formadoras de colonias (UFC)/ml de un solo uropatógeno, o > 10.000 UFC/ml cuando se recolecta orina a través de cateterismo vesical. En ese sentido, el 90% de las enterobacterias, principalmente *Escherichia coli*, y el 80% de *klebsiella pneumoniae*, *enterobacter spp.* y otras enterobacterias, son responsables de la mayor parte de la producción (25).

Cuadro clínico

- a) **Bacteriuria asintomática:** Consiste en la presencia de $\geq 10^5$ UFC/ml del mismo microorganismo, en dos muestras de orina tomadas de un paciente asintomático. La pielonefritis aguda es la complicación más frecuente de esto, y la investigación la ha

relacionado con el trabajo de parto prematuro, el bajo peso al nacer y otros problemas (25).

- b) **Cistitis:** Frecuencia urinaria, urgencia, disuria, urgencia vesical, dolor suprapúbico, hematuria, piuria y orina con olor desagradable son algunos de los síntomas que se presentan (25).
- c) **Pielonefritis aguda:** En esta etapa se presenta la fiebre, la sudoración, los escalofríos, la hipersensibilidad en el costado y otros síntomas. donde el 40% de los pacientes presentan disuria y polaquiuria como síntomas principales de infección en el tracto urinario en la parte inferior (25).

Diagnóstico

- a) **Bacteriuria asintomática:** Cuando un paciente no tiene síntomas urinarios, el diagnóstico se realiza mediante un urocultivo que muestra bacteriuria significativa de un único germen uropatógeno (25).
- b) **Cistitis:** Habitualmente se debe incluir un urocultivo con bacteriuria debido a las manifestaciones clínicas (25).
- c) **Pielonefritis aguda:** La mayoría de las veces, los síntomas clínicos se usan para hacer el diagnóstico y los cultivos de orina se usan para confirmarlo (25).

2.3. Definición de términos

Gestante añosa: mujer que se embaraza a partir de los 35 años a más (1).

Factor de riesgo: Cualquier rasgo identificable o situación que aumente el riesgo de desarrollar complicaciones se conoce como factor de riesgo (47).

Embarazo de alto riesgo: Cuando la gestante o el feto puedan verse comprometidos por determinadas circunstancias (47).

Paridad: El número de partos por vía vaginal o cesárea que ha tenido la mujer (48).

Complicaciones: Evento patológico relacionado con el embarazo que determina su agravamiento o causa la muerte materna o perinatal (14).

Oligohidramnios: Es el volumen del líquido amniótico menor que el esperado para la edad gestacional (25).

Edad fértil: La edad reproductiva óptima se encuentra entre los 15 y los 34 años, siendo la edad fértil entre los 12 y los 49 años.

Control prenatal: Es el conjunto de actividades que reciben las embarazadas durante la gestación.

Poliuria: Excesiva producción de orina de > 3 L por día (49).

Pielonefritis aguda: Es la infección del tracto urinario que se origina en las vías urinarias y posteriormente sube al riñón (25).

Cistitis: Es una infección urinaria que afecta a la vejiga (25).

Polifagia: Se consume un excedente de nutrientes como consecuencia del aumento del apetito y la sensación de hambre (50).

Polidipsia: Sed excesiva como síntoma de la enfermedad (49).

Parto: Hace referencia al conjunto de procesos continuos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos a través de la vagina (51).

Cesárea: Procedimiento que consiste en cortar la pared uterina y realizar una laparotomía para extraer el feto y sus anexos ovulares (52).

Hemorragia obstétrica: Hace referencia a cuando se pierden 500 ml o más de sangre, se considera que es una pérdida de sangre que puede ocurrir durante el embarazo o después del parto (26).

Pre-eclampsia: Consiste en un grupo de síntomas con diversos grados de severidad, con mujeres embarazadas que experimentan presión arterial elevada de 140/90 mmHg o más (25).

Hemoglobina: Corresponde a la proteína globular que tiende a encontrarse altamente concentrada en los glóbulos rojos y cuya función es trasladar el oxígeno (53).

Sulfato ferroso: Consiste en una sustancia con la fórmula química FeSO_4 . Se utiliza para tratar la anemia por deficiencia de hierro (42).

Muerte materna: Cualquier causa relacionada con el embarazo mismo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales, causa la muerte de una mujer en estado de gestación o durante los 42 días siguientes a que se termine el embarazo (54).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

El estudio es de tipo; correlacional, retrospectivo-transversal.

El diseño fue no experimental.

- **No experimental:** Debido a que no se realizó la manipulación de las variables.
- **De corte transversal:** Esto se debe a que se estableció un periodo de tiempo y se recabo la información por única vez.
- **Retrospectivo:** Porque fue un estudio prolongado en el tiempo cuyos datos se obtuvieron de fuentes secundarias como el SIP, recopilados del pasado.

3.2. Población y muestra

Población:

En relación a la población, estuvo conformada por todas las gestantes añosas, es decir, gestantes cuya edad sea ≥ 35 años que presentaron complicaciones obstétricas, cuyos partos se atendieron en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Muestra:

La muestra se conformó por 344 gestantes añosas con complicaciones obstétricas cuyos partos fueron atendidos en el Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2021.

El tipo de muestreo es no aleatorio por conveniencia ya que se tomó como muestra al 100,0% de la población.

Criterios de inclusión:

- 1) Gestantes \geq 35 años con complicaciones obstétricas atendidas durante el año 2021.
- 2) Gestante con Historia Clínica completa en la base de datos del Sistema Informativo Perinatal.

Criterios de exclusión:

- 1) Gestantes menores de 35 años atendidas durante el año 2021.
- 2) Gestantes de 35 años a más sin complicaciones
- 3) Gestantes cuyas Historias Clínicas tenían datos incompletos.

3.3. Operacionalización de variables

Variable dependiente: factores sociodemográficos y obstétricos.

Variable independiente: complicaciones obstétricas

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	CATEGORÍA	ESCALA
Variable independiente Factores	Conjunto de características que clasifican a una población	Factores de riesgo de gestantes de 35 años a más	Factores sociodemográficos	Edad	<ol style="list-style-type: none"> 1. 35 – 39 años 2. 40 – 45 años 3. 45 años a más 	Ordinal
				Grado de instrucción	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior no universitaria 5. Superior universitaria 	Nominal
				Procedencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Urbano 2. Rural 	Nominal

				Ocupación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Independiente 2. Ama de casa 3. Trabajador del sector público 4. Trabajador del sector privado 	Nominal
				Estado civil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltera 2. Casada 3. Conviviente 	Nominal
			Factores obstétricos	Paridad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primípara 2. Multípara 3. Gran multípara 	Nominal
				Control prenatal	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0 controles 2. 1 – 5 controles 3. ≥ 6 controles 	Ordinal
				Tipo de parto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Parto eutócico 2. Parto distócico 	Nominal
				Edad gestacional	<ol style="list-style-type: none"> 1. < 37 semanas 2. 37 – 41 semanas 3. > 41 semanas 	Nominal

<p>Variable dependiente</p> <p>Complicaciones obstétricas</p>	<p>Son disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el puerperio</p>	<p>Patologías que complican a las gestantes añosas durante el embarazo, parto y puerperio</p>	<p>Embarazo</p> <p>Parto</p> <p>Puerperio</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atonía uterina 2. Anemia gestacional 3. Amenaza de parto prematuro 4. Diabetes gestacional 5. Desgarros perineales 6. Desproporción feto pélvica 7. Embarazo ectópico 8. Pre eclampsia 9. Ruptura prematura de membranas 10. Retención de restos placentarios 11. Infección del tracto urinario 12. Sufrimiento fetal agudo 13. Presentación podálica 14. Oligohidramnios 15. Situación transversa 	<p>Si () no ()</p>	<p>Nominal</p>
--	--	---	---	---	----------------------	----------------

3.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos

Los datos se obtuvieron mediante la información registrada en la base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP 2000), donde se registran todos los partos, tanto distócicos como eutócicos, del cual se extrajeron las variables de estudio.

La técnica seguida en la ejecución del estudio fue la observación y transcripción de datos del SIP, cuyas fuentes primarias fueron: Historia clínica perinatal y libro de partos.

El instrumento fue una ficha de recolección de datos previamente elaborada y validada por juicio de expertos.

3.5. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de la información se digitó en Excel e ingresado a una base de datos que se tuvo que crear en el programa SPSS v. 22.0.

Con el propósito de poder determinar la asociación entre las variables factores sociodemográficos, obstétricos y complicaciones obstétricas, se empleó la prueba no paramétrica Chi-cuadrado de Pearson, considerando una significancia bilateral = $<0,05$ con un intervalo de confianza (IC) del 95,0%. En ese sentido, la presentación de resultados se realizó a través de tablas y gráficos junto con la interpretación que corresponda.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS GESTANTES AÑOSAS CON COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Tabla 1

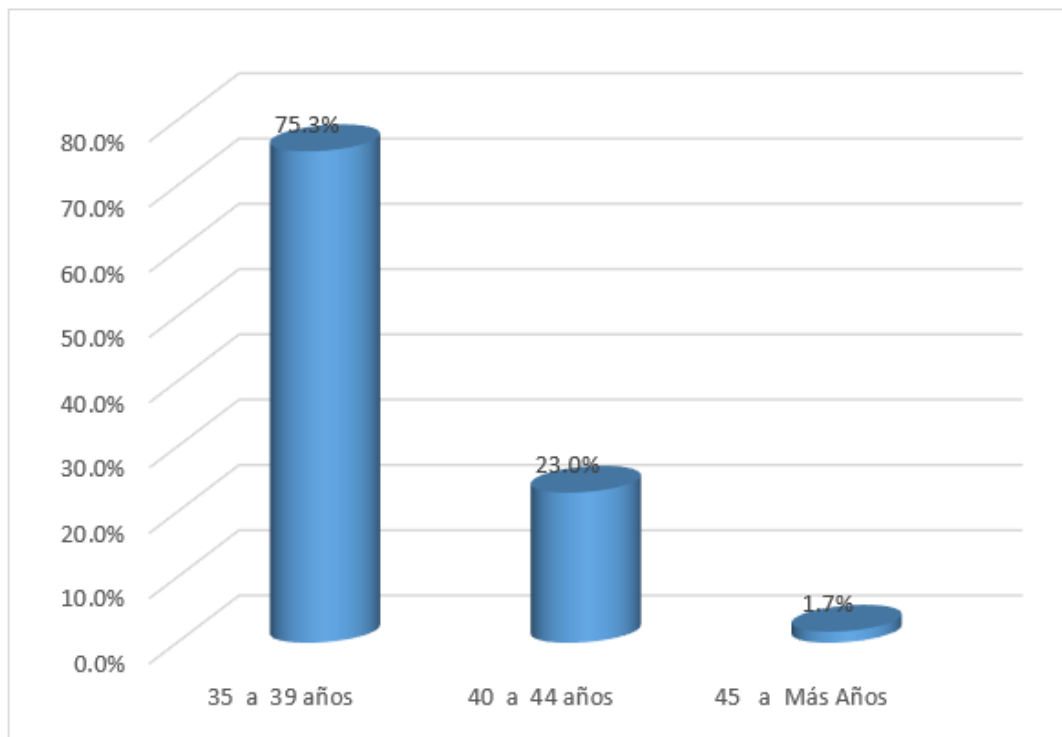
Factores sociodemográficos en gestantes añosas; según edad

Edad de la gestante	Frecuencia	Porcentaje
35 a 39 años	259	75,3
40 a 44 años	79	23,0
45 años a más	6	1,7
Total	344	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

De acuerdo con la tabla y gráfico 1, se evidencia en relación a los factores sociodemográficos en gestantes añosas; según edad, el 75,3% (259) tuvieron de 35 a 39 años, seguido de un 23,0% (79) oscilaban entre los 40 a 44 años y finalmente el 1,7% (6) tuvieron 45 años a más.



Fuente: Tabla 1

Gráfico 1: Factores sociodemográficos en gestantes añosas; según edad.

Tabla 2

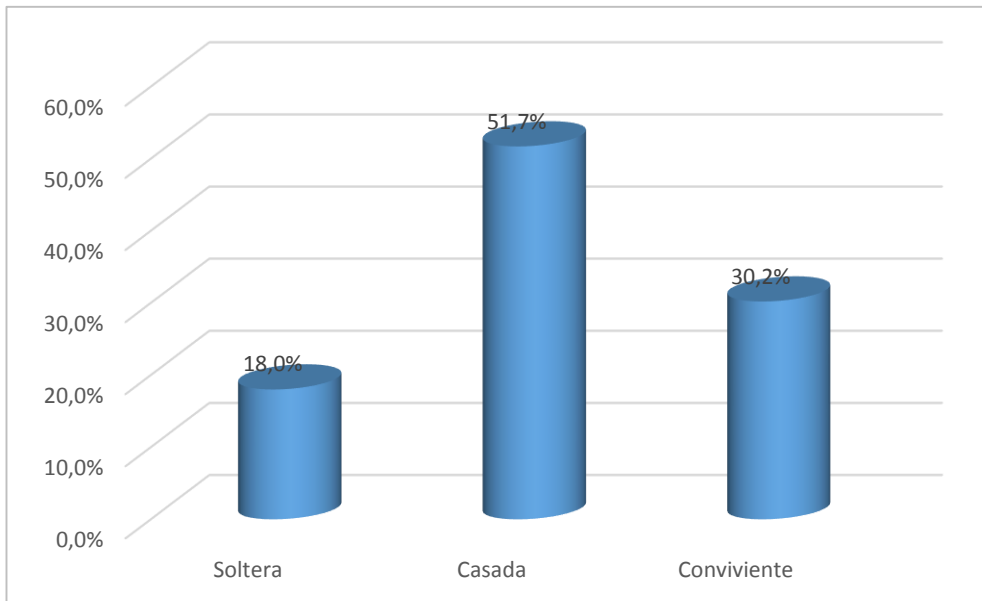
Factores sociodemográficos en gestantes añosas; según estado civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	62	18,0
Casada	178	51,7
Conviviente	104	30,3
Total	344	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

De acuerdo con la tabla y el gráfico 2, se observa referente a los factores sociodemográficos en gestantes añosas; según estado civil, el 51,7% (178) son casadas, seguido de un 30,3% (104) que son convivientes y finalmente de 18,0% (62) fueron solteras.



Fuente: Tabla 2

Gráfico 2: Factores sociodemográficos en gestantes añosas; según estado civil

Tabla 3

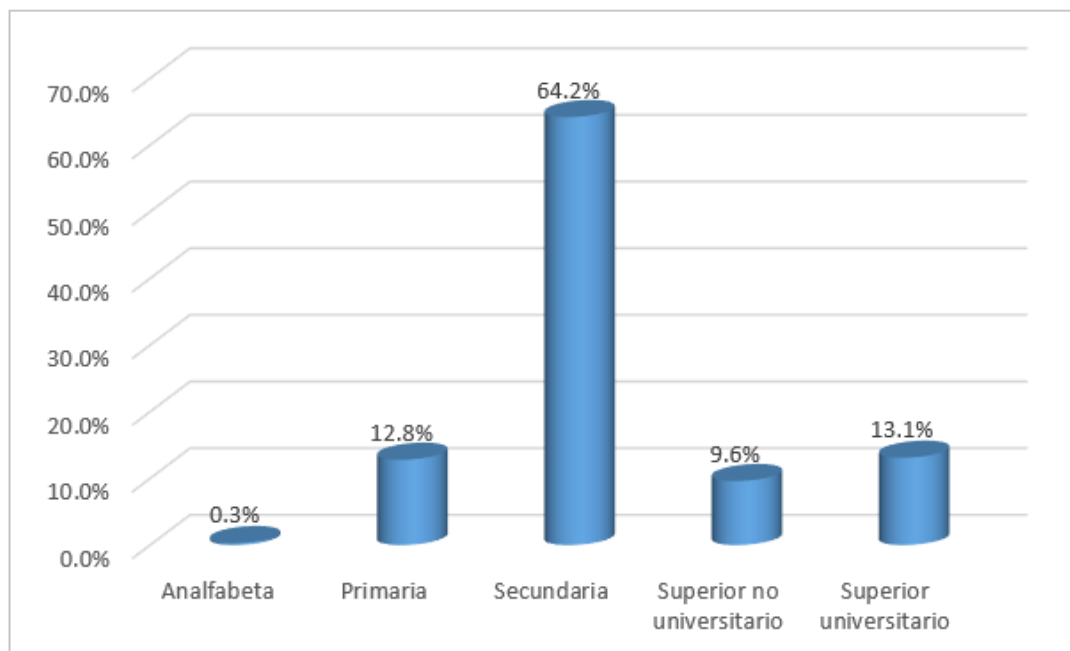
Factores sociodemográficos en gestantes añosas; según grado de instrucción

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	1	0,3
Primaria	44	12,8
Secundaria	221	64,2
Superior no universitario	33	9,6
Superior universitario	45	13,1
Total	344	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

De acuerdo con la tabla y el gráfico 3, se muestra a cerca de los factores sociodemográficos en gestantes añosas de acuerdo al grado de instrucción, el 64,2% (221) de gestantes tienen secundaria, seguido de un 13,1% (45) superior universitario, mientras el 12,8% (44) educación primaria, el 9,6% (33) superior no universitario y finalmente el 0,3% (1) son analfabetas.



Fuente: Tabla 3

Gráfico 3: Factores sociodemográficos en gestantes añosas; según grado de instrucción

Tabla 4

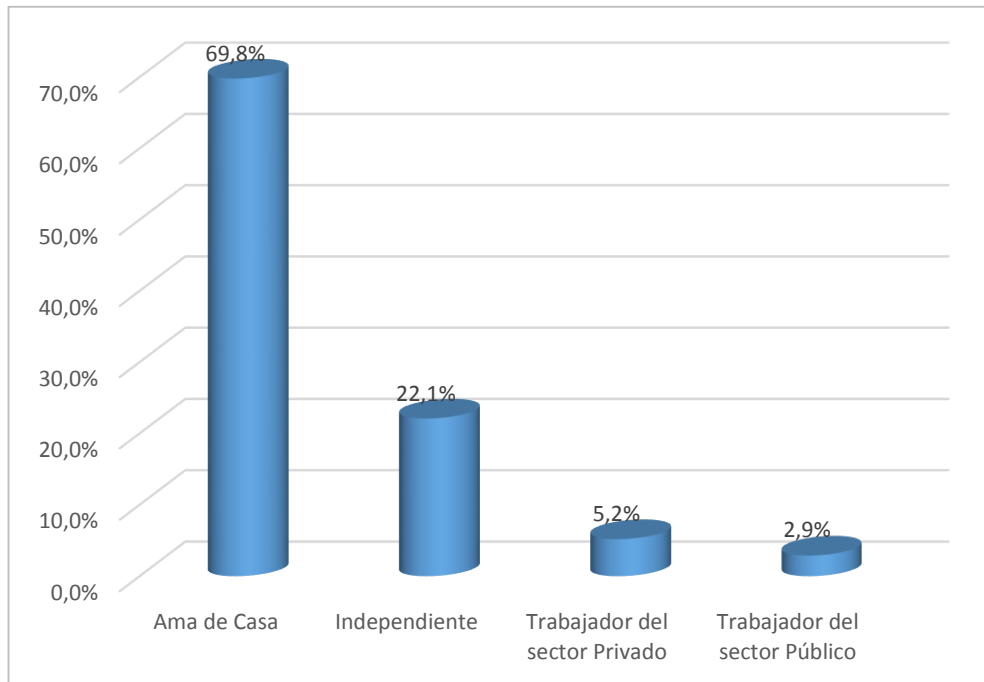
Factores sociodemográficos en gestantes añosas; según ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	240	69,8
Independiente	76	22,1
Trabajador del sector privado	18	5,2
Trabajador del sector público	10	2,9
Total	344	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

De acuerdo a la tabla y el gráfico 4, se evidencian sobre los factores sociodemográficos en gestantes añosas; según ocupación, el 69,8% (240) de gestantes fueron amas de casa, mientras un 22,1%(76) trabajadoras independientes, el 5,2% (18) trabajadoras del sector privado y finalmente el 2,9% (10) trabajadoras del sector público.



Fuente: Tabla 4

Gráfico 4: Factores sociodemográficos en gestantes añosas; según ocupación

Tabla 5

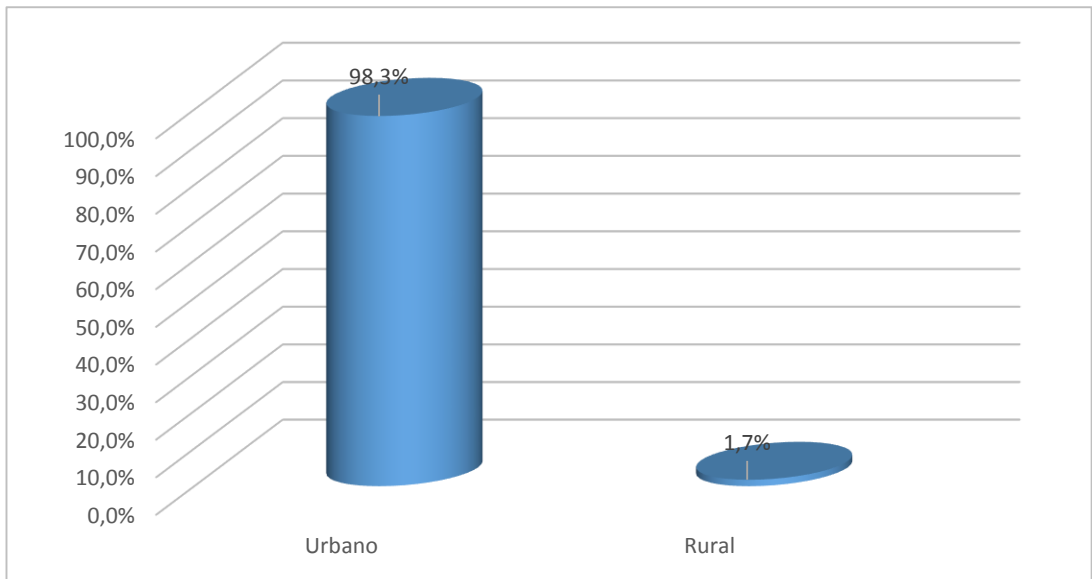
Factores sociodemográficos en gestantes añosas; según lugar de procedencia

Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	338	98,3
Rural	6	1,7
Total	344	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

De conformidad con la tabla y el gráfico 5, se evidencia en relación a los factores sociodemográficos en gestantes añosas; según lugar de procedencia, el 98,3% (338) de gestantes son de una zona urbana y solo el 1,7% (6) pertenecen a una zona rural.



Fuente: Tabla 5

Gráfico 5: Factores sociodemográficos en gestantes añosas; según lugar de procedencia

FACTORES OBSTÉTRICOS DE LAS GESTANTES AÑOSAS CON COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Tabla 6

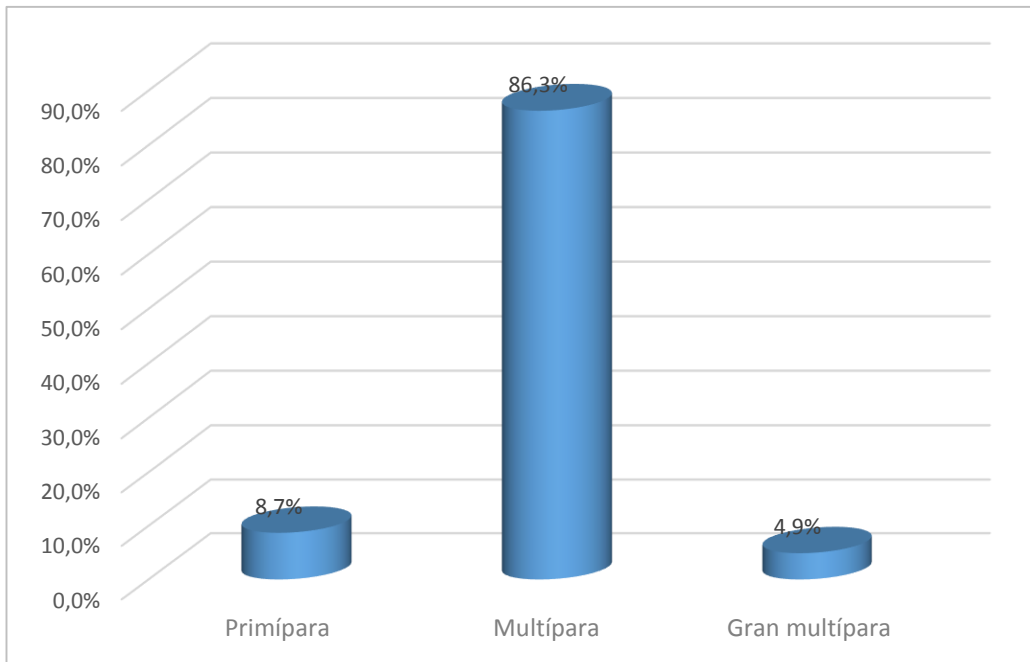
Factores obstétricos en gestantes añosas; según paridad

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Primípara	30	8,7
Múltipara	297	86,3
Gran múltipara	17	4,9
Total	344	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

De acuerdo a la tabla y el gráfico 6, se muestra sobre los factores obstétricos en gestantes añosas; según paridad, el 86,3% (297) son múltiparas, seguido de un 8,7% (30) primíparas, y finalmente el 4,9% (17) gran múltiparas.



Fuente: Tabla 6.

Gráfico 6: Factores obstétricos en gestantes añosas; según paridad

Tabla 7

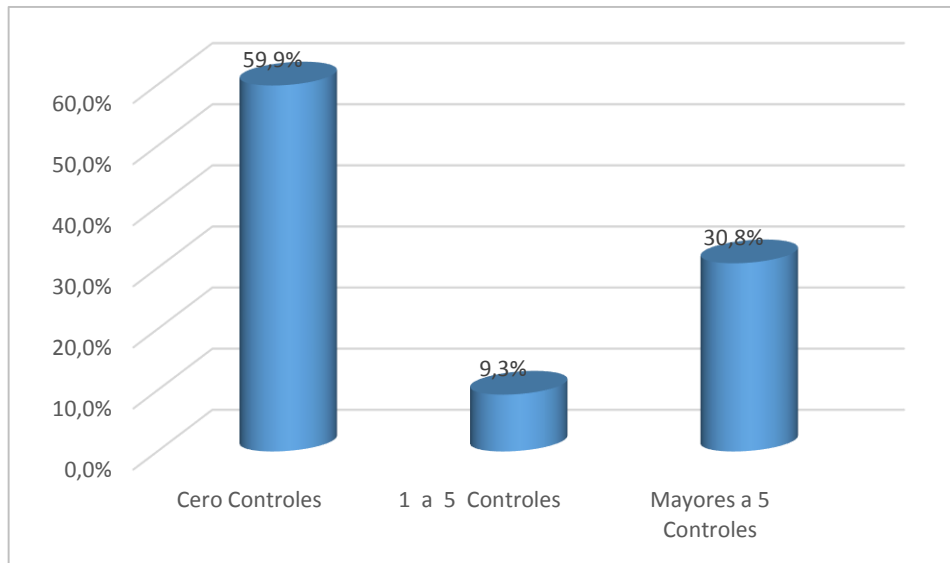
Factores obstétricos en gestantes añosas; según control pre natal

Control pre natal	Frecuencia	Porcentaje
Cero controles	206	59,9
1 a 5 controles	32	9,3
Mayores a 5 controles	106	30,8
Total	344	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla y el gráfico 6, se evidencia a cerca de los factores obstétricos en gestantes añosas; según control pre natal, el 59,9% (206) no tuvieron controles, seguido de un 30,8% (106) tuvieron más de 5 controles y finalmente el 9,3% (32) tuvieron de 1 a 5 controles.



Fuente: Tabla 7

Gráfico 7

Factores obstétricos en gestantes añosas; según control pre natal

Tabla 8

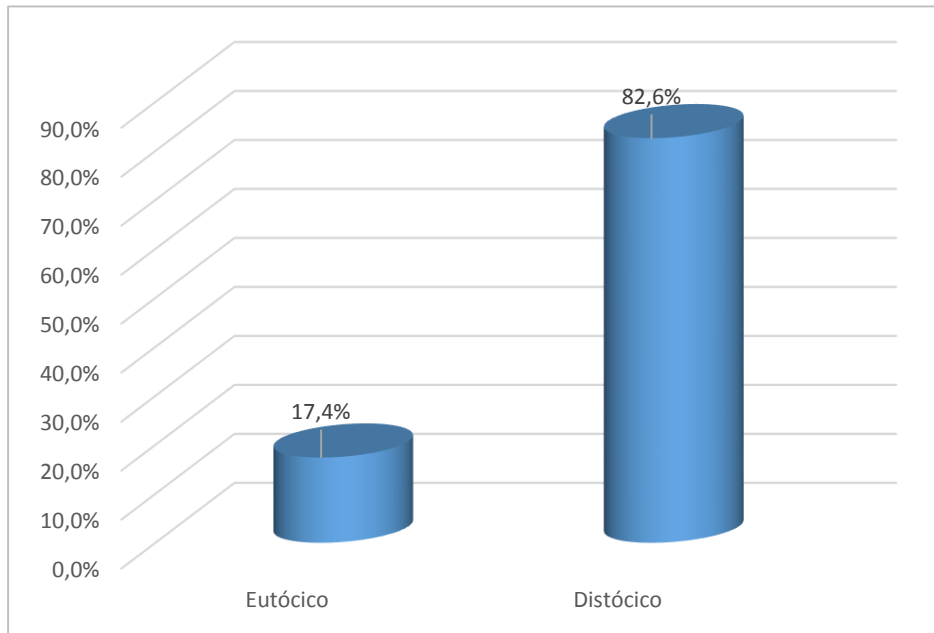
Factores obstétricos en gestantes añosas; según tipo de parto

Tipo de parto	Frecuencia	Porcentaje
Eutócico	60	17,4
Distócico	284	82,6
Total	344	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

De acuerdo a la tabla y el gráfico 8, se evidencia a cerca de los factores obstétricos en gestantes añosas, según tipo de parto; el 82,6% (284) tuvieron parto distócico y el 17,4% (60) de las gestantes tuvieron parto eutócico.



Fuente: Tabla 8

Gráfico 8: Factores obstétricas en gestantes añosas; según tipo de parto

Tabla 9

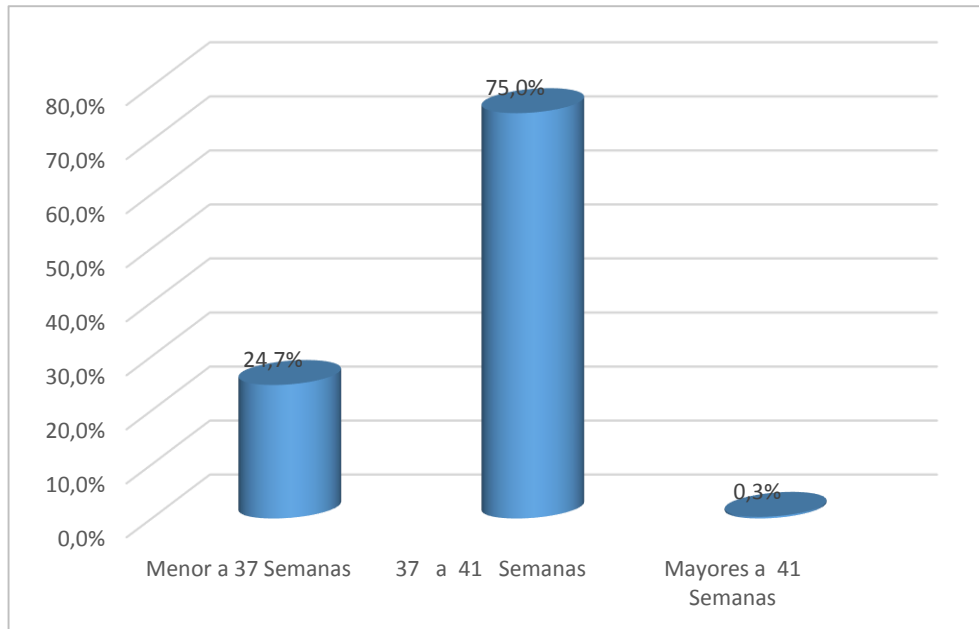
Factores obstétricos en gestantes añosas; según edad gestacional

Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje
Menores de 37 Semanas	85	24,7
37 a 41 Semanas	258	75,0
Mayores de 41 Semanas	1	0,3
Total	344	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

De acuerdo a la tabla y el gráfico 9, se evidencia sobre los factores obstétricos en gestantes añosas; según edad gestacional, el 75,0% (258) tuvieron de 37 a 41 semanas, seguido de un 24,7% (85) tuvieron menor de 37 semanas y finalmente el 0,3% (1) tuvieron más de 41 semanas.



Fuente: Tabla 9

Gráfico 9: Factores obstétricas en gestantes añosas; según edad gestacional

Tabla 10

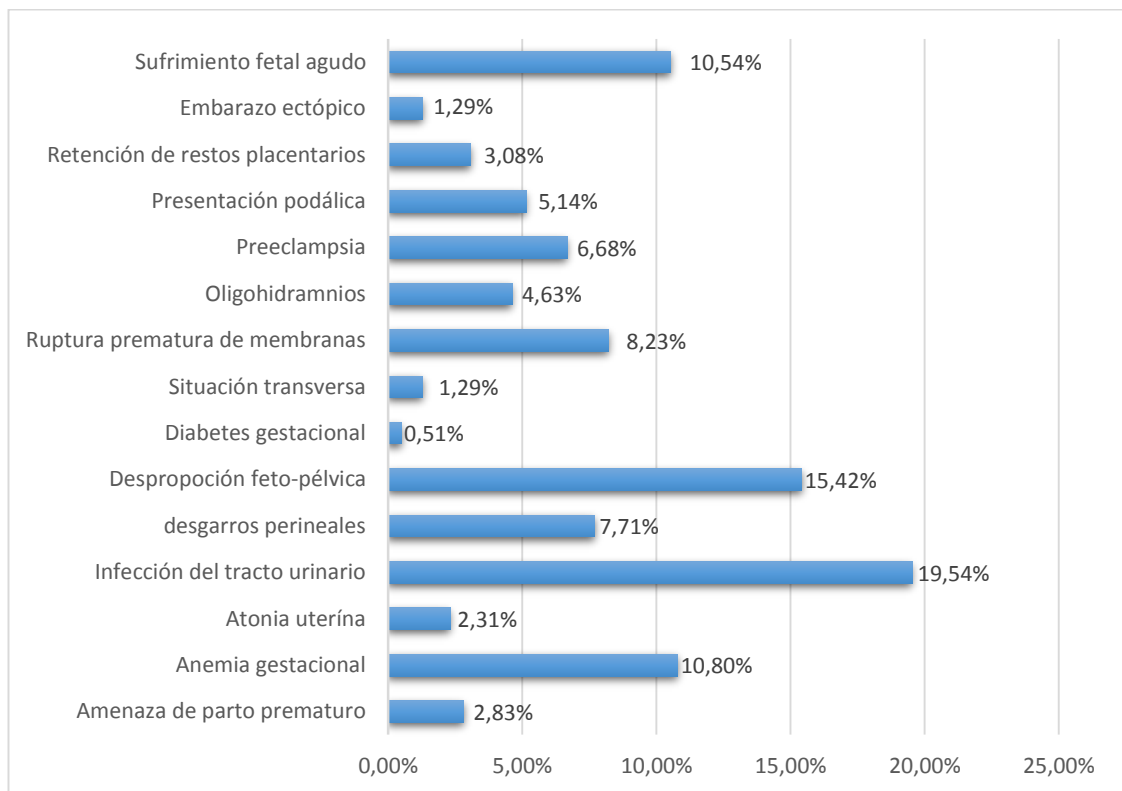
*Distribución de las complicaciones obstétricas de las gestantes
añosas*

Complicaciones obstétricas	Frecuencia	Porcentaje
Anemia gestacional	42	10,80
Amenaza de parto prematuro	11	2,83
Atonía uterina	9	2,31
Infección del tracto urinario	76	19,54
Desgarros perineales	30	7,71
Desproporción feto - pélvica	60	15,42
Diabetes gestacional	2	0,51
Situación transversa	5	1,29
Ruptura prematura de membranas	32	8,23
Oligohidramnios	18	4,63
Pre-eclampsia	26	6,68
Presentación podálica	20	5,14
Retención de restos placentarios	12	3,08
Embarazo ectópico	5	1,29
Sufrimiento fetal agudo	41	10,54

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla y gráfico 10, se presentan las principales complicaciones obstétricas de gestantes añosas: el 19,54% presentaron infección del tracto urinario, seguido de desproporción feto-pélvica 15,42%, anemia gestacional 10,80%, sufrimiento fetal agudo 10,54%, y en menor proporción ruptura prematura de membranas 8,23%, desgarros perineales 7,71%, pre-eclampsia 6,68%, presentación podálica 5,14%, oligohidramnios 4,63% retención de restos placentarios 3,08%, amenaza de parto prematuro 2,83%, atonía uterina 2,31%, situación transversa, embarazo ectópico 1,29% y finalmente diabetes gestacional 0,51%



Fuente: Tabla 10

Gráfico 10: *Distribución de las complicaciones obstétricas de las gestantes añosas*

**ASOCIACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS,
OBSTÉTRICOS CON LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN
GESTANTES AÑOSAS**

Tabla 11

*Asociación entre factores sociodemográficos e infección del tracto
urinario en gestantes añosas*

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Infección del tracto urinario				Total		Chi ²	P
	Si		No		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Edad de la gestante								
35 a 39 años	59	17,2	200	58,1	259	75,3	1,788	0,409
40 a 44 años	17	4,9	62	18,0	79	23,0		
45 años a más	0	0,0	6	1,7	6	1,7		
Lugar de procedencia								
Urbano	75	21,8	263	76,5	338	98,3	0,104	0,747
Rural	1	0,3	5	1,5	6	1,7		
Grado de instrucción								
Analfabeta	0	0,0	1	0,3	1	0,3	5,084	0,279
Primaria	8	2,3	36	10,5	44	12,8		
Secundaria	48	14,0	173	50,3	221	64,2		
Superior no universitario	12	3,5	21	6,1	33	9,6		
Superior universitario	8	2,3	37	10,8	45	13,1		
Ocupación								
Ama de casa	52	15,1	188	54,7	240	69,8	0,808	0,847
Independiente	18	5,2	58	16,9	76	22,1		
Trabajador del sector privado	3	0,9	15	4,4	18	5,2		
Trabajador del sector público	3	0,9	7	2,0	10	2,9		
Estado civil								
Casada	11	3,2	51	14,8	62	18,0	0,925	0,630
Conviviente	40	11,6	138	40,1	178	51,7		
Soltera	25	7,3	79	23,0	104	30,2		
Total	76	22,1	268	77,9	344	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 11 se evidencia que la infección del tracto urinario no está asociada significativamente con la edad de la gestante ($p=0,409$), lugar de procedencia ($p=0,747$), grado de instrucción ($p=0,279$), ocupación ($p=0,847$), ni con el estado civil ($p=0,630$) siendo estos de mayor nivel de significancia ($\alpha=0,05$).

Tabla 12

Asociación entre factores obstétricos e infección del tracto urinario en gestantes añosas.

FACTORES OBSTÉTRICOS	Infección del tracto urinario				Total		Chi ²	P
	Si		No		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Paridad								
Primípara	0	0,0	30	8,7	30	8,7	9,325	0,009
Múltipara	72	20,9	225	65,4	297	86,3		
Gran múltipara	4	1,2	13	3,8	17	4,9		
Control pre natal								
Cero controles	43	12,5	163	47,4	206	59,9	1,089	0,580
1 a 5 controles	6	1,7	26	7,6	32	9,3		
Mayores a 5 controles	27	7,8	79	23,0	106	30,8		
Tipo de parto								
Eutócico	0	0,0	60	17,4	60	17,4	20,610	0,000
Distócico	76	22,1	208	60,5	284	82,6		
Edad gestacional								
Menor de 37 semanas	9	2,6	44	12,8	53	15,4	1,260	0,533
37 a 41 semanas	67	19,5	223	64,8	290	84,3		
Mayor de 41 semanas	0	0,0	1	0,3	1	0,3		
Total	76	22,1	268	77,9	344	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 12 se evidencia que la infección del tracto urinario presenta asociación significativa con la paridad ($p=0,009$) y tipo de parto ($p=0,000$), mientras que no se evidencia relación con el control prenatal ($p=0,580$) y la edad gestacional ($p=0,533$) siendo estos de mayor nivel de significancia ($\alpha=0,05$).

Tabla 13

Asociación entre factores sociodemográficos y desproporción feto pélvica en gestantes añosas

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Desproporción feto pélvica				Total		Chi ²	P
	Si		No					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Edad de la gestante								
35 a 39 años	49	14,2	210	61,0	259	75,3	1,650	0,438
40 a 44 años	10	2,9	69	20,1	79	23,0		
45 años a más	1	0,3	5	1,5	6	1,7		
Lugar de procedencia								
Urbano	60	17,4	278	80,8	338	98,3	1,290	0,256
Rural	0	0,0	6	1,7	6	1,7		
Grado de instrucción								
Analfabeta	0	0,0	1	0,3	1	0,3	3,403	0,493
Primaria	8	2,3	36	10,5	44	12,8		
Secundaria	35	10,2	186	54,1	221	64,2		
Superior no universitario	5	1,5	28	8,1	33	9,6		
Superior universitario	12	3,5	33	9,6	45	13,1		
Ocupación								
Ama de casa	33	9,6	207	60,2	240	69,8	7,809	0,050
Independiente	20	5,8	56	16,3	76	22,1		
Trabajador del sector privado	5	1,5	13	3,8	18	5,2		
Trabajador del sector público	2	0,6	8	2,3	10	2,9		
Estado civil								
Casada	10	2,9	52	15,1	62	18,0	1,431	0,489
Conviviente	28	8,1	150	43,6	178	51,7		
Soltera	22	6,4	82	23,8	104	30,2		
Total	60	17,4	284	82,6	344	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

En la tabla 13 no se evidencia que la desproporción feto pélvica se asocie significativamente con la edad de la gestante ($p=0,438$), lugar de procedencia ($p=0,256$), grado de instrucción ($p=0,493$), ocupación ($p=0,050$) ni con el estado civil ($p=0,489$) siendo estos de mayor nivel de significancia ($\alpha=0,05$).

Tabla 14

Asociación entre factores obstétricos y desproporción feto-pélvica en gestantes añasas

FACTORES OBSTÉTRICOS	Desproporción feto pélvica				Total		Chi ²	P
	Si		No		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Paridad								
Primípara	8	2,3	22	6,4	30	8,7	3,365	0,186
Múltipara	51	14,8	246	71,5	297	86,3		
Gran múltipara	1	0,3	16	4,7	17	4,9		
Control pre natal								
Cero controles	36	10,5	170	49,4	206	59,9	3,592	0,166
1 a 5 controles	2	0,6	30	8,7	32	9,3		
Mayores a 5 Controles	22	6,4	84	24,4	106	30,8		
Tipo de parto								
Eutócico	0	0,0	60	17,4	60	17,4	15,354	0,000
Distócico	60	17,4	224	65,1	284	82,6		
Edad gestacional								
Menor de 37 semanas	3	0,9	50	14,5	53	15,4	10,545	0,005
37 a 41 semanas	56	16,3	234	68,0	290	84,3		
Mayor de 41 semanas	1	0,3	0	0,0	1	0,3		
Total	60	17,4	284	82,6	344	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

De acuerdo a la tabla 14, se muestra que la desproporción feto-pélvica presenta asociación significativa con tipo de parto y edad gestacional ($p=0,000$ y $p=0,005$), mientras que no se encontró asociación con la paridad y control prenatal ($p=0,186$ y $p=0,166$), siendo estos de mayor nivel de significancia ($\alpha=0,05$).

Tabla 15

Asociación entre factores sociodemográficos y anemia gestacional en gestantes añasas

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Anemia gestacional				Total		Chi ²	P
	Si		No		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Edad de la gestante								
35 a 39 años	27	7,8	232	67,4	259	75,3	3,120	0,210
40 a 44 años	14	4,1	65	18,9	79	23,0		
45 años a más	1	0,3	5	1,5	6	1,7		
Lugar de procedencia								
Urbano	41	11,9	297	86,3	338	98,3	0,113	0,737
Rural	1	0,3	5	1,5	6	1,7		
Grado de instrucción								
Analfabeta	0	0,0	1	0,3	1	0,3	1,396	0,845
Primaria	7	2,0	37	10,8	44	12,8		
Secundaria	24	7,0	197	57,3	221	64,2		
Superior no universitario	5	1,5	28	8,1	33	9,6		
Superior universitario	6	1,7	39	11,3	45	13,1		
Ocupación								
Ama de casa	32	9,3	208	60,5	240	69,8	3,110	0,595
Independiente	8	2,3	68	19,8	76	22,1		
Trabajador del sector privado	2	0,6	16	4,7	18	5,2		
Trabajador del sector público	0	0,0	10	2,9	10	2,9		
Estado civil								
Casada	9	2,6	53	15,4	62	18,0	1,804	0,406
Conviviente	24	7,0	154	44,8	178	51,7		
Soltera	9	2,6	95	27,6	104	30,2		
Total	42	12,2	302	87,8	344	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

De conformidad con la tabla 15, no se evidencia que la anemia gestacional se asocie significativamente con la edad de la gestante (p -valor=0,210), procedencia (p =0,737), grado de instrucción (p -valor=0,845), ocupación (p =0,595) ni con el estado civil (p =0,406) siendo estos de mayor nivel de significancia (α =0,05).

Tabla 16

Asociación entre factores obstétricos y anemia gestacional en gestantes añosas.

FACTORES OBSTÉTRICOS	Anemia gestacional				Total		Chi ²	P
	Si		No		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Paridad								
Primípara	3	0,9	27	7,8	30	8,7	2,219	0,330
Múltipara	35	10,2	262	76,2	297	86,3		
Gran múltipara	4	1,2	13	3,8	17	4,9		
Control pre natal								
Cero controles	25	7,3	181	52,6	206	59,9	3,552	0,169
1 a 5 controles	7	2,0	25	7,3	32	9,3		
Mayores a 5 controles	10	2,9	96	27,9	106	30,8		
Tipo de parto								
Eutócico	14	4,1	46	13,4	60	17,4	8,390	0,004
Distócico	28	8,1	256	74,4	284	82,6		
Edad gestacional								
Menor de 37 semanas	10	2,9	43	12,5	53	15,4	2,705	0,259
37 a 41 semanas	32	9,3	258	75,0	290	84,3		
Mayor de 41 semanas	0	0,0	1	0,3	1	0,3		
Total	42	12,2	302	87,8	344	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

De conformidad con la tabla 16, se evidencia que la anemia gestacional presenta una asociación de manera significativa con el tipo de parto ($p=0,004$), así como que no se encontró asociación significativa con la paridad ($p\text{-valor}=0,330$), control pre natal ($p=0,169$), ni con la edad gestacional ($p=0,259$) siendo estos de mayor nivel de significancia ($\alpha=0,05$).

Tabla 17

Asociación entre factores sociodemográficos sufrimiento fetal agudo en gestantes aÑosas

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Sufrimiento fetal agudo				Total		Chi ²	P
	Si		No		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Edad de la gestante								
35 a 39 años	30	8,7	229	66,6	259	75,3	0,198	0,906
40 a 44 años	10	2,9	69	20,1	79	23,0		
45 a más años	1	0,3	5	1,5	6	1,7		
Lugar de procedencia								
Urbano	41	11,9	297	86,3	338	98,3	0,826	0,363
Rural	0	0,0	6	1,7	6	1,7		
Grado de instrucción								
Analfabeta	0	0,0	1	0,3	1	0,3	1,560	0,816
Primaria	5	1,5	39	11,3	44	12,8		
Secundaria	29	8,4	192	55,8	221	64,2		
Superior no universitario	2	0,6	31	9,0	33	9,6		
Superior universitario	5	1,5	40	11,6	45	13,1		
Ocupación								
Ama de casa	27	7,8	213	61,9	240	69,8	3,743	0,291
Independiente	8	2,3	68	19,8	76	22,1		
Trabajador del sector privado	3	0,9	15	4,4	18	5,2		
Trabajador del sector público	3	0,9	7	2,0	10	2,9		
Estado civil								
Casada	9	2,6	53	15,4	62	18,0	0,695	0,707
Conviviente	19	5,5	159	46,2	178	51,7		
Soltera	13	3,8	91	26,5	104	30,2		
Total	41	11,9	303	88,1	344	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

De acuerdo con la tabla 17, no se evidencia que el sufrimiento fetal agudo se asocie significativamente con la edad de la gestante ($p=0,906$), lugar de procedencia ($p=0,363$), grado de instrucción ($p=0,816$), ocupación ($p=0,291$), ni con el estado civil ($p=0,707$) siendo estos de mayor nivel de significancia ($\alpha=0,05$).

Tabla 18

Asociación entre factores obstétricos y sufrimiento fetal agudo en gestantes añosas

FACTORES OBSTÉTRICOS	Sufrimiento fetal agudo				Total		Chi ²	P
	Si		No		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Paridad								
Primípara	7	2,0	23	6,7	30	8,7	4,094	0,129
Múltipara	32	9,3	265	77,0	297	86,3		
Gran múltipara	2	0,6	15	4,4	17	4,9		
Control pre natal								
Cero controles	26	7,6	180	52,3	206	59,9	0,347	0,841
1 a 5 controles	4	1,2	28	8,1	32	9,3		
Mayores a 5 controles	11	3,2	95	27,6	106	30,8		
Tipo de parto								
Eutócico	0	0,0	60	17,4	60	17,4	9,834	0,002
Distócico	41	11,9	243	70,6	284	82,6		
Edad gestacional								
Menor a 37 semanas	3	0,9	50	14,5	53	15,4	2,500	0,286
37 a 41 semanas	38	11,0	252	73,3	290	84,3		
Mayor de 41 semanas	0	0,0	1	0,3	1	0,3		
Total	41	11,9	303	88,1	344	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

Conforme a la tabla 18, se muestra que el sufrimiento fetal agudo presenta una asociación de forma significativa con el tipo de parto ($p=0,002$), así como que no se encontró asociación significativa con la paridad (p -valor= $0,129$), control pre natal (p -valor= $0,841$), ni con la edad gestacional ($p =0,286$) siendo estos de mayor nivel de significancia ($\alpha=0,05$).

Tabla 19

Asociación entre factores sociodemográfico y ruptura prematura de membranas en gestantes añasas

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Ruptura prematura de membranas				Total		Chi ²	P
	Si		No		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Edad de la gestante								
35 a 39 años	23	6,7	236	68,6	259	75,3	0,504	0,777
40 a 44 años	8	2,3	71	20,6	79	23,0		
45 años a más	1	0,3	5	1,5	6	1,7		
Lugar de procedencia								
Urbano	32	9,3	306	89,0	338	98,3	0,626	0,429
Rural	0	0,0	6	1,7	6	1,7		
Grado de instrucción								
Analfabeta	0	0,0	1	0,3	1	0,3	3,122	0,538
Primaria	2	0,6	42	12,2	44	12,8		
Secundaria	25	7,3	196	57,0	221	64,2		
Superior no universitario	2	0,6	31	9,0	33	9,6		
Superior universitario	3	0,9	42	12,2	45	13,1		
Ocupación								
Ama de casa	25	7,3	215	62,5	240	69,8	4,224	0,238
Independiente	5	1,5	71	20,6	76	22,1		
Trabajador del sector privado	0	0,0	18	5,2	18	5,2		
Trabajador del sector público	2	0,6	8	2,3	10	2,9		
Estado civil								
Casada	3	0,9	59	17,2	62	18,0	2,305	0,316
Conviviente	20	5,8	158	45,9	178	51,7		
Soltera	9	2,6	95	27,6	104	30,2		
Total	32	9,3	312	90,7	344	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

Conforme a la tabla 18, se evidencia que la infección del tracto urinario no presenta asociación significativa con la edad de la gestante ($p=0,777$), lugar de procedencia ($p\text{-valor}=0,429$), grado de instrucción ($p\text{-valor}=0,538$), ocupación ($p\text{-valor}=0,238$) ni con el estado civil ($p= 0,316$) siendo estos de mayor nivel de significancia ($\alpha=0,05$).

Tabla 20

Asociación entre factores obstétricos y ruptura prematura de membranas en gestantes añosas

FACTORES OBSTÉTRICOS	Ruptura prematura de membranas				Total		Chi ²	P
	Si		No		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Paridad								
Primípara	5	1,5	25	7,3	30	8,7	3,688	0,158
Múltipara	27	7,8	270	78,5	297	86,3		
Gran múltipara	0	0,0	17	4,9	17	4,9		
Control pre natal								
Cero controles	24	7,0	182	52,9	206	59,9	5,015	0,081
1 a 5 controles	0	0,0	32	9,3	32	9,3		
Mayores a 5 controles	8	2,3	98	28,5	106	30,8		
Tipo de parto								
Eutócico	11	3,2	49	14,2	60	17,4	7,025	0,008
Distócico	21	6,1	263	76,5	284	82,6		
Edad gestacional								
Menor de 37 semanas	4	1,2	49	14,2	53	15,4	9,944	0,007
37 a 41 semanas	27	7,8	263	76,5	290	84,3		
Mayor de 41 semanas	1	0,3	0	0,0	1	0,3		
Total	32	9,3	312	90,7	344	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

De acuerdo a la tabla 18, se evidencia que la infección del tracto urinario presenta asociación de forma significativa con el tipo de parto (p -valor=0,008) y la edad gestacional (p = 0,007), mientras que no se evidencia asociación significativa con la paridad (p =0,158) ni con el control prenatal (p =0,081), siendo estos de mayor nivel de significancia (α =0,05).

Tabla 21

Asociación entre factores sociodemográficos y desgarros perineales en gestantes aÑosas

FACTORES SOCIDEMOGRÁFICOS	Desgarros perineales				Total		Chi ²	P
	Si		No		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Edad de la gestante								
35 a 39 años	22	6,4	237	68,9	259	75,3	4,708	0,095
40 a 44 años	6	1,7	73	21,2	79	23,0		
45 años a más	2	0,6	4	1,2	6	1,7		
Lugar de procedencia								
Urbano	27	7,8	311	90,4	338	98,3	13,071	0,000
Rural	3	0,9	3	0,9	6	1,7		
Grado de instrucción								
Analfabeta	1	0,3	0	0,0	1	0,3	13,398	0,009
Primaria	5	1,5	39	11,3	44	12,8		
Secundaria	21	6,1	200	58,1	221	64,2		
Superior no universitario	1	0,3	32	9,3	33	9,6		
Superior universitario	2	0,6	43	12,5	45	13,1		
Ocupación								
Ama de casa	21	6,1	219	63,7	240	69,8	0,270	0,966
Independiente	7	2,0	69	20,1	76	22,1		
Trabajador del sector privado	1	0,3	17	4,9	18	5,2		
Trabajador del sector público	1	0,3	9	2,6	10	2,9		
Estado civil								
Casada	4	1,2	58	16,9	62	18,0	1,602	0,449
Conviviente	14	4,1	164	47,7	178	51,7		
Soltera	12	3,5	92	26,7	104	30,2		
Total	30	8,7	314	91,3	344	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

Conforme a la tabla 21, se muestra que de los factores sociodemográficos de las gestantes añosas asociados al desgarro perineal se encuentran, el lugar de procedencia ($p=0,095$), y grado de instrucción ($p=0,009$), mientras que no se evidencia asociación de forma significativa con la edad de la gestante ($p\text{-valor}=0,095$), ocupación ($p=0,966$) ni con el estado civil ($p=0,449$) siendo estos de mayor nivel de significancia ($\alpha=0,05$).

Tabla 22

*Asociación entre factores obstétricos y desgarros perineales en gestantes
añosas*

FACTORES OBSTÉTRICOS	Desgarros perineales				Total		Chi ²	P
	Si		No					
	N°	%	N°	%	N°	%		
Paridad								
Primípara	1	0,3	29	8,4	30	8,7	1,452	0,484
Múltipara	28	8,1	269	78,2	297	86,3		
Gran múltipara	1	0,3	16	4,7	17	4,9		
Control pre natal								
Cero controles	19	5,5	187	54,4	206	59,9	1,236	0,539
1 a 5 controles	4	1,2	28	8,1	32	9,3		
Mayores a 5 controles	7	2,0	99	28,8	106	30,8		
Tipo de parto								
Eutócico	30	8,7	30	8,7	60	17,4	15,567	0,000
Distócico	0	0,0	284	82,6	284	82,6		
Edad gestacional								
Menor de 37 semanas	2	0,6	51	14,8	53	15,4	2,043	0,360
37 a 41 semanas	28	8,1	262	76,2	290	84,3		
Mayor de 41 semanas	0	0,0	1	0,3	1	0,3		
Total	30	8,7	314	91,3	344	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

De acuerdo con la tabla 22, se evidencia que los desgarros perineales en las gestantes añosas presentan asociación de manera significativa con el tipo de parto (p-valor=0,000), mientras que no se evidencia asociación significativa con la paridad (p-valor=0,484), control pre natal (p-valor=0,539), ni con la edad gestacional (p-valor 0,360) siendo estos de mayor nivel de significancia ($\alpha=0, 5$).

Tabla 23

Asociación entre factores sociodemográficos y pre-eclampsia en gestantes añasas

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Pre-eclampsia				Total		Chi ²	P
	Si		No		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Edad de la gestante								
35 a 39 años	21	6,1	238	69,2	259	75,3	0,773	0,679
40 a 44 años	5	1,5	74	21,5	79	23,0		
45 años a más	0	0,0	6	1,7	6	1,7		
Lugar de procedencia								
Urbano	26	7,6	312	90,7	338	98,3	0,499	0,480
Rural	0	0,0	6	1,7	6	17		
Grado de instrucción								
Analfabeta	0	0,0	1	0,3	1	0,3	2,413	0,660
Primaria	3	0,9	41	11,9	44	12,8		
Secundaria	20	5,8	201	58,4	221	64,2		
Superior no universitario	1	0,3	32	9,3	33	9,6		
Superior universitario	2	0,6	43	12,5	45	13,1		
Ocupación								
Ama de Casa	23	6,7	217	63,1	240	69,8	5,116	0,163
Independiente	3	0,9	73	21,2	76	22,1		
Trabajador del sector Privado	0	0,0	18	5,2	18	5,2		
Trabajador del sector Público	0	0,0	10	2,9	10	2,9		
Estado civil								
Casada	5	1,5	57	16,6	62	18,0	0,691	0,708
Conviviente	15	4,4	163	47,4	178	51,7		
Soltera	6	1,7	98	28,5	104	30,2		
Total	26	7,6	318	92,4	344	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

De acuerdo con la tabla 23, se muestra que la pre-eclampsia no presenta asociación significativa con los factores sociodemográficos: edad de la gestante ($p=0,679$), lugar de procedencia ($p\text{-valor}=0,480$), grado de instrucción ($p\text{-valor}=0,660$), ocupación ($p=0,163$) ni con el estado civil ($p\text{-valor} 0,708$) siendo estos de mayor nivel de significancia ($\alpha=0,05$).

Tabla 24

*Asociación entre factores obstétricos y pre-eclampsia en gestantes
añosas*

FACTORES OBSTÉTRICOS	Pre-eclampsia				Total		Chi ²	P
	Si		No		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Paridad								
Primípara	4	1,2	26	7,6	30	8,7	1,363	0,449
Múltipara	21	6,1	276	80,2	297	86,3		
Gran múltipara	1	0,3	16	4,7	17	4,9		
Control pre natal								
Cero controles	18	18,8	206	5,2	54,7	59,9	1,786	0,409
1 a 5 controles	3	2,9	32	0,9	8,4	9,3		
Mayores a 5 controles	5	10,1	106	1,5	29,4	30,8		
Tipo de parto								
Eutócico	1	0,3	59	17,2	60	17,4	3,610	0,057
Distócico	25	7,3	259	75,3	284	82,6		
Edad gestacional								
Menor de 37 semanas	10	2,9	43	12,5	53	15,4	11,513	0,003
37 a 41 semanas	16	4,7	274	79,7	290	84,3		
Mayor de 41 semanas	0	0,0	1	0,3	1	0,3		
Total	26	7,6	318	92,4	344	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

Conforme a la tabla 23, se muestra que la pre-eclampsia presenta asociación de forma significativa con la edad gestacional (p -valor=0,003), mientras que no se evidencia asociación significativa con la paridad (p =0,449), control pre natal (p =0,409), ni con el tipo de parto (p -valor=0,057), siendo estos de mayor nivel de significancia (α =0,05).

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En el presente estudio se analizó a 344 gestantes añosas ≥ 35 años, donde se encuentra que la distribución según edad de las gestantes añosas con complicaciones obstétricas, durante el año 2021 fue de 75,3% en gestantes añosas de 35 a 39 años, esta cifra reportada es superior a las que obtuvo el estudio de Zumaeta Trisia (2) que encontró un 73,0% de las gestantes añosas entre 35 a 39 años, en su estudio complicaciones obstétricas en gestantes añosas, realizado en el Hospital Regional de Loreto. A la vez también se evidencia que es superior a los resultados que obtuvo Yupanqui Karla (13) que encontró, un 68,42% de las gestantes añosas entre 35 a 39 años, en su estudio factores de riesgo asociados a las complicaciones ocurridas durante el parto en gestantes añosas que fueron atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho.

Con respecto al lugar de procedencia, la mayoría de las gestantes añosas fueron de zona urbana con un 98,3% y de zona rural 1,7%, este resultado es muy diferente a la investigación de Zumaeta Trisia (2) en su estudio encontró que el 40,4% son de zona urbano marginal, seguido de 34,8% de zona urbana y el 24,8% de zona rural.

Según el grado de instrucción de las gestantes añosas, se evidenció que el 64,2% tienen un grado de estudio de nivel secundaria, seguido de 13,1% superior universitario, esta cifra es casi similar al estudio realizado por Apaza Sara (4) donde se evidencia que el 63,17% tuvieron una educación secundaria. De la misma manera este dato obtenido se asemeja al estudio de Zumaeta Trisia (2), donde se observa que el 61,7% de las gestantes añosas tienen un grado de instrucción de nivel secundaria, en los resultados obtenidos en el estudio realizado por Fernández José (14), la mayoría de las

gestantes añosas presentan un nivel de educación secundaria con un porcentaje de 89,48%.

Asimismo, se muestra en relación a la ocupación, la mayor frecuencia de las gestantes añosas fueron las amas de casa con un 69,8%. A diferencia de los resultados que obtuvo el estudio de Zumaeta Trisia (2) la mayoría de las gestantes tuvieron una ocupación de ama de casa con un 92,2%. En el estudio realizado por Yupanqui Karla (13) se observa que también llegó al mismo resultado, donde el 93,42% son gestantes con ocupación de ama de casa, estos dos últimos datos superan a los resultados que se consiguieron en el estudio.

En referencia al estado civil, se pudo encontrar que la mayoría de gestantes son casadas, cuya cifra fue de 51,7%, seguido del 30,3% son convivientes, mientras que el 18,0% son solteras. Cuyos datos obtenidos son casi semejantes al estudio realizado por Molina Gladys (12), que encontró un 55,7% fueron casadas. En cambio estas cifras no concuerdan con otros estudios realizados como el de Yupanqui Karla (13), en su estudio titulado, "factores de riesgo asociados a las complicaciones durante el parto en gestantes añosas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho", donde el 84,87% son gestantes que conviven con sus parejas; de la misma forma se encontró en la investigación de Apaza Sara (4) en su estudio titulada, "frecuencia y consecuencias maternas y perinatales en gestantes añosas de Hospital Hipólito Unanue de Tacna", donde se pudo encontrar que la mayoría de gestantes son convivientes siendo el 74,81% a diferencia de las gestantes casadas con un 18,33%.

Según los factores obstétricos de las gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, se encontró que el 86,3% son multíparas, estos datos son comparados con el estudio realizado por Yupanqui Karla (13) donde obtuvo un resultado con una pequeña diferencia, el 78,29% fueron gestantes multíparas, a la vez, se comparó con el estudio de Zumaeta Trisia (2) donde obtuvo una cifra

inferior al comparar con el resultado del presente estudio donde el 58,2% fueron gestantes multíparas.

En cuanto a la atención prenatal, se pudo encontrar que el 59,9% de gestantes añosas, no tuvieron ni un control prenatal, el 30,8% tuvieron mayor a 5 controles y finalmente el 9,3% tuvieron de 1 a 5 controles, estas cifras no coinciden con otros estudios realizados como el de Yupanqui Karla (13) el 78,95% tuvieron control prenatal, de igual forma con el estudio de Zumaeta Trisia (2) el 56,7% tuvieron de 6 a más controles. Esto significa que las gestantes del presente estudio no fueron a sus controles por el temor de contagio del COVID-19. A la vez, tienen dificultades en ir a su control prenatal por realizar labores domésticas, tener un embarazo no deseado, o se olvidaban de la cita programada según el estudio de Fernández Yovany (55).

En relación al tipo de parto se encontró que el 82,6% de las gestantes añosas tuvieron un parto distócico, mientras que en menor porcentaje de 17,4% tuvieron un parto eutócico, a diferencia al estudio realizado por Blandón Yury (9) que encontró un 46% de partos distócicos, mientras que 56% fueron partos eutócicos. Así mismo en el estudio de Zumaeta Trisia (2) se observa que la mayoría tuvo parto eutócico en un 53,9%. Cabe resaltar que en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna se evidencia que hay mayor frecuencia de parto distócico de las gestantes añosas.

En cuanto a la edad gestacional de las gestantes añosas, se encontró que el 75% tuvo una edad gestacional de 37 a 41 semanas de gestación, este resultado se comparó con el estudio realizado por Yupanqui Karla (13) quien obtuvo como resultado que el 96,05% tuvieron entre 37 a 41 semanas de gestación. Esto quiere decir que la mayoría de las gestantes presentaron un parto a término.

Las principales complicaciones obstétricas que se presentaron en las gestantes añosas fueron: infección del tracto urinario, seguido de desproporción feto-pélvica, anemia gestacional, sufrimiento fetal

agudo, ruptura prematura de membranas, desgarros perineales, pre-eclampsia. Esta distribución de complicaciones obstétricas se asemeja al estudio realizado por Calderón Margot (16) donde obtuvo como resultado como primer lugar a la infección del tracto urinario. De la misma manera se encontró resultados similares en el estudio de Zumaeta Trisia (2) donde obtuvo como principales complicaciones obstétricas, a la anemia, infección del tracto urinario, pre-eclampsia y desgarro perineal. Asimismo, se ha identificado las principales complicaciones obstétricas en el estudio realizado por Fernández José (14) como las más frecuentes fueron la enfermedad hipertensiva por el embarazo en segundo lugar la infección del tracto urinario y oligohidramnios.

En cuanto a las complicaciones obstétricas (desgarros perineales) están asociados significativamente a los factores sociodemográficos (lugar de procedencia y grado de instrucción), a diferencia del estudio realizado por Zumaeta Trisia (2) donde no se encontró relación significativa con los factores sociodemográficos y complicaciones obstétricas.

Con respecto a los factores obstétricos (atención prenatal, edad gestacional y tipo de parto) y las complicaciones obstétricas (infección del tracto urinario, desproporción feto-pélvica, anemia gestacional, sufrimiento fetal agudo, ruptura prematura de membranas, desgarros perineales y la pre-eclampsia) se encontró relación significativa. Estos resultados son comparados con el estudio realizado por Zumaeta Trisia (2) donde obtuvo como resultado relación significativa con la atención prenatal, en cuanto a los demás factores obstétricos no se encontró relación significativa con la paridad, tipo de parto, ni con la edad gestacional, siendo estos de mayor nivel de significancia ($\alpha=0,05$).

CONCLUSIONES

1. Con respecto a los factores sociodemográficos se encontró que el 75,3% de las gestantes añosas tuvo una edad de 35 a 39 años, el 51,2% fueron casadas, el 64,2% de las gestantes tuvieron educación secundaria, el 69,8% con ocupación de ama de casa y el 98,3% de las gestantes proceden de zona urbana.
2. Referente a los factores obstétricos de las gestantes añosas se encontró que el 86,3% de las gestantes fueron multíparas, el 59,9% de las gestantes no tuvieron control prenatal, el 82,6% tuvieron un parto distócico y el 75,0% de las gestantes tuvieron una edad gestacional de 37 a 41 semanas.
3. Las principales complicaciones presentadas por las gestantes añosas fueron: infección del tracto urinario (19,54%), desproporción fetopélvica (15,42%), anemia gestacional (10,80%), sufrimiento fetal agudo (10,54%), ruptura prematura de membranas (8,23%), desgarros perineales (7,71%), pre-eclampsia (6,68%), presentación podálica (5,14%), oligohidramnios (4,63%), retención de restos placentarios (3,08%), amenaza de parto prematuro (2,83%), atonía uterina (2,31%), situación transversa y embarazo ectópico (1,29%) y finalmente diabetes gestacional (0,51%).
4. Con respecto a los factores sociodemográficos solo existe relación significativa con la complicación desgarros perineales con lugar de procedencia y grado de instrucción.

5. En cuanto a los factores obstétricos, se encontró relación significativa con la complicación: infección del tracto urinario, con la paridad y tipo de parto; así mismo la desproporción feto-pélvica y ruptura prematura de membranas, presentaron asociación significativa con tipo de parto y edad gestacional; mientras el desgarro perineal, sufrimiento fetal agudo y anemia gestacional solo presentaron asociación con tipo de parto; a su vez la pre-eclampsia presentó relación significativa únicamente con la edad gestacional.

RECOMENDACIONES

1. A los representantes de la Dirección Regional de salud, se recomienda realizar la implementación de un plan de actividades de difusión masiva con los medios de comunicación local, en temas relacionados a la salud sexual y reproductiva, embarazo y promoción, para brindar información detallada en temas de prevención de embarazo en mujeres añosas con la finalidad de disminuir la morbilidad materno perinatal.
2. Al director del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, a que pueda coordinar con los gerentes de los establecimientos de salud de menor capacidad resolutive, para que refieran oportunamente a las gestantes con alguna enfermedad preexistente que complique su salud. Se recomienda a las obstetras del primer nivel realizar atención integral a todas las gestantes en el primer trimestre, de esa manera asegurar la salud del binomio madre niño.
3. A los profesionales obstetras para que realicen el seguimiento de gestantes y planes de mejora de la calidad en la atención de gestantes ≥ 35 años que tienden a acudir a un establecimiento de salud.
4. A las (los) Obstetras de los diversos establecimientos de salud, que capten a las gestantes y realicen su control prenatal de manera oportuna, con la finalidad de detectar a tiempo las complicaciones que están asociados a los factores, ya que es una edad de alto riesgo, por lo cual se sugiere realizar la interconsulta y/o referencia oportuna a otro establecimiento de mayor complejidad para asegurar la salud del binomio madre niño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Balestena JM, Pereda Y, Milán JR. La edad materna avanzada como elemento favorecedor de complicaciones obstétricas y del nacimiento. Rev. Ciencias Médicas Pinar Río. [en línea] 2015; Octubre [Citado:2022 febrero 16] vol.19, (5):789-802p. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-31942015000500004
2. Zumaeta TM. Complicaciones obstétricas en gestantes añosas atendidas en el Hospital Regional de Loreto julio - diciembre 2018. [Tesis para optar el título profesional] [en línea]. Loreto: Universidad Científica del Perú; 2020 [Citado: 2022 febrero 17]. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/978>
3. Organización mundial de la salud. Mortalidad materna [en línea]. [Citado: marzo 09]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
4. Apaza S. Frecuencia y consecuencias maternas y perinatales en gestantes añosas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en los años 2011 a 2015. [Tesis para optar el título profesional] [en línea]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2017 [Citado: 2022 junio 17]. Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/2333>
5. MINSA; Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades [en línea]. [citado: 2022 junio 29]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2022/SE44/mmaterna.pdf>
6. PERÚ: Mortalidad Materna Sigue en Aumento en el Contexto de Covid-19. Un llamado a la Acción. [en línea]. [Citado: 2022 junio 29]. Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2021-04-26/ppt-mesa-sub-gt-smn-alerta-incremento-de-muertes-maternasvpreliminar.pdf>
7. Karolinski A, Mercer R, Micone P. Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: Revista Panamericana de salud pública [en línea]. [Citado: 2022 junio 29]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n4-5/351-359/>
8. Coaquira D. Quenaya C. Relación entre edad materna avanzada y resultados materno perinatales en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2000 - 2018. Rev. Médica Hospital Hipólito Unanue Tacna [en línea].

2019 mayo [Citado: 2022 febrero 17];12(1). Disponible en: <https://revista.hospitaltacna.gob.pe/index.php/revista2018/article/view/90>

9. Blandón Y, Dávila M. Complicaciones obstétricas en mujeres mayores de 35 años que ingresaron al servicio de Obstetricia del Hospital Regional Escuela San Juan de Dios Estelí, en el período de enero 2016 a junio del 2017. [Tesis para optar al Título Profesional] [en línea]. Nicaragua: Universidad autónoma de Nicaragua, Managua 2019. [Citado 2022 junio 29] Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/11260/1/19798.pdf>
10. Romero J. Resultados maternos y perinatales en gestantes añosas con trastornos hipertensivos en la Clínica de Maternidad Rafael Calvo durante 1 de agosto 2016 a 1 de agosto de 2017. [Tesis para optar Título Profesional] [en línea] Cartagena: Universidad de Cartagena; 2017 [Citado: 2022 junio 29]. Disponible en: <https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/5923/INFORME%20DOCTOR.pdf>
11. Campos Y, Parra J. Relación entre gestantes añosas y complicaciones maternas en gestantes atendidas en el Centro Salud CLAS Parcoma, 2019. [Tesis para optar Título Profesional]. [en línea] Ica: Universidad Autónoma Ica 2021 [Citado: 2022 marzo 29]; Disponible en: <http://localhost/xmlui/handle/autonomadeica/1025>
12. Molina G. Complicaciones obstétricas en gestantes mayores de 35 años en el Hospital Lircay, Huancavelica 2018. [Tesis para optar Título Profesional] [en línea] Ica: Universidad Nacional de Huancavelica 2019 [Citado: 2022 febrero 17]; Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/2644>
13. Yupanqui KS. Factores de riesgo asociados a las complicaciones durante el parto en gestantes añosas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho Enero – Julio 2017. [Tesis para optar Título Profesional]. [en línea] Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal 2018. [Citado: 2022 febrero 17]; Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/1880>
14. Fernández J. Complicaciones obstétricas en las gestantes añosas atendidas en el Hospital “María Auxiliadora” en el período de enero a diciembre del 2014. [Tesis para optar Título Profesional] [en línea] Lima: Universidad Ricardo Palma 2016 [Citado febrero 26]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/510>
15. Romero D. Edad materna avanzada como factor de riesgo para incremento de morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de

Tacna año 2016. [Tesis para optar Título Profesional] [en línea] Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2017 [Citado 2022 febrero 29]. Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2804283>

16. Calderón M. Riesgo materno y perinatal en gestantes de 35 años a más en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2011-2015 [Tesis para optar Segunda Especialidad]. [en línea] Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2017 [citado 2022 junio 3]. Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3381>
17. Menéndez G, Navas I, Hidalgo Y, et al. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev. Cuba Obste Ginec. [en línea]. 2012 septiembre [citado 2022 junio 3] 38(3):333-42. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2012000300006
18. Resolución Ministerial N° 827-2013-MINSA [en línea]. [Citado 2022 junio 25]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/198935-827-2013-minsa>
19. Herrera M. Mujeres en edad fértil: Etapa crucial en la vida para el desarrollo óptimo de las futuras generaciones. [en línea]. [Citado 2022 junio 25]. 2017; 30(2) Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1023558/art-5.pdf#:~:text=Seg%C3%BAn%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de,embarazos%20producto%20de%20diferentes%20circunstanCIAS.>
20. Hurtado C. Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes añosas y adolescentes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García, enero a diciembre 2013. [Tesis para optar Título Profesional] [en línea]. Iquitos: Universidad Nacional Amazona del Perú; 2014 [Citado 2022 febrero 17]. Disponible en: <https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/3715>
21. Maternidad después de 35 años. Scielo. [en línea]. 2017; junio [Citado 2022 febrero 22] 22(1): 13-26. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772017000100002
22. Qué es un embarazo de alto riesgo [en línea]. [Citado 2022 febrero 17]. Disponible en:

<https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion/riesgo>

- 23.** Chamy P, Cardemil M, et al. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas de 35 años. Rev. Chil Obstet Gineco [en línea] 2009. [Citado 2022 febrero 22] 74(6):331-8. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000600003#:~:text=La%20comparaci%C3%B3n%20entre%20embarazadas%20de,y%20defectos%20cong%C3%A9nitos%2C%20entre%20otros.
- 24.** Donoso B, Oyarzún E. Embarazo de alto riesgo. Revista Médica Medwave [en línea]. 2012 junio [Citado 2022 febrero 17].12(05). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5429>
- 25.** Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología. 2da edición; 2018 [en línea]. [Citado 2022 marzo 17]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>
- 26.** Obstetricia Williams 25° Edición. Libros de Medicina. Editorial Mexicana 2019 [en línea] [Citado 2022 marzo 7]. Disponible en: [https://www.udocz.com/apuntes/74517/obstetricia-willams-25-edicion?fbclid=IwAR03EbnJQeD7bG-GyKVGNHZmL8HLqrtgwe4WZhOi_wUR1rjvH6rekqqjvbA#_="](https://www.udocz.com/apuntes/74517/obstetricia-willams-25-edicion?fbclid=IwAR03EbnJQeD7bG-GyKVGNHZmL8HLqrtgwe4WZhOi_wUR1rjvH6rekqqjvbA#_=)
- 27.** Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica. 1era edición. Perú: cinco editores; 2007.
- 28.** Ochoa A, Pérez J. Amenaza de parto prematuro: Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. An Sist Sanit Navar. [en línea] 1era edición 2009 [Citado 2022 marzo 7]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200011
- 29.** Fernando A, Virna C, Elsa C, Segundo M, et al. Guías de práctica clínica de Obstetricia. Primera edición. Callao; 2007
- 30.** Sufrimiento Fetal Agudo: Revista de post grado [en línea]. [Citado 2022 junio 26]. Disponible en: https://med.unne.edu.ar/revistas/revista112/suf_fet_agu.htm
- 31.** Vallecillo G., Niz J. Parto distócico por desproporción feto-pélvica. Revista Médica [en línea]. 1era edición Honduras [Citado 2022 junio 27]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1975/pdf/Vol43-4-1975-5.pdf>

- 32.** Presentación de nalgas. MedlinePlus enciclopedia médica [en línea]. [Citado 2022 septiembre 6]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_presentations/100193_1.htm
- 33.** Schwarcz R. y Fescina R. Obstetricia. 6ta Edición. Argentina: editorial el eteneo; 2014
- 34.** Transversa. [en línea]. [citado 27 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/embarazo/transversa>
- 35.** Sarabia E, Díaz J, García V. Pre-eclampsia severa, eclampsia, síndrome de HELLP, comportamiento clínico. Rev Fac Med UNAM. [en línea]. 2005 [Citado 2022 junio 26]. 48(4):145-50. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no48-4/RFM48405.pdf>
- 36.** Vigíl P y Olmedo J. Diabetes gestacional: conceptos actuales. Ginecología Obstétrica México. [en línea]. 2017 [Citado 2022 junio 26] 85(6):380-90. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2017/gom176g.pdf>
- 37.** Tuesca R, Acosta T, Domínguez B, Ricaurte C, et al. Diabetes gestacional: implementación de una guía para su detección en la atención primaria de salud. Revista Médica de Chile. [en línea] 2019 [Citado 2022 junio 26] volumen 147(2):190-8. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000200190
- 38.** Síntomas y causas de la diabetes. NIDDK. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. [en línea]. [citado 6 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/sintomas-causas>
- 39.** Medina A, Sánchez; Reyes A, Hernández A, Martínez M, et al. Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. Medicina Interna México. [en línea] 2017 [citado 6 de marzo de 2022]. volumen 33. Disponible en: 33(1):91-8.
- 40.** Villalobos L. y Zarate J. Período intergenésico corto como factor de riesgo asociado a anemia gestacional en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, durante noviembre del 2015 – Abril del 2016 [en línea]. Chiclayo: Universidad Particular de Chiclayo 2016: [citado 2022 de junio 28]. Disponible en: <http://repositorio.udch.edu.pe/bitstream/UDCH/733/1/TESIS%20UDCH%20OBSTETRICIA%20VILLALOBOS-ZARATE.pdf>

41. Bastos M. Anemia ferropénica. Revista española. [en línea] 2009 [citado 2022 de junio 28] volumen 101: 70-70. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082009000100010101\(1\)](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082009000100010101(1))
42. MINSA. Norma técnica de salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. 2017.
43. Anemia Síntomas y causas. Mayo Clinic [en línea]. [citado 2022 marzo 6]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anemia/symptoms-causes/syc-20351360>
44. Marín M. Anemia megaloblástica, generalidades y su relación con el déficit neurológico. Arch Med. Manizales [en línea] 2019; julio [Citado 2022 marzo 6];19(2). Disponible en: <https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/2776>
45. Ministerio de salud del Perú. Norma técnica de manejo preventivo y terapéutico de la anemia. 1era edición. Perú: Tiraje; 2017 [en línea]. [citado 27 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
46. Ministerio de salud del Perú. Directiva sanitaria que establece las disposiciones para garantizar las prestaciones de prevención y control de la anemia en el contexto del covid-19. 1era edición. Lima- Perú: 2020
47. Senado J. Factores de riesgo. Rev. Cuba Med. Gen Integral. [en línea] 1999; Agosto [citado: 2022 noviembre 29];15(4): 446-52p. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400018
48. Decherney, A; Nathan, L; et al. 12ava edición. Editorial Medica. 2021. Embarazo normal y cuidados prenatales; Diagnóstico y tratamiento gineco obstétricos. I [en línea]. [citado: 2022 noviembre 29]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1494§ionid=98123785>
49. Ibarra JL, García V, et al. Síndrome poliuria: polidipsia de causa autoinmune en el posparto. Rev. Perú Ginecol. Obstet [en línea]. abril de 2021 [citado: 2022 noviembre 29].67(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S230451322021000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- 50.** Polifagia [en línea]. [citado: 2022 noviembre 29]. Disponible en: <https://www.semiologiaclinica.com/index.php/articlecontainer/motivosdeconsulta/126-polifagia>
- 51.** Manejo del primer periodo del trabajo de parto normal | Manual de obstetricia y procedimientos medico quirúrgicos. AccessMedicina. McGraw Hill Medical [en línea]. [citado: 2022 noviembre 29]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1756§ionid=121619352>
- 52.** Alesso N, Bertoldi A. Dolor y complicaciones posquirúrgicas en histerorrafia intra vs extrabdominal en operación cesárea. Methodo Investig Ap. Las Cienc Biológicas [en línea]. 29 de marzo de 2019 [citado: 2022 noviembre 29].4(1). Disponible en: <https://methodo.ucc.edu.ar/index.php/methodo/article/view/99>
- 53.** Brandan, N. catedra de bioquímica; hemoglobina. [en línea]. [citado: 2022 noviembre 29]. Disponible en: https://docs.moodle.org/all/es/images_es/5/5b/Hemoglobina.pdf
- 54.** Muerte Materna [en línea]. MINSA. [citado: 2022 noviembre 29]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/muerte-materna/>
- 55.** Fernández Y; Estrada A; et al. Inasistencia al control prenatal, en gestantes atendidas en centro de salud de Tumbes. Conocimiento para el desarrollo; 2019 [citado: 2022 noviembre 29]; 10(1): 8p

ANEXOS

ANEXO N°1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTORES ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES AÑOSAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021

I. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. EDAD DE LA PACIENTE:

- a) 35 - 39 años ()
- b) 40 - 44 años ()
- c) 45 años a más ()

2. PROCEDENCIA:

- a) Urbano ()
- b) Rural ()

3. GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- a) Analfabeta ()
- b) Primaria ()
- c) Secundaria ()
- d) Superior no universitario ()
- e) Superior universitario ()

4. OCUPACIÓN:

- a) Independiente ()
- b) Ama de casa ()
- c) Trabajador del sector público ()
- d) Trabajador del sector privado ()

5. ESTADO CIVIL:

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

II. FACTORES OBSTÉTRICOS

6. PARIDAD:

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

7. CONTROL PRENATAL:

- a) 0 controles ()
- b) 1-5 controles ()
- c) ≥ 6 controles ()

8. TIPO DE PARTO:

- a) Parto eutócico ()
- b) Parto distócico ()

9. EDAD GESTACIONAL:

- a) Menor de 37 semanas ()
- b) 37 a 41 semanas ()
- c) Mayor de 41 semanas ()

III. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

10. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

1. Anemia gestacional	Si ()	No ()
2. Atonía uterina	Si ()	No ()
3. Amenaza de parto prematuro	Si ()	No ()
4. Diabetes gestacional	Si ()	No ()
5. Desgarro perineal	Si ()	No ()
6. Desproporción feto pélvica	Si ()	No ()
7. Embarazo ectópico	Si ()	No ()
8. Infección del tracto urinario	Si ()	No ()
9. Oligohidramnios	Si ()	No ()
10. Presentación podálica	Si ()	No ()
11. Pre eclampsia	Si ()	No ()
12. Ruptura prematura de membranas	Si ()	No ()
13. Retención de restos placentarios	Si ()	No ()
14. Situación transversa	Si ()	No ()
15. Sufrimiento fetal agudo	Si ()	No ()

ANEXO N°2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

FACTORES ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES AÑOSAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021								
PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	MUESTRA	DISEÑO	INSTRUMENTO	ESTADÍGRAFO
<p>Principal ¿cuáles son los factores asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021?</p>	<p>General Determinar los factores asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021</p> <p>Específico Identificar los factores sociodemográficos de las gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2021</p> <p>Identificar los factores obstétricos de las gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2021</p> <p>Identificar las principales complicaciones obstétricas de las gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2021</p> <p>Determinar la relación que existe entre los factores sociodemográficos y las complicaciones obstétricas más frecuentes de las gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2021.</p> <p>Determinar la relación que existe entre los factores obstétricos y las y las complicaciones obstétricas más frecuentes de las gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2021.</p>	<p>H₁: Los factores sociodemográficos y obstétricos presentan relación significativa con las complicaciones obstétricas de las gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2021</p> <p>H₀ : Los factores sociodemográficos y obstétricos no presentan relación significativa con las complicaciones obstétricas de las gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2021</p>	<p>Variable independiente Factores Sociodemográficos y obstétricos</p> <p>Variable dependiente Complicaciones obstétricas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Grado de instrucción • Procedencia • Ocupación • Estado civil • Paridad • Control prenatal • Tipo de parto • Edad gestacional <ol style="list-style-type: none"> 1. Atonía uterina 2. Anemia gestacional 3. Amenaza de parto prematuro 4. Diabetes gestacional 5. Desgarros perineales 6. Desproporción feto pélvica 7. Embarazo ectópico 8. Infección del tracto urinario 9. Sufrimiento fetal agudo 10. Oligohidramnios 11. Presentación podálica 12. Pre eclampsia 13. Ruptura prematura de membranas 14. Retención de restos placentarios 15. Situación transversa 	<p>Población 344 gestantes añosas</p> <p>Muestra 344 gestantes añosas</p>	<p>Método Descriptivo Correlacional</p> <p>Nivel básico</p> <p>Diseño No experimental de corte transversal</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>	<p>Base de datos: SPSS Versión 22.</p> <p>Para determinar la asociación entre las variables, se utilizaron pruebas no paramétricas chi - cuadrado de Pearson, se consideró un valor de $p < 0,05$ y con un intervalo de confianza (IC) del 95 %. La presentación de los resultados se hizo mediante tablas y gráficos.</p>

ANEXO N°3: VALIDACIÓN POR EXPERTOS DE FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

L. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto):

Mag. Obsteta. Yubitzza Del Lourdes Pérez Aguilar

1.2. Grado académico:

Magister

1.3 Profesión:

obstetra

1.4. Institución donde labora:

C. S. La Esperanza

1.5. Cargo que desempeña:

obsta. Asistencial (nivel 2-4)

1.6. Denominación del Instrumento:

"Factores asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes afeosas atendidas en el Hospital Hipólito Unzué de Tacna, 2021"

1.7. Autor del instrumento:

Veny Turpo Flores

1.8. Programa de pregrado:

Escuela de Obstetricia - UNJBG

II. VALIDACION

INDICADORES DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los items del instrumento	Muy Malo	Malo	Regular	Buena	Muy Buena
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				X	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				X	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría				X	
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable				X	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de items presentados en el instrumento				X	
SUMATORIA PARCIAL					20	5
SUMATORIA TOTAL					26	

II. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa: Regular () Buena (X) Muy buena ()

3.2. Opinión: FAVORABLE X DEBE MEJORAR _____
NO FAVORABLE _____

Tacna, 25, 03, 22


FIRMA _____
Ing. FERRER, Juan Aguirre
Directo Especialista
COP 20487 A.M.E. N° 004 E.SS

EVALUACIÓN DE EXPERTOS

NOMBRE: *Yubitzá Del Lourdes Pérez Aguilar.*

	CLARIDAD		OBJETIVIDAD		CONSISTENCIA		COHERENCIA		PERTINENCIA		SUFICIENCIA		
N° de ítem	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión		Están expresados en conductas observables, medibles.		Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría		Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable		La categoría de respuestas y sus valores son apropiados		Son suficientes la cantidad y calidad de ítems en el instrumento		OBSERVACIONES
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
1	X		X		X		X		X		X		
2	X		X		X		X		X		X		
3	X		X		X		X		X		X		
4	X		X		X		X		X		X		
5	X		X		X		X		X		X		
6	X		X		X		X		X		X		
7	X		X		X		X		X		X		
8	X		X		X		X		X		X		
9	X		X		X		X		X		X		
10	X		X		X		X		X		X		

Tacna, *25.03.22*



FIRMA
CIP 20187 I.N.E.L. Nº 204 C-03



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE
INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto):

FLORES FLORES JACKELINO ROSEMARY

1.2. Grado académico:

MAESTRO EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

1.3 Profesión:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

1.4. Institución donde labora:

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

1.5. Cargo que desempeña:

DOCENTE AUXILIAR TIEMPO COMPLETO

1.6. Denominación del instrumento:

"Factores asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes afosas atendidas en el Hospital Hipólito Unzué de Tacna, 2021"

1.7. Autor del instrumento:

Veny Turpo Flores

1.8. Programa de pregrado:

Escuela de Obstetricia - UNJBG

II. VALIDACION

INDICADORES DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los items del instrumento	Muy Malo	Mal	Regular	Bueno	Muy Bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				X	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría				X	
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					X
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de items presentados en el instrumento				X	
SUMATORIA PARCIAL					12	15
SUMATORIA TOTAL		27				

II. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa: Regular () Bueno () Muy bueno (X)

3.2. Opinión: FAVORABLE X DEBE MEJORAR _____
NO FAVORABLE _____

Tacna, 29.03.2022


FIRMA

EVALUACIÓN DE EXPERTOS

NOMBRE: *JACKELINE ROSEMARY FLORES FLORES*

	CLARIDAD		OBJETIVIDAD		CONSISTENCIA		COHERENCIA		PERTINENCIA		SUFICIENCIA		
N° de ítem	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión.		Están expresados en conductas observables, medibles.		Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría		Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable		La categoría de respuestas y sus valores son apropiados		Son suficientes la cantidad y calidad de ítems en el instrumento		OBSERVACIONES
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
1	X		X		X		X		X		X		
2	X		X		X		X		X		X		
3	X		X		X		X		X		X		
4	X		X		X		X		X		X		
5	X		X		X		X		X		X		
6	X		X		X		X		X		X		
7	X		X		X		X		X		X		
8	X		X		X		X		X		X		
9	X		X		X		X		X		X		
10	✓		X		X		X		X		X		

Tacna, 29/03/2022


FIRMA



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE
INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto):

Rejas Vargas Miguel Lasterria

1.2. Grado académico:

Especialista Maestro Salud Pública

1.3. Profesión:

Obstetra

1.4. Institución donde labora:

P.S. 5 de Noviembre

1.5. Cargo que desempeña:

Obstetra Asistencial Responsable Estrategia SSA

1.6. Denominación del instrumento:

"Factores asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes afeosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021"

1.7. Autor del instrumento:

Veny Turpo Flores

1.8. Programa de pregrado:

Escuela de Obstetricia - UNJBG

II. VALIDACION

INDICADORES DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los items del instrumento	Muy Malo	Mal	Regular	Bueno	Muy Bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					X
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					X
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de items presentados en el instrumento					X
SUMATORIA PARCIAL						30
SUMATORIA TOTAL		30				

II. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa: Regular () Bueno () Muy bueno (X)

3.2. Opinión: FAVORABLE X DEBE MEJORAR _____
NO FAVORABLE _____


C. Rafael Rojas Vargas
ORSTETRA
C.D.P. 3887

FIRMA

EVALUACIÓN DE EXPERTOS

NOMBRE: *Rejas Vargas Raquel Estenia*

	CLARIDAD		OBJETIVIDAD		CONSISTENCIA		COHERENCIA		PERTINENCIA		SUFICIENCIA		
N° de ítem	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión		Están expresados en conductas observables, medibles.		Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría		Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable		La categoría de respuestas y sus valores son apropiados		Son suficientes la cantidad y calidad de ítems en el instrumento		OBSERVACIONES
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
1	X		X		Y		X		X		X		
2	X		X		X		Y		X		X		
3	X		X		X		X		X		X		
4	X		X		X		X		X		X		
5	X		X		X		X		X		X		
6	X		X		Y		X		X		X		
7	X		X		Y		X		X		X		
8	X		X		Y		X		X		X		
9	X		X		X		X		X		X		
10	Y		Y		Y		X		Y		Y		


 Cc. *Raquel Estenia Vargas*
 OBSTETRA
 C.G.P. 5887
 FIRMA

**EL DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA AUTORIZA,
 POR INTERMEDIO DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN
 INVESTIGACIÓN CIÉI-HHUT.**

Por Resolución Gerencial General Nº405-2020-GGR/GOB.REG.TACNA

CERTIFICA

Que el Proyecto de Investigación:

"FACTORES ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES AÑOSAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, 2021"	CÓDIGO 53-CIÉI-2022
--	--

Autoría (es):

VENY TURPO FLORES

Dictamen (08) otorgado por Miembro activo del CIÉ, Obst. Luz Marina Liendo Cáceres-Comité Institucional de Ética en Investigación informa como:

Titular Suplente

Según Resolución Directoral N°090-2022-DIREC-EJEC-HHUT-DRSS/GOB.REG.TACNA, quien luego de la revisión del trabajo, DETERMINA:

Puede ser desarrollado: SI NO

Cumple con el Marco ético-legal de la Investigación en seres humanos: SI NO

Vulnera derechos del paciente SI NO

Aplicará Instrumentos:

Pacientes

Personal

Otros

Consentimiento informado:

Verbal SI NO Escrito SI NO Pertinente SI NO

Impacto Ambiental Positivo Negativo

En base a ello el Comité Institucional de Ética en Investigación concluye que el proyecto:

SI NO Cumple con todos los requisitos de calidad exigidos para ser desarrollado

y en consecuencia SI NO Otorga la Aprobación, por intermedio de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.

Se expide el presente documento el día 27 de junio del 2022.


Edgar Rogelio Cáceres Coaguila
 Director Ejecutivo
 Hospital Hipólito Unanue Tacna


Lic. Blanca Raquel Zavañon Delegada
 Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e
 Investigación
 Hospital Hipólito Unanue Tacna

