

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN LAS
GESTANTES AÑOSAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
“MARÍA AUXILIADORA” EN EL PERÍODO DE ENERO
A DICIEMBRE DEL 2014.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

JOSÉ EDUARDO ELÍAS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ.

**DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS.
DIRECTOR DE LA TESIS**

**Dra. ROSA BERTHA GUTARRA VILCHEZ.
ASESORA DE LA TESIS**

LIMA – PERÚ

2016

AGRADECIMIENTO

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

DEDICATORIA

A mis padres por su amor, esfuerzo y dedicación; a mis hermanas por su afecto, paciencia y comprensión.

RESUMEN

Objetivo principal: Identificar las principales complicaciones obstétricas en las gestantes añosas atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el periodo de enero a diciembre del 2014 a fin de contribuir a la disminución de la morbimortalidad maternal y determinar las acciones pertinentes a considerar en los servicios de prevención y tratamiento.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal con método deductivo y diseño observacional de una población de estudio de 1198 pacientes gestantes añosas atendidas, mediante la revisión de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de complicaciones obstétricas en gestantes de 35 a 49 años, el traslado de datos a una ficha de recolección e ingreso de estos al programa de SPSS versión 22.0.

Resultados: Del estudio, análisis y discusión de los resultados conseguidos, se ha establecido que de un total de 7600 pacientes gestantes atendidas en el Hospital María Auxiliadora de enero a diciembre del 2014, la frecuencia de gestantes añosas (de 35 a 49 años de edad) fue de 15.76%.

Se ha identificado entre las principales complicaciones obstétricas en gestantes añosas durante el embarazo, como más frecuente la Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE), con 17.70%, que incluye la Preeclampsia Leve con un 9.10%, la Preeclampsia Grave con un 7.85%, el Síndrome de Hellp con 0.50% y la Eclampsia con 0.25%; siguen las Infecciones en Tracto Urinario (ITU), con 8.26%, y a continuación el Oligoamnios con 4.26%, las Hemorragias en la segunda mitad del embarazo con 3.92%, las Anemias Crónicas de tipo Ferropénica, con 3.26%, las Hemorragias de la primera mitad del embarazo con 0.92%, el Polihidramnios, con 0.50% y la Pielonefritis con 0.17%. Durante el Parto, con mayor frecuencia la Rotura Prematura de Membranas (RPM), con un 13.11%. Continúa, el Parto Obstruido (como Desproporción de feto, Pelvis Estrecha y

Mala posición fetal) con 8.18% y el Parto Prematuro con 3.09%. Y durante el Puerperio, como más frecuente la Anemia Aguda Post Parto con 15.78% y en menor incidencia las Infecciones de Herida Operatoria con 1.59%, las Atonías Uterinas con 1.09% y la Endometritis con 0.58%.

Conclusión: La hipótesis planteada, ha sido confirmada por la mayor incidencia de la Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE) con 17.70%, Anemia Aguda Post Parto con 15,78%, Rotura Prematura de Membranas (RPM) con 13.11%, Infecciones en el Tracto Urinario (ITU) con 8.26% y Parto Obstruido con 8.18%.

Recomendaciones: Prever y efectuar acciones orientadas a reconocer, detectar e identificar de manera adecuada, oportuna y eficaz las complicaciones obstétricas desde la atención prenatal a fin de reducir la morbimortalidad materna y perinatal; implementar e intensificar una mayor intervención médica especializada en la resolución de casos; internalizar y concientizar en las pacientes los beneficios del control prenatal e importancia de observar lo establecido en las normas de atención para facilitar la detección oportuna, de signos y síntomas de alarma durante su gestación; y, optimizar una pertinente atención de las madres en el posparto e inmediata atención del recién nacido mediante un eficiente control neonatal y seguimiento respectivo.

ABSTRACT

Main purpose: To identify the main obstetric complications in the aged pregnant women attended in María Auxiliadora Hospital from January to December 2014, in order to contribute to the reduction of maternal morbimortality and determine the relevant actions to consider in the prevention and treatment services.

Materials and Methods: An study of quantitative approach and descriptive, cross-sectional, and retrospective type with deductive method and observational design of a study population of 1198 aged pregnant patients attended, through the review of the clinical histories of patients with diagnosis of obstetric complications in 35-49 year-old pregnant women, the transfer of data to an entry sheet these to the SPSS program version 22.0.

Results: From the study, analysis and discussion of the results achieved, it has been established that from a total of 7600 pregnant patients attended in María Auxiliadora Hospital from January to December 2014, the frequency of aged pregnant women (from 35 to 49 years old) was 15.76%.

In aged pregnant women, the main obstetric complications has been identified between during pregnancy, with higher frequency the Hypertensive Disease of Pregnancy (HDP) with 17.70%, which includes the Mild Preeclampsia with a 9.10%, Severe Preeclampsia with a 7.85%, Hellp Syndrome with 0.50% and Eclampsia with 0.25%; then the Urinary Tract Infections (UTI) with 8.26%, and the Oligohydramnios with 4.26%, Hemorrhages in the second half of pregnancy with 3.92%, Iron Deficiency Chronic Anemia with 3.26%, Hemorrhages in the first half of pregnancy with 0.92%, Polyhydramnios with 0.50% and Pyelonephritis with 0.17%. During labor, with higher frequency the Premature Rupture of Membranes (PRM) with a 13.11%. Then, Obstructed Labor (as Disproportion of Fetus, Narrow Pelvis and Poor Fetal Position) with

8.18% and Premature Labor with 3.09%. And during the Puerperium, with higher frequency Acute Anemia Postpartum with 15.78% and with lower incidence infections of surgical wound with 1.59%, the Uterine Atony with 1.09% and Endometritis with 0.58%.

Conclusion: The hypothesis raised has been confirmed by the higher incidence of Hypertensive Disease of Pregnancy (HDP) with 17.70%, Acute Anemia Postpartum with 15.78%, Premature Rupture of Membranes (PRM) with 13.11%, Urinary Tract Infections (UTI) with 8.26% and Obstructed Labor with 8.18%.

Recommendations: To anticipate and carry out actions aimed to recognize, detect and identify appropriately, timely and effective obstetric complications from the prenatal care in order to reduce maternal and perinatal morbimortality; to implement and intensify a more specialized medical intervention to solve cases; internalize and raise awareness in patients the benefits of prenatal care and the importance of observing what is established in the standards of care to facilitate the timely detection of signs and symptoms of alarm during gestation; and, to optimize a pertinent care of mothers in the postpartum and immediate newborn care through an efficient neonatal control and respective monitoring.

INTRODUCCIÓN

Con el avance de la ciencia la sobrevida es cada día mayor y las exigencias de la sociedad hacen que la mujer cada día postergue más su maternidad, aun cuando existe la idea de que la edad materna avanzada se asocia con mayor frecuencia a una patología gestacional lo que repercute en la morbilidad y mortalidad materna - fetal. Sin embargo, no se ha identificado estudios en el Hospital María Auxiliadora que corroboren estos datos, en este contexto se ha desarrollado esta investigación, que consta de seis capítulos, cuatro anexos, cuarenta y nueve tablas, cuarenta y ocho gráficos, sesenta y cinco referencias bibliográficas y un total de ciento cuarenta y tres páginas.

Primer capítulo, Problema de Investigación, contiene de manera deductiva e inductiva el planteamiento y formulación del problema, precisa la justificación de la investigación por su relevancia teórica, social, local y aplicativa, indica la delimitación del problema y determina los Objetivos General y Específicos de la investigación.

Segundo capítulo, Marco Teórico, incluye antecedentes de la investigación, menciona las bases legales, desarrolla las bases teóricas en que se sustenta la investigación e indica definición de conceptos operacionales utilizados.

Tercer capítulo, Hipótesis y variables, precisa las hipótesis alterna y nula consideradas e indica la Operacionalización y Matriz de Consistencia de las variables e indicadores, según los anexos pertinentes.

Cuarto capítulo, Metodología, indica el tipo y método de investigación, determina la población y muestra, señala los instrumentos de recolección de datos, como se efectuó la recolección de datos y describe la técnica de procesamiento y análisis de datos.

Quinto capítulo, Resultados y Discusión, incluye la presentación de resultados mediante tablas y gráficos para una mejor apreciación; y,

seguidamente una consiguiente discusión de resultados mediante análisis y relación de las variables consideradas.

Sexto capítulo, Conclusiones y Recomendaciones, luego del estudio, análisis y discusión de los resultados conseguidos y en concordancia al problema formulado, objetivos determinados e hipótesis planteada, se establecieron siete conclusiones y propuesto cuatro recomendaciones.

Como anexos, se adjunta para mayor ilustración, los correspondientes a Operacionalización de variables, Matriz de Consistencia, Ficha de Recolección de Datos y Cronograma de Actividades de la investigación efectuada.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.4. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	16
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	18
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	18
2.2. BASES LEGALES.....	21
2.3. BASES TEÓRICAS.....	22
2.4. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES	38
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	46
3.1. HIPOTESIS.....	46
3.2. VARIABLES: INDICADORES	47
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....	47
4.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	48
4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	48
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	48
4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS	48
4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	49
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	49
5.1. RESULTADOS	50
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	98
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	109
CONCLUSIONES.....	109
RECOMENDACIONES.....	113
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
ANEXOS	120

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial, los casos de gestantes añosas se han incrementado de acuerdo con el paso de los años, en Estados Unidos de Norte América y Canadá en el decenio 1991-2001, el número de embarazos aumentó en un 36% en el grupo de 35 a 39 años, y 70% en el grupo de 40 a 44 años¹, según datos realizados por el Ministerio de Salud de Chile. Existen informes que establecen que entre el 1,8% y 2% de los embarazos ocurre en mujeres sobre los 40 años^{2, 3}.

En América Latina⁴⁻¹¹ nos dice que el embarazo en edades tardías es una condición que ha aumentado en los últimos años, según publicaciones chilenas^{5, 6}. Cifras nacionales de dicho país indican que un 10% del total de embarazos en 1990, un 14% en 1999, y un 16% en el 2006 ocurrieron en mujeres mayores de 35 años⁷. También, mencionan los riesgos del embarazo en edades avanzadas, como ganancia excesiva de peso^{7,8}, mortalidad materna⁵, síndrome hipertensivo del embarazo^{1,2,8}, diabetes gestacional⁸, rotura prematura de membranas, parto prematuro, y hemorragia postparto^{6,8}. Se describe mayor frecuencia de cesárea^{2,3,6-9}, Apgar menor a 7 al minuto² y a los 5 minutos¹⁰, ingreso a UCI neonatal^{2,6,8}, distrés respiratorio fetal^{6,8}, menor peso del recién nacido^{1,9} y mortalidad neonatal⁴. Por otro lado, también existen informes respecto a que la edad materna no se relacionaría con mortalidad neonatal⁸⁻¹⁰.

En México, en las últimas décadas, los censos de diversos países confirman el aumento gradual de la edad a la que se embarazan las mujeres. En Canadá, entre 1995 y 2003, la edad promedio de las mujeres al primer parto se incrementó de 28.8 a 29.6 años,¹² en la Unión

Europea de 1980 a 1993 aumentó de 27.1 a 28.6 años.¹³ En Chile, el promedio de edad de las pacientes obstétricas primíparas pasó de 25 años en 1972 a 27 años en el 2005.¹⁴ En Estados Unidos, la tasa de nacimientos de hijos de mujeres entre 35 y 39 años de edad se incrementó de 47.3 por cada mil nacidos en 2006 a 47.5 por cada mil nacidos en el 2007 y se ha mantenido en aumento en los últimos 29 años¹⁵.

La tasa de nacimientos de hijos de madres primíparas de 40 a 44 años de edad en el 2007 fue de 9.5 por cada mil nacimientos; es decir, que se incrementó en 1% en relación con el año previo¹⁵. El embarazo a edades mayores a 35 y 40 años aumenta en 1 y 2.5%, respectivamente¹⁶.

Jacobsson y su grupo reportaron un significativo incremento en el riesgo de diabetes gestacional en mujeres de 40 a 44 años de edad. Diversas publicaciones e investigaciones han reportado, incluso, 17% de incidencia de preeclampsia en mujeres mayores de 35 años, independientemente de la paridad.¹⁷⁻¹⁸

En Cuba, se ha observado que el embarazo después de 35 años es bastante común en la sociedad y por la asistencia obstetricia especializada se ha logrado el término de los mismos, a pesar de los factores de riesgo asociados. Se realizó un estudio en el Hospital Gineco-Obstétrico de Matanzas, durante el año 1999, de todas las parturientas con esta condición (171 pacientes) que representaron el 5,2% de 3,292 nacimientos. Se recogieron los datos en un libro registro y en forma de variables, se procesaron los datos en la Universidad de Matanzas, y se demostró que la edad madura (35 años en adelante) no influyó en los indicadores de mortalidad perinatal, sin embargo, la única muerte materna recayó en ese grupo.

Para la literatura universal, el embarazo en mujeres mayores de 35 años trae aparejadas complicaciones para el binomio materno-fetal, se considera de alto riesgo obstétrico (ARO) y, al igual que las de 19 años, se han clasificado como grupo de riesgo de la edad extrema de la vida.¹⁹⁻²⁶

La maternidad tardía está asociada a complicaciones, generalmente por las alteraciones crónicas preexistentes^{19,22,24-27} que inevitablemente aparecen con la edad, las cuales en su mayoría son identificadas y tratadas mediante una correcta atención prenatal.^{20,21-23,25-27}

Existe amplio conocimiento sobre las posibles complicaciones en mujeres añosas, como hipertensión arterial, leiomiomatosis uterina, preeclampsia, diabetes y presentaciones anormales, parto prematuro, restricción de crecimiento intrauterino y aumento de la mortalidad materno perinatal. Dentro de la patología neonatal más frecuente, se encuentra el aumento de la incidencia de anomalías congénitas. El objetivo de la medicina materno fetal es lograr que todo embarazo y parto culminen con una madre y un hijo sano.

Durante años se ha comprendido que ciertos subgrupos específicos tienen mayor riesgo de síndrome de Down (trisomía 21). Los 35 años, se ha establecido como límite de “embarazada en edad avanzada”, porque a partir de esta edad se inicia el incremento progresivo del riesgo para síndrome de Down y otras alteraciones cromosómicas, por tanto es el límite para practicar las pruebas necesarias con objeto de detectar estas anomalías y para tratar otros posibles problemas que van asociados a la edad materna²⁸.

En Perú, de acuerdo a la investigación realizada por el Dr. Oswaldo Tipiani en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en Lima, (2005), menciona que 490 pacientes, presentaron Complicaciones Materno–Perinatales, de las cuales, 166 tenían edad igual o mayor de 35 años.

Los controles fueron 324. La edad media de los casos fue 37,7 años, con desviación estándar de 2,2. Los resultados obtenidos muestran que existe mayor prevalencia de diabetes gestacional en gestantes añosas. La prevalencia de muerte perinatal, Apgar menor de 7 a los 5 minutos, peso bajo al nacer y morbilidad puerperal no tuvo influencia por la edad materna. El estudio concluye que, después de corregir para factores de confusión, la edad materna avanzada representa un factor de riesgo independiente para complicaciones médicas y obstétricas. El reconocimiento de dichos factores es importante para la reducción de la morbimortalidad materno-perinatal en este grupo de pacientes²⁹.

De acuerdo a la investigación realizada por el Dr. Alberto López Terrones en el Hospital María Auxiliadora entre los años 2001 y 2005, indica que de los 36,955 partos que se registraron en el periodo de estudio, el 18.69% (6,907) equivale a gestantes entre las edades de 10 y 19 años; 68.83% (25,437) a gestantes de 20 a 34 años; y 12.48% (4,611) a gestantes añosas, de 35 años a más. Considerando específicamente este último grupo, el Dr. López detalla que 29.61% (1,374) de los casos de gestantes añosas fueron partos inducidos a cesárea, mientras que 70.39% restante (3,267) fueron partos por vía vaginal. Explica, también, que dentro del grupo de las pacientes gestantes añosas inducidas a cesárea, se presentaron diversas indicaciones, entre las más resaltantes nos menciona: cesárea previa, con 235 casos; desproporción céfalo pélvica, con 196 casos; sufrimiento fetal agudo, con 149 casos; y preeclampsia/eclampsia, con 136 casos. De igual manera nos hace referencia de otras indicaciones, tales como, feto en transverso, feto en podálico, ruptura uterina, entre otros, presentándose en menor proporción³⁰.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las principales complicaciones obstétricas en las gestantes añosas atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el periodo de enero a diciembre del 2014?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Es un estudio que tiene relevancia teórica, porque se desconoce si las complicaciones de la gestante añosa son las referidas en la literatura en nuestro medio; tiene relevancia social, por que las gestantes atendidas en esta institución son de todos los estratos sociales donde predominan las de bajos recursos económicos y tiene relevancia local, porque permitirá a las autoridades correspondientes plantear intervenciones que permitan disminuir la morbimortalidad en este grupo etario basadas en evidencias de este trabajo de investigación.

A nivel mundial, los casos de gestantes añosas se han incrementado con el paso de los años. A nivel latinoamericano, el embarazo en edades tardías es una condición que ha aumentado en los últimos años. Existen informes respecto a que la edad materna no se relacionaría con la mortalidad neonatal.

En México se aprecia un incremento gradual en los casos de gestantes añosas. El embarazo a edades mayores a 35 y 40 años aumenta en 1 y 2.5%, respectivamente.

En Cuba, se ha observado que el embarazo después de 35 años es bastante común en la sociedad y por la asistencia obstétrica especializada se ha logrado el término de los mismos, a pesar de los factores de riesgo asociados.

En Perú, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en Lima, (2005), 166 de 490 pacientes, que tenían edad igual o mayor a 35 años presentaron Complicaciones Materno–Perinatales, se concluyó que la edad materna avanzada representa un factor de riesgo independiente para complicaciones médicas y obstétricas y el reconocimiento de dichos factores es importante para la reducción de la morbilidad materno-perinatal. Asimismo, en el Hospital María Auxiliadora entre los años 2001 y 2005, el 12.48% (4,611) correspondió a gestantes añosas, de 35 años a más, el 29.61% (1,374) de los casos de gestantes añosas fueron partos inducidos a cesárea, mientras que 70.39% restante (3,267) fueron partos por vía vaginal. Explica, que dentro del grupo de las pacientes gestantes añosas inducidas a cesárea, se presentaron diversas indicaciones, entre las más resaltantes: cesárea previa, desproporción céfalo pélvica, sufrimiento fetal agudo y preeclampsia/eclampsia. De igual manera nos hace referencia de otras indicaciones, en menor proporción como, feto en transverso, feto en podálico, rotura uterina, entre otros

En la actualidad, debido a cambios económicos y sociales a nivel mundial, muchas mujeres deciden ser madres después de los 35 años; una de cada cinco tiene su primer hijo después de esta edad, y aunque afortunadamente la mayoría tiene embarazos y bebés saludables, diversos estudios demuestran que las mujeres mayores de 35 años están expuestas a que manifiesten enfermedades subyacentes o sean más proclives a adquirir ciertos trastornos como diabetes, hipertensión arterial, miomatosis uterina, hemorragias, neoplasias. También es mayor la probabilidad de muerte materna asociada al embarazo por accidentes tromboembólicos, embolia y líquido amniótico, accidentes anestésicos y hemorrágicos, entre otras.

Por esta razón, es necesario que las mujeres reconozcan estos riesgos para que puedan decidir adecuadamente la conveniencia de un

embarazo o determinar cuál es el mejor momento para quedar embarazada.

Es importante, por lo tanto, determinar en nuestra población, las complicaciones obstétricas en gestantes añosas, con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbilidad materna y determinar la carga de condiciones específicas para planear servicios de prevención y tratamiento.

1.4. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El estudio se realizará en el “Hospital María Auxiliadora” en las gestantes añosas atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia durante el periodo de enero a diciembre de 2014.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Identificar las principales complicaciones obstétricas en las gestantes añosas atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el período de enero a diciembre del 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Establecer la frecuencia de gestantes añosas atendidas en el Hospital María Auxiliadora de enero a diciembre del 2014.

Determinar las características socio demográficas y obstétricas de la población de estudio.

Identificar las principales complicaciones obstétricas en gestantes añosas durante el embarazo, parto y puerperio.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- 2.1.1 CHAMY P. Verónica y colaboradores³¹**, realizaron un estudio llamado “Riesgo Obstétrico y Perinatal en Embarazadas Mayores de 35 Años, Santiago de Chile 2009” donde participaron un total de 16,338 de las cuales el 10.9% son mujeres gestantes de 35 y 39 (1781), concluyeron que hubo un mayor riesgo de enfermedades maternas entre estas edades, tales como: hipertensión arterial crónica, hospitalización durante el embarazo, diabetes, preeclampsia, hemorragia del tercer trimestre, parto cesárea, hemorragia puerperal, menor peso del recién nacido, y defectos congénitos, entre otros. Hubo mayor frecuencia de rotura prematura de membranas al analizar las mayores de 40 años.
- 2.1.2 GUIOMAR PEÑA, Martí y colaboradores³²**, realizaron una investigación titulada, “Asociación entre prematuridad y embarazadas en edad avanzada, Caracas enero del 2007”, teniendo como muestras 1,863 mujeres embarazadas (Casos: 620, Controles: 1 243). La variable de exposición fue edad ≥ 35 años y la de resultado prematuridad (gestación < 37 semanas, según la OMS), concluyeron que el embarazo en las mujeres añosas aumenta el riesgo de parto prematuro y este riesgo se incrementa si la mujer gestante es primigesta.
- 2.1.3 OBREGÓN YÁNEZ, Luisa E³³**, realizó una investigación llamada: Primigesta en edad avanzada - En el Hospital Maternidad "Concepción Palacios", Caracas set. 2007, en la que encontró un aumento importante de la morbilidad materna por predominio de trastornos hipertensivos del embarazo,

ingreso de pacientes multi referidas, incidencia de cesáreas, morbimortalidad perinatal y mortalidad materna; por ello, consideraron a la primigesta de edad avanzada como un embarazo de muy alto riesgo en nuestra institución.

2.1.4 **SCHULLER W, Alejandro y colaboradores**³⁴, realizaron una investigación llamada, “Estudio de las Gestantes de Edad Avanzada en el Hospital Universitario de Caracas 2007”. En la que utilizaron dos grupos, el grupo A, conformado por 212 mujeres gestantes mayores de 35 años y el Grupo B, de 224 embarazadas menores de 35 años. Concluyeron, que a pesar de ser las gestantes de edad avanzada un grupo de alto riesgo, el control adecuado y frecuente para la detección oportuna de las complicaciones y una conducta más intervencionista en la resolución de los casos, una mayor atención de las madres en el posparto, así como de sus hijos en forma inmediata, hacen que los índices de morbimortalidad perinatal no muestren diferencias significativas con respecto al grupo de control catalogado como de bajo riesgo.

2.1.5 **REYNA VILLASMIL, Eduardo y colaboradores**³⁵, realizaron una investigación titulada, “Resultante materno-perinatal en primigestas de 40 años o más – Caracas 2006”, con una muestra de 98 gestantes primerizas dio como resultado lo siguiente: hipertensión inducida por el embarazo, alteraciones de la presentación fetal, hemorragia de la segunda mitad del embarazo, rotura prematura de membranas, parto pretérmino, alteraciones de la presentación fetal, hemorragia de la segunda mitad del embarazo; y concluyeron, que aunque se encontró un aumento en las complicaciones antes y durante el parto, la evolución perinatal fue afectada por la edad materna. Los

recién nacidos presentaron aumentos significativos en la ocurrencia de acuerdo a las complicaciones.

2.1.6 **TIPIANI RODRÍGUEZ, Oswaldo**²⁹, en una investigación llamada ¿Es la edad materna avanzada un factor de riesgo independiente para las complicaciones materno-perinatales? en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en Lima, Perú 2005, menciona que de los 490 pacientes presentados, 166 tenían una edad igual o mayor de 35 años. Los controles fueron 324. La edad media de los casos fue de 37,7 años, con desviación estándar de 2,2. Los resultados obtenidos muestran que existe mayor prevalencia de diabetes gestacional en gestantes añosas. La prevalencia de muerte perinatal, Ápgar menor de 7 a los 5 minutos, peso bajo al nacer y morbilidad puerperal no tuvo influencia por la edad materna. El estudio concluye que, después de corregir para factores de confusión, la edad materna avanzada representa un factor de riesgo independiente para complicaciones médicas y obstétricas. El reconocimiento de tales factores es importante para la reducción de la morbimortalidad materno-perinatal en este grupo de pacientes.

2.1.7 **LÓPEZ TERRONES, Alberto**³⁰, realizó una investigación titulada “Complicaciones Maternas en Gestantes Añosas en el Hospital María Auxiliadora entre los años 2001 y 2005” Lima - Perú, menciona que de los 36,955 partos que se registraron en el periodo en mención, el 18.69% (6,907) equivale a gestantes entre las edades de 10 y 19 años; un 68.83% (25,437) a gestantes entre las edades de 20 a 34 años; y el 12.48% (4,611) a gestantes añosas, de 35 años a más. Considera específicamente en este último grupo, que el 29.61% (1,374) de los casos de gestantes añosas fueron partos inducidos a cesárea, mientras que el 70.39% restante (3,267) fueron partos

por vía vaginal. Explica, también, que dentro del grupo de las pacientes gestantes añosas inducidas a cesárea, se presentaron diversas indicaciones, entre las más resaltantes: cesárea previa, con 235 casos; desproporción céfalo pélvica, con 196 casos; sufrimiento fetal agudo, con 149 casos; y preeclampsia/eclampsia, con 136 casos presentados. De igual manera menciona otras indicaciones que se presentan en menor proporción como feto en transverso, feto en podálico, rotura uterina, entre otras.

- 2.1.8 **HERNANDEZ CABRERA, Jesús y colaboradores**³⁶, realizaron un estudio titulado “Resultados Perinatales y Maternos de los Embarazos en Edad Madura, Cuba 2003” donde participaron 389 mujeres en edad madura, durante los años 1999 – 2000; y concluyeron que las mujeres gestantes mayores de 35 años, influyeron en los indicadores de morbimortalidad perinatal y materna; sin embargo, se registró sólo una muerte materna en este grupo.

2.2. BASES LEGALES

- 2.2.1 Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva - Ministerio de Salud – 2007.
- 2.2.2 Guías de Práctica Clínica para la Atención de Las Emergencias Obstétricas – Hospital María Auxiliadora – RD N° 122-2012-HMA-DG

2.3. BASES TEÓRICAS

2.3.1 EMBARAZO EN MUJERES MAYORES O IGUAL DE 35 AÑOS

Antes de tratar el tema sobre el embarazo en edad avanzada y sus repercusiones materno-fetales, es importante conocer ciertas definiciones que ayudaran a tener una mejor comprensión del mismo:

- Se define al embarazo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquella etapa que comienza cuando termina la implantación³⁷. DeCherney la define como el estado materno que consiste en desarrollar un feto dentro del cuerpo; el producto de la concepción desde la fecundación hasta la semana ocho del embarazo recibe el nombre de embrión, y a partir de esta semana y hasta al parto se llama feto³⁸.
- Se define como edad fértil, según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) a las comprendidas entre 12 y 49 años, estableciendo como edad óptima reproductiva las edades entre 15 y 34 años³⁹.
- La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) define a la embarazada en “edad materna avanzada” como aquella que presenta su gestación a los 35 años o más. Otros términos comúnmente usados son “añosa”, “madura” y “tardía”⁴⁰. Dummies nos dice también

que cualquier mujer que tiene o es mayor de 35 años cuando está embarazada se incluye en la definición médica de “edad materna avanzada”⁴¹

- La mujer en edad avanzada, previo al embarazo debe realizarse una evaluación integral que comprenda aspectos hormonales, a través del cual puede conocerse con exactitud el funcionamiento de las hormonas reproductivas y otras como las hormonas tiroideas, prolactina y andrógenos.

2.3.2 EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Se define al embarazo de alto riesgo, como aquel en el que la madre, el feto o el recién nacido tiene o pueden tener un mayor riesgo de morbilidad o mortalidad antes, durante o después del parto⁴². El embarazo de alto riesgo constituye el 10 al 20% del total de embarazos y es el responsable del 75% de la morbilidad y mortalidad del feto y del recién nacido⁴³. Por esta razón, es esencial la identificación temprana y el manejo de los factores de riesgo con el fin de racionalizar la atención médica y concentrar los recursos en quienes más los necesitan con el fin de brindar la atención en el nivel de complejidad que su grado de riesgo requiera.

Los embarazos de alto riesgo se dividen en tres tipos⁴⁴:

- Alto Riesgo Tipo I: Aquellas embarazadas que se encuentran en buen estado de salud en el embarazo actual y no tienen antecedentes de complicaciones en embarazos anteriores ni de muerte perinatal, pero existen riesgos biopsicosociales que las predisponen a complicaciones posteriores tales como: analfabetismo,

pobreza, tabaquismo y/o alcoholismo, un embarazo no deseado, talla menor de 1,50 m., peso menor de 45 Kg., edad menor de 15 años o mayor de 35 años para su primer embarazo, entre otros.

- Alto Riesgo Tipo II: Aquellas embarazadas que se encuentran en buen estado de salud en el embarazo actual, sin antecedentes de muerte perinatal, pero tienen antecedentes Gineco-obstétricos tales como: recién nacido con bajo peso al nacer, sensibilización al factor Rh, pre eclampsia o eclampsia, cesárea anterior, entre otras.
- Alto Riesgo Tipo III: Aquellas embarazadas que se encuentran en buen estado de salud en el embarazo actual con antecedentes de muerte perinatal; o embarazadas que presentan complicaciones en el embarazo actual con o sin antecedentes de muerte perinatal; así como también embarazadas que presentan enfermedades de base, tales como diabetes, HTA crónica, nefropatía, cardiopatía, VIH, entre otros.

Una vez aclarada las definiciones anteriores, podemos comenzar a referirnos al tema sobre la caracterización del embarazo en edad avanzada y sus repercusiones materno-fetales, que abarcan temas de interés como: definición, incidencia, factores desfavorables, control prenatal y complicaciones materno-fetales.

2.3.3 INCIDENCIA

Según análisis realizados por el Ministerio de Salud de Chile a nivel latinoamericano, el embarazo en edades tardías es una condición que ha aumentado en los últimos años. Cifras

nacionales de dicho país indican que un 10% del total de embarazos en 1990, un 14% en 1999, y un 16% en el 2006 ocurrieron en mujeres mayores de 35 años⁴⁵. Mientras que en Estados Unidos de Norte América, en el decenio 1991-2001, el número de embarazos aumentó en un 36% en el grupo de 35 a 39 años, y 70% en el grupo de 40 a 44 años⁴⁶. Existen informes que establecen que entre el 1,8% y 2% de los embarazos ocurre en mujeres sobre los 40 años^{47, 48}.

En la actualidad existe un gran número de mujeres grávidas en mujeres mayores de 35 años, sobre todo en países industrializados. Las razones, entre otras son que las mujeres esperan consolidarse profesional y económicamente antes de formar una familia y que muchas de ellas llegan a concebir luego de tratamientos de infertilidad de larga duración. El estudio realizado por Ventura tiene como escenario el Instituto Especializado Materno Perinatal (IMAPE), de Lima, durante el 2004. Informa que la edad promedio del grupo de nulíparas y multíparas fue muy similar. La edad fue de 40 y la edad máxima fue de 50 años, con un solo caso. El 58,2 % tenía entre 40 y 42 años, al momento del parto. Además informa que la tasa de cesárea es alta estando en el orden de 35,9 % comparado con el grupo de gestantes mayores de 40 años, que es mucho más alta llegando al 56,8% teniendo significancia estadística⁴⁹.

2.3.4 FACTORES DESFAVORABLES

Los factores desfavorables a considerarse en la evaluación prenatal son las siguientes: edad menor de 15 o mayor de 35 años, paridad de 3 y más hijos, intervalo intergenésico menor a 1 año, embarazo múltiple, déficit sociocultural, déficit

nutricional, hábitos tóxicos, aborto habitual, recién nacido anterior con más de 4.000 g. de peso, malformación fetal anterior o trastornos genéticos, retraso mental, estatura menor que 150 cm, presión arterial de 120/80 mmHg en la primera visita, retinopatía (corresponde generalmente a diabetes o hipertensión), trastornos circulatorios periféricos, citología vaginal anormal e infecciones cérvico-vaginales⁵⁰.

- Respecto a la paridad es el número de veces que una mujer ha dado a luz, contando partos múltiples como uno y tomando en cuenta los nacidos muertos. Es más riesgosa la primera gestación (sobre todo si concomitan otros factores), así como cuando si ha tenido más de 3 partos.
- El intervalo intergenésico es el tiempo transcurrido entre el último parto de una mujer y la fecha de la última menstruación para el nacimiento índice (concepción nacimiento). Se considera corto cuando es menor que 1 año, no así para la cesárea anterior, que considera hasta 2 años. Esta condición se asocia, con más frecuencia, con nacimientos Pretérminos y anemias durante el embarazo.
- Estadísticamente las mujeres de edad más avanzada tienen menos posibilidades de concebir, de quedar embarazadas, pero tienen una probabilidad mayor de tener mellizos. Debido que a medida que envejece se produce un aumento en los niveles de hormona folículo-estimulante, y este incremento hormonal podría provocar que se libere más de un ovulo en un ciclo, acrecentándose así las posibilidades que tenga un embarazo múltiple si tiene entre 35 y 39 años; la probabilidad de tener gemelos aumenta hasta un 4% cuando se pasa de 30 a 34 años, y aumenta un 5% más

cuando se pasa de tener 35 a 39 años⁵¹. Se admite que el riesgo de bajo peso en estos embarazos puede ser hasta 5 veces mayor que en el sencillo y que el índice de pretérminos podría estar alrededor del 66%⁵².

- El aborto espontáneo, según el Componente Normativo Materno, se define como la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y el producto pesa menos de 500 gramos. Se determina como malformaciones congénitas a aquellas anomalías estructurales o funcionales, incluidos trastornos metabólicos, que están presentes desde el momento del nacimiento. Se conoce como muerte fetal a aquella que ocurre en un embarazo sobre las 20 semanas: la mortalidad perinatal ocurre alrededor del nacimiento y se divide en dos periodos: el primero, incluye la muerte fetal intermedia (20-28 semanas de gestación) y la muerte fetal tardía (más de 28 semanas de gestación); el segundo periodo comprende la muerte neonatal temprana (menos de siete días después del nacimiento) y la muerte neonatal tardía (que va del séptimo al 28 día, posterior al nacimiento)⁵³. Estas situaciones podrían estar relacionadas con factores orgánicos y genéticos que deben ser estudiados antes del embarazo.
- La toxemia anterior o pre eclampsia, según el Componente Normativo Materno, comprende: la tensión arterial sistólica > 140 mmHg o tensión arterial diastólica > de 90 mmHg en embarazo mayor o igual de 20 semanas en mujer previamente normotensa; proteinuria en 24 horas > 300 mg/tirilla positiva ++++. Puede repetirse debido al mal control de los hábitos higiénico-dietéticos, así como si han aparecido otros factores.

2.3.5 CONTROL PRE NATAL

El control prenatal es un paso importante a seguir para poder identificar los factores desfavorables ya mencionados y prevenir complicaciones materno-fetales en el embarazo actual. Según el Componente Normativo Materno, el control prenatal, es el conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que pueden afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.

Se reconocen dos tipos de embarazo:

- El embarazo de bajo riesgo o normal, que es aquel que no cursa con criterios de riesgo y requiere atención en Nivel I,
- El embarazo de alto riesgo obstétrico, que es aquel que cursa con criterios de riesgo y requiere atención en Nivel II o III.

Para poder realizar un óptimo control prenatal, se debe considerar los siguientes enfoques: ser completo e integral, precoz, enfoque intercultural, periódico y afectivo.

Para que un control sea completo e integral se requiere de: atención por personal calificado, detección precoz del embarazo, control periódico e integral de la embarazada; atención de: riesgo nutricional, detección de discapacidades y enfermedades perinatales, maltrato sexual, violencia intrafamiliar y drogodependencia, infecciones de transmisión sexual, consejería pre/post prueba de VIH/SIDA (detección y

referencia), enfermedades buco-dentales, referencia de usuarias con riesgo obstétrico perinatal.

El control prenatal debe iniciarse lo más temprano posible (en el primer trimestre) por la relación entre la edad gestacional del primer control con los resultados del embarazo.

Se debe tener conocimiento de la cosmovisión tradicional y cultural con comprensión de las prácticas ancestrales de curación de acuerdo a la diversidad cultural de la zona de atención.

Toda mujer embarazada de bajo riesgo deberá completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento) con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la Historia Clínica Materno Perinatal. Se considera como nivel mínimo eficiente a la realización de 5 controles durante el embarazo: uno en las primeras 20 semanas, uno entre las 22 y 27 semanas, uno entre las 28 y 33 semanas, uno entre las 34 y 37 semanas, uno entre las 38 y 40 semanas.

Respecto al enfoque afectivo: toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidez y calidad, los horarios de atención deben favorecer la concurrencia al control prenatal, cuanto mayor el número de horas de atención más elevado el número de mujeres que pueden concurrir, cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera de las pacientes, se deben realizar exámenes y pruebas que responden a un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosas.

Se conoce como control prenatal estricto al tipo de control prenatal que se debe dar a una paciente con un embarazo de alto riesgo, incluye una mayor frecuencia de evaluaciones, un plan de vigilancia estrecha y usualmente involucra la intervención de otras especialidades médicas y quirúrgicas, si bien, los gastos son importantes es aquí donde se observa la verdadera justificación de la relación costo-beneficio⁵⁴.

Cuando las mujeres de más de 35 años tienen bebés sanos, es posible que deban enfrentar más complicaciones materno-fetales durante el embarazo que las mujeres más jóvenes.

2.3.6 COMPLICACIONES MATERNO – FETAL

En este grupo de edad, las complicaciones maternas más comunes son:

- La Diabetes gestacional, según el Componente Normativo Materno, se define como cualquier grado de intolerancia que se inicia o es reconocida durante el embarazo y puede o no persistir después del embarazo. Se desconoce la causa exacta de la diabetes gestacional, pero durante el embarazo la placenta produce hormonas para mantenerlo (estrógeno, cortisol, y lactógeno placentario, que tienen efectos bloqueadores en la insulina). La diabetes gestacional ocurre cuando estas hormonas bloquean la acción de la insulina materna, aumentando la cantidad de glucosa en la sangre, produciendo como efecto la macrosomía fetal.

Dado que el páncreas fetal produce más insulina para manejar la glucosa adicional, el recién nacido podrían tener concentraciones muy bajas de glucosa en la sangre al

momento del nacimiento. La homeostasis de los hidratos de carbono están alterados por tres factores:

- ✓ Aumento del consumo de glucosa por el feto,
- ✓ Secreción placentaria de hormona anti insulínica,
- ✓ Aumento del colesterol sérico.

La diabetes gestacional regularmente desaparece después del embarazo, pero algunas tienen probabilidades de presentar Diabetes tipo II.

Según estudios realizados en varios centros médicos en el 2005, las mujeres de más de 35 años tienen aproximadamente el doble de probabilidades que las mujeres más jóvenes de desarrollar diabetes gestacional. Las mujeres con diabetes gestacional tienen más probabilidades de padecer cetoacidosis diabética; infecciones urinarias recidivantes que agravan la evolución de la diabetes; preeclampsia/eclampsia, que aumentan el riesgo de morbi-mortalidad materno-fetal; diabetes gestacional en embarazos posteriores y diabetes mellitus tipo 2. Hasta un 30 a 40% de las mujeres con diabetes gestacional desarrollan una diabetes mellitus manifiesta dentro de 5 a 10 años. El riesgo puede incrementar si la obesidad está presente. Datos recientes apuntan a un mayor riesgo de hipertensión, dislipidemia, y enfermedad cardiovascular. Las complicaciones fetales que se pueden presentar son: macrosomía (estos bebés de gran tamaño que corren el riesgo de sufrir lesiones durante el parto), malformaciones congénitas, problemas respiratorios, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia, hipoglucemia⁵⁵.

- La hipertensión desencadenada por el embarazo, es considerada por la OMS como un problema prioritario de salud a nivel mundial y causa principal de morbilidad materno fetal. Los trastornos hipertensivos gestacionales como los menciona el Componente Normativo Materno se clasifican en: hipertensión gestacional, pre eclampsia leve y severa (incluye al síndrome de HELLP), Eclampsia, Hipertensión arterial crónica, Hipertensión arterial crónica más Preeclampsia sobre añadida, Hipertensión arterial crónica de alto riesgo en el embarazo y Síndrome de HELLP. La mortalidad materna alta es debida a complicaciones graves como desprendimiento prematuro de placenta, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal, hemorragia cerebral, insuficiencia cardiaca, coagulación intravascular diseminada (CID), síndrome de HELLP, ruptura hepática, entre otros. El riesgo perinatal varía de acuerdo a la severidad del cuadro clínico y se acompaña de retardo de crecimiento intrauterino, prematuridad, sufrimiento fetal agudo, y crónico, bajo peso al nacer, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido. Algunos estudios han comprobado que la alta presión arterial inducida por el embarazo es más común en las mujeres de más de 35 años, la que tiene dos veces más probabilidad que desarrolle una alta presión arterial y diabetes que una mujer entre 20 y 30 años, y las mujeres mayores de 40 años, casi 4 veces más probabilidades de desarrollar aumento de tensión arterial⁵⁶. Diversas publicaciones han reportado, incluso, 17% de incidencia de pre eclampsia en mujeres mayores de 35 años, independientemente de la paridad.

- Los problemas en la placenta, la más frecuente es la placenta previa, por el cual ésta cubre parcial o totalmente el cuello uterino. Un estudio realizado en 2005 comprobó que las mujeres de más de 35 años tienen el doble de probabilidades, y las mujeres de más de 40 años casi tres veces más, que las mujeres más jóvenes de tener esta complicación. La placenta previa puede producir hemorragias severas durante el parto que pueden poner en peligro la vida de la madre y del feto. Por lo general, una intervención quirúrgica (cesárea) puede evitar complicaciones graves.
- La Rotura Prematura de Membranas (RPM), es la rotura espontánea de las membranas fetales antes del inicio de la labor de parto independientemente de la edad gestacional.
- La muerte materna, la OMS la define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales⁵⁷. En Cuba, el estudio realizado en el Hospital Gineco-obstétrico de Matanzas en 2009, sobre los resultados perinatales y maternos de los embarazos en edad madura, señala la alta incidencia de muerte materna a medida que pasan de los 35 años, y destacan que es hasta 4 veces mayor que en el grupo de 20-24 años⁵⁸.

Repercusiones fetales, entre las más comunes se destacan:

- Defectos congénitos, diversas trisomías son muchos más frecuentes tras los 35 años de edad, especialmente la trisomía 21 pero también la 13, la triple X y el síndrome de Klinefelter. Especial mención requiere la trisomía 21- Síndrome de Down- ya que representa ella sola la mitad de las anomalías cromosómicas en estas edades. Además, diferentes anomalías somáticas genéticas no cromosómicas se asocian a edad materna avanzada durante el embarazo: malformaciones cardíacas, sindactilia, podactilia, labio leporino y malformaciones ano rectales⁵⁹. Los niños afectados nacen con diferentes grados de retraso mental y defectos físicos. A los 25 años, una mujer tiene una probabilidad de aproximadamente 1 en 1,250 de tener un bebé con síndrome de Down, a los 30 años una probabilidad de 1 en 1,000, a los 35 años una probabilidad de 1 en 400, a los 40 años una probabilidad de 1 en 100, a los 45 años una probabilidad de 1 en 30, a los 49 años una probabilidad de 1 en 10. El Colegio de Obstetras y Ginecólogos de los Estados Unidos (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) recomienda a las mujeres de más de 35 años durante el primer o segundo mes de embarazo realizar el tamizaje prenatal para diagnosticar la probabilidad la existencia de síndrome de Down y otros problemas asociados a defecto del tubo neural. Entre las pruebas prenatales invasivas se pueden realizar se encuentran la amniocentesis y la muestra de vellosidades coriónicas (CVS). La amniocentesis y la muestra del villus coriónico presentan un riesgo muy pequeño de aborto espontáneo (pérdida del embarazo antes de las 20 semanas). Si los resultados indican que su riesgo es bajo, pueden decidir no realizarse

la amniocentesis o CVS; si el riesgo es alto, pueden decidir realizarse estas pruebas prenatales. Sin embargo, una prueba de diagnóstico precoz no permite detectar ni descartar de manera definitiva el síndrome de Down y otros problemas cromosómicos de nacimiento como lo haría una amniocentesis o CVS.

- Abortos Espontáneos, la mayoría ocurre durante el primer trimestre de embarazo en las mujeres de cualquier edad, sin embargo, el riesgo se incrementa con la edad de la mujer. Diversos estudios sugieren que aproximadamente el 10% de los embarazos reconocidos en las mujeres de entre 20 y 30 años de edad termina en aborto espontáneo. Esta cifra aumenta aproximadamente al 20% en el caso de mujeres de entre 35 y 39 años de edad y aproximadamente al 50% entre los 40 y 44 años; siendo el mayor riesgo de aborto espontáneo relacionado con la edad se debe, al menos en parte, a la mayor incidencia de anomalías cromosómicas⁶⁰.
- La edad gestacional de un recién nacido es muy importante para su desarrollo, ya que un niño con 37 a 42 semanas de gestación, está preparado tanto orgánica como funcionalmente para crecer fuera del útero materno. La mortalidad neonatal aumenta a medida que disminuye la edad gestacional. Del 2003 a 2005, el 16.6% de las mujeres de más de 40 años tuvieron un parto prematuro, en comparación con un 12.5% de las mujeres de 30 a 39 años, y el 11.9% de las mujeres de 20 a 29 años⁶¹. A veces los problemas con la placenta, puede impedir que esta suministre al feto el oxígeno y los nutrientes adecuados, produciendo bajo peso en el nacimiento y pequeños para

la edad gestacional, o puede ser resultado de un nacimiento prematuro.

- Los recién nacidos pre términos y con bajo peso al nacer tienen mayor riesgo de padecer problemas de salud física como fallo en el crecimiento y enfermedad pulmonar en sus primeros años. La repercusión en la edad escolar, adolescencia o adultez de estos problemas es variable. Desde el punto de vista de su desarrollo temprano tienen alto riesgo con respecto a la población infantil en general, de diagnóstico de discapacidades mayores (Parálisis Cerebral, retardo mental, ceguera y/o sordera)⁶².
- La escala de APGAR es el método utilizado para evaluar el ajuste inmediato del Recién nacido a la vida extrauterina con el propósito de verificar su condición y la eventual necesidad de reanimación, evalúa 5 parámetros: actividad, pulso, gesticulaciones, apariencia y respiración. La puntuación inicial de 7 a 10 indica una excelente condición del recién nacido. Se valora como depresión moderada cuando los valores oscilan entre 4 y 6, y es una situación en la que se debe administrar oxígeno por mascarilla. El apgar inferior a 3 en el primer instante, ó 5 a los cinco minutos, indica depresión grave y necesidad de realizar intubación endotraqueal y cateterización de los vasos umbilicales para perfusión de bicarbonato⁶³. Los THE, prematurez, PEG, circunstancias frecuentes en las embarazadas mayores de 35 años, predisponen a presentar esta complicación fetal.
- La Hipoxia fetal, es un problema producto de un insuficiente intercambio uteroplacentario, que se da durante el embarazo, pero se incrementa durante el trabajo de parto,

por efecto de la contractilidad, lo presentan las embarazadas en edades extremas, embarazadas con problemas de diabetes o hipertensión arterial. En Caracas, el estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo realizado en el Hospital Universitario, entre enero del 2000 y diciembre del 2003, se estudiaron 436 pacientes embarazadas, distribuidas en dos grupos, el grupo "A" constituido por 212 embarazadas de 35 años o más, y el grupo "B" (grupo control) conformado por 224 embarazadas menores de 35 años. La incidencia de sufrimiento fetal fue de 10,60% vs. 3,13% para el grupo control, con una frecuencia resultante 3 veces mayor para el grupo estudio. Este parámetro viene a confirmar el alto riesgo del grupo de GEA (Gestante de Edad Avanzada), el cual por definición tiene una mayor morbimortalidad fetal⁶⁴.

- La Muerte Fetal, es aquella que ocurre en un embarazo sobre las 20 semanas; la mortalidad perinatal ocurre alrededor del nacimiento y se divide en dos períodos: el primero, incluye la muerte fetal intermedia (20-28 semanas de gestación) y la muerte fetal tardía (más de 28 semanas de gestación). El segundo período comprende la muerte neonatal temprana (menos de siete días después del nacimiento) y la muerte neonatal tardía (que va del séptimo al 28 día, posterior al nacimiento). Numerosas publicaciones internacionales señalan a la edad materna avanzada como uno de los factores de riesgo más significativamente asociados con la muerte fetal. Así, algunas investigaciones encuentran que el riesgo de muerte fetal en mujeres mayores de 35 años es de 2 a 5 veces mayor que en las mujeres menores de 35 años⁶⁵.

2.4. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

2.4.1 **COMPLICACIONES**

Suceso patológico que sobreviene en el curso del embarazo sin ser propio de ella y que determina una agravación del mismo o contribuye a la muerte materna o perinatal.

2.4.2 **GESTANTE AÑOSA**

Aquella mujer que se embaraza después de los 35 años.

2.4.3 **AMENAZA DE ABORTO**

Es cuando hay un incremento de la contractilidad uterina inusual para esa edad gestacional y modificaciones cervicales que incluyen, centralización, ablandamiento, borramiento y dilatación del orificio cervical externo pudiendo presentarse o no sangrado proveniente de cavidad uterina, antes de las 20 semanas de gestación.

2.4.4 **ANEMIA**

Hemoglobina < o igual 11 mg/dl. Durante la gestación.

2.4.5 **ATONÍA UTERINA**

Ausencia de contracción uterina después del parto que con lleva a un aumento del sangrado vaginal.

2.4.6 CESÁREA

Terminación quirúrgica del embarazo o del parto por medio de una incisión en la cara anterior del útero.

2.4.7 DESNUTRICIÓN

Cuando el índice de masa corporal es igual o menor a 18.

2.4.8 HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO

PA > o igual 140/90 mmHg y/o incremento de la PA sistólica > o igual 30 mmHG y PA diastólica > o igual de 15 mmHg sobre a basal después de 20 semanas de gestación y que se normaliza al finalizar el embarazo.

2.4.9 HIPERTENSIÓN CRÓNICA

PA > o igual 140/90 mmHG y/o incremento de la PA sistólica > o igual 30 mmHG y PA diastólica > o igual de 15 mmHg detectada antes de la semana 20 del embarazo o detectada en la segunda mitad de gestación pero que persiste después de la sexta semana post parto.

2.4.10 PREECLAMPSIA

Si se presenta criterio anterior asociado a proteinuria y/o edema.

2.4.11 ECLAMPSIA

Si se agrega a lo anterior convulsiones.

2.4.12 HIPERTENSIÓN TRANSITORIA

PA > o igual 140/90 mmHG y/o incremento de la PA sistólica > o igual 30 mmHG y PA diastólica > o igual de 15 mmHg sobre la basal después de la 20 semanas de gestación y hasta los 42 días del puerperio sin presentar proteinuria.

2.4.13 DIABETES MELLITUS O DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

Estado de intolerancia a la glucosa

2.4.14 ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Solución de continuidad de las membranas ovulares antes de iniciado el trabajo de parto con un periodo de latencia de 2 horas, y después de las 22 semanas de gestación, de un embarazo a término, un embarazo pre término o en cualquier momento.

RPM > o igual a 6h: Transcurre más de 6 horas hasta el parto.

RPM > o igual a 12h: Transcurre más de 12 horas hasta el parto.

RPM > o igual 24h: Transcurre más de 24 horas hasta el parto.

2.4.15 PARTO PREMATURO

Término del embarazo antes de las 37 semanas de la gestación.

2.4.16 PARTO

Es el resultado de una serie de procesos mediante los cuales la madre expulsa los productos de la concepción maduros o casi maduros. Productos con edad gestacional mayor a 20 semanas.

2.4.17 EMBARAZO PROLONGADO

Gestación que excede las 42 semanas o los 294 días contados a partir del primer día de la última menstruación regular.

2.4.18 MUERTE MATERNA

Muerte de una mujer en cualquier momento de la gestación el parto o el puerperio, hasta 42 días post parto, independientemente del lugar del embarazo y la causa de la muerte.

2.4.19 FETO MUERTO

Ausencia de latido cardiaco, pulsación de cordón, respiración espontánea y movimientos del feto, antes de la separación completa de la madre.

2.4.20 HEMORRAGIA POST PARTO

Pérdida de sangre superior a 500 cc, o bien un descenso del hematocrito del 10% o más, en las primeras 24 horas post parto.

2.4.21 HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

Sangrado producido entre 20 y 41 semanas de gestación.

2.4.22 HISTERECTOMÍA

Acto quirúrgico de la extracción del útero el cual puede ser total o parcial y que se puede realizar a través del abdomen o la vagina.

2.4.23 INDUCCIÓN DEL PARTO

Consiste en desencadenar sus fenómenos fisiológicos después de las 20 semanas de gestación, para reproducir lo más fielmente posible el parto por vía vaginal.

2.4.24 INFECCIÓN PUERPERAL

Fiebre > de 38°C, después de las primeras 24 horas del parto, en dos tomas con un intervalo de 6 horas o una toma mayor de 39°, en los primeros 10 días post parto.

2.4.25 OLIGOHIDRAMNIOS

Ecográficamente cuando se encuentra índice de líquido amniótico menor de 50 mm.

2.4.26 POLIHIDRAMNIOS

Ecográficamente cuando se encuentra índice de líquido amniótico (ILA) mayor de 120 mm.

2.4.27 RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

Fetos con ponderado fetal por debajo del percentil 10 de la curva peso de nacimiento-edad gestacional.

2.4.28 INFECCIÓN URINARIA

Si tiene examen de orina patológico: presencia de leucocitos mayor de 10 por campo.

2.4.29 EMBARAZO, PARTO Y NEONATO DE ALTO RIESGO

Aquellos casos en los que por incidir durante la gestación, parto, o neonato determinados factores sociales, médicos, obstétricos o de otra índole se produce morbilidad y mortalidad perinatal superior a la de la población en general.

2.4.30 FACTORES DE RIESGO SOCIO DEMOGRÁFICOS

Edad materna <15 y > 35años en nuestro caso se toma en cuenta este último; relación peso/talla IMC obesidad >29, delgadez <20; tabaquismo <10 cigarros /día; alcoholismo; drogadicción; nivel socioeconómico bajo.

2.4.31 BUEN RESULTADO PERINATAL

Recién nacido que no desarrolle sufrimiento fetal, que no necesite ventilación a presión positiva o mecánica, que no presente asfixia perinatal y que tenga un APGAR mayor o igual de 7, cuyo peso edad gestacional este entre el percentil 10 y 90. Adaptación adecuada a la vida extrauterina.

2.4.32 MAL RESULTADO PERINATAL

Recién nacido con sufrimiento fetal, asfixia perinatal, APGAR menor de 7, uso de ventilación a presión positiva o ventilación mecánica. Es la necesidad de reanimación.

2.4.33 ROTURA UTERINA

Pérdida de la solución de continuidad de la pared uterina, existiendo comunicación de la cavidad uterina con la cavidad peritoneal.

2.4.34 DEHISCENCIA UTERINA

Pérdida de la solución de continuidad de la pared uterina, sin comunicación de la cavidad uterina con la cavidad peritoneal, las que se encuentran separadas por peritoneo visceral.

2.4.35 HEMORRAGIA POST PARTO

Sangrado vaginal de 500 ml o más en las primeras 24 horas después del parto vía vaginal o de 1000 ml o más después del parto por cesárea, documentado en la historia clínica.

2.4.36 TRAUMA PERINEAL

Ocurrencia de desgarro perineal de 3ª o 4ª grado durante el parto vaginal, documentados en la historia clínica.

2.4.37 DISTOCIA DE HOMBROS

Demora en producirse el parto del cuerpo del feto por más de un minuto luego del parto de la cabeza fetal, documentado en la historia clínica.

2.4.38 ASFIXIA PERINATAL

Agresión producida al feto o al recién nacido alrededor del momento del nacimiento por la falta de oxígeno y/o de una perfusión tisular adecuada, para lo que se considerará una puntuación de Apgar del recién nacido < 7 a los 5 minutos.

2.4.39 PARIDAD

Clasificación de la madre según el número de partos anteriores a la gestación actual: nulípara (0 hijos), multípara (2-5 hijos) y gran multípara (≥ 6).

2.4.40 MUERTE MATERNA

Muerte de una mujer resultado de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas anteriormente, pero no por causas accidentales o incidentales.

2.4.41 OBITO FETAL

Muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre. La muerte se determinará por el hecho que después de la separación del cuerpo de la madre, el producto de la concepción no respira ni da otra señal de vida como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de músculos de contracción voluntaria.

2.4.42 MUERTE NEONATAL

Aquella que ocurre dentro de los primeros siete días de vida.

2.4.43 INCIDENCIA

Número de casos nuevos de una enfermedad que se producen durante un período determinado en una población especificada.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPOTESIS

HIPÓTESIS ALTERNA

Las principales complicaciones obstétricas en las gestantes añosas atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el periodo de enero a diciembre del 2014 son Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (EHE), Infecciones de Tracto Urinario (ITU), Ruptura Prematura de Membranas (RPM), Parto Obstruido, Anemia Aguda Post Parto.

HIPÓTESIS NULA

Las principales complicaciones obstétricas en las gestantes añosas atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el periodo de enero a diciembre del 2014 no son Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (EHE), Infecciones de Tracto Urinario (ITU), Ruptura Prematura de Membranas (RPM), Parto Obstruido, Anemia Aguda Post Parto.

3.2. VARIABLES: INDICADORES

Se realizará un proceso caracterizado por la identificación de la naturaleza de la variable, distinguirla del entorno, identificar la forma de medirla, seleccionar los indicadores, elegir la escala de medición respectiva, determinar los instrumentos y procedimientos de medición; conforme se indica en el Anexo 1 (Operacionalización de las Variables) y Anexo 2 (Matriz de Consistencia), respectivamente

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación tiene un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal

4.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Se ha aplicado un método deductivo y diseño observacional.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

La población de estudio son las 7600 pacientes gestantes atendidas de enero a diciembre del año 2014 en el Hospital “María Auxiliadora”.

MUESTRA

La muestra está constituida por las 1198 pacientes gestantes añosas (de 35 años a más) atendidas de enero a diciembre del año 2014 en el Hospital “María Auxiliadora”.

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- 4.4.1 Historias clínicas.
- 4.4.2 Ficha de Recolección de datos.

4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Departamento de Ginecología y Obstetricia, y al Jefe de la Oficina de Estadística e Informática. Se realizó la revisión de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Complicaciones Obstétricas en Madres de 35 a 49 años de Lunes a Viernes en el Servicio de Archivos de Historias clínicas del Hospital “María Auxiliadora”, se trasladó los datos correspondientes al instrumento de investigación constituido por una ficha de recolección de datos que consta de Datos Socio Demográficos y Complicaciones obstétricas, tal como se muestra en el Anexo 2.

4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Luego de recopilar la información en las fichas respectivas, se ingresó los datos al programa de SPSS versión 21.0, seguidamente se realizó un análisis descriptivo de las variables que consistió en medidas de tendencia central y dispersión de las variables cuantitativas como paridad o número de hijos vivos. Así mismo, se calculó frecuencias y porcentajes de las variables cualitativas como gestante añosa. Luego se realizó las pruebas de normalidad de las variables cuantitativas y se presentó los cálculos de frecuencias de las variables en tablas de una entrada y gráficos de barras.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

5.1.1 FRECUENCIA DE EMBARAZADAS EN EDAD AVANZADA DE 35 A 49 AÑOS.

Tabla N° 1 - Porcentaje de pacientes gestantes de 35 años a más con relación al total de partos atendidos en el año 2014.

PORCENTAJE DE PACIENTES GESTANTES DE 35 AÑOS A MAS CON RELACIÓN AL TOTAL DE PARTOS ATENDIDOS EN EL AÑO 2014

Total partos	7600	100.00%
> 35 a mas	1198	15.76%

Fuente: UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 1 – Porcentaje de pacientes gestantes de 35 años a más con relación al total de partos atendidos en el año 2014



Interpretación.-

Del total de partos atendidos, el 15.76% son pacientes gestantes de 35 años a más.

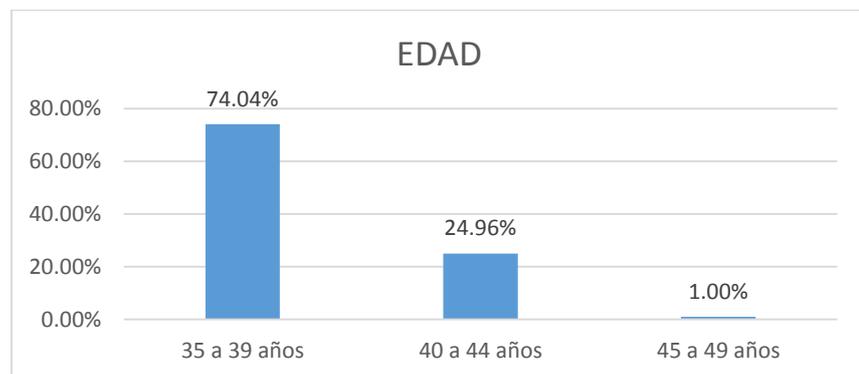
Tabla N° 2 – Frecuencia por Edad en pacientes gestantes de 35

a 49 años

Edad	Fc.	%
35 a 39 años	887	74.04%
40 a 44 años	299	24.96%
45 a 49 años	12	1.00%
Total	1198	100.00%

Fuente: UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 2 – Frecuencia por Edad en pacientes gestantes de 35 a 49 años



Interpretación.-

En el estudio a 1198 pacientes gestantes de 35 a 49 años, tiene relevancia el segmento poblacional de 35 a 39 años, con 74.04%. Le sigue el de 40 a 44 años con un 24,96%. Y en el segmento de 45 a 49 años, sólo un 1.0%

		Edad
N	Válido	1198
	Perdidos	0
Media		38.01
Mediana		37.50
Moda		35
Desviación estándar		2.503

En la muestra, la edad menor es 35 años y la mayor es 49 años, la media es 38.01, la mediana 37.50, la moda 35: y en su caso la desviación estándar 2.5

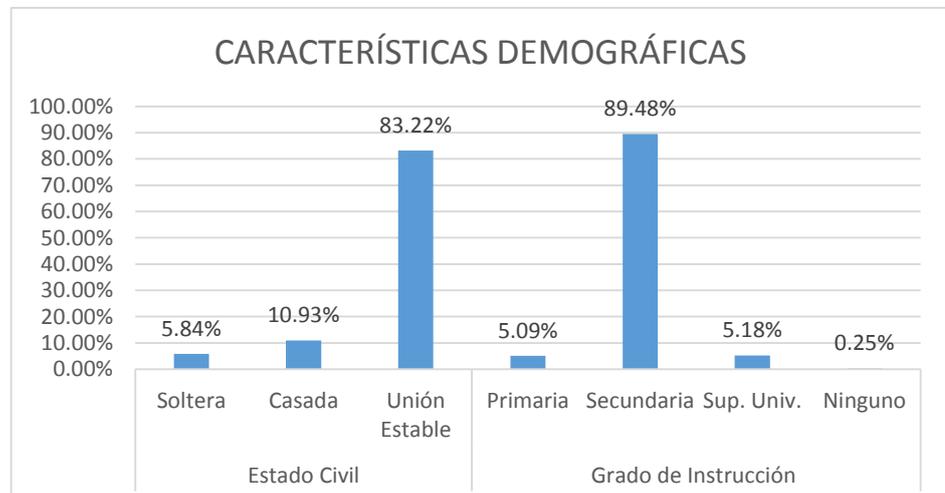
5.1.2 CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS:

Tabla N° 3 – Estado Civil y Grado de Instrucción en pacientes de 35 a 49 años

Características Socio Demográficas	Fc.	%
Estado Civil		
Soltera	70	5.84%
Casada	131	10.93%
Unión Estable	997	83.22%
Grado de Instrucción		
Primaria	61	5.09%
Secundaria	1072	89.48%
Universitaria	62	5.18%
Ninguno	3	0.25%
Total	1198	100.00%

Fuente:UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 3 – Estado Civil y Grado de Instrucción en pacientes de 35 a 49 años



Interpretación.-

Según datos socio demográficos, respecto al estado civil, se observa en unión estable o convivencia un 83.22%, casadas 10.93% y solteras 5.84%.

Con relación al grado de Instrucción, tienen estudios secundarios un 89.48%, estudios superiores 5.18%, estudios primarios 5.09% y sin algún tipo de estudios un 0.25%.

Medida		Estado Civil	Grado de Instrucción
N	Válido	1198	1198
	Perdidos	7	15
Media		1.95	4.17
Mediana		2.00	5.00
Moda		2	5
Desviación estándar		.414	1.366
Varianza		.171	1.865

En la muestra, respecto al estado civil la media es 1.95, la mediana 2.0, la moda 2, la desviación estándar 0.4 y la varianza 0.17.

Respecto al grado de instrucción, la media es 4.17, la mediana 5.0, la moda 5, la desviación estándar 1.3 y la varianza 1.8

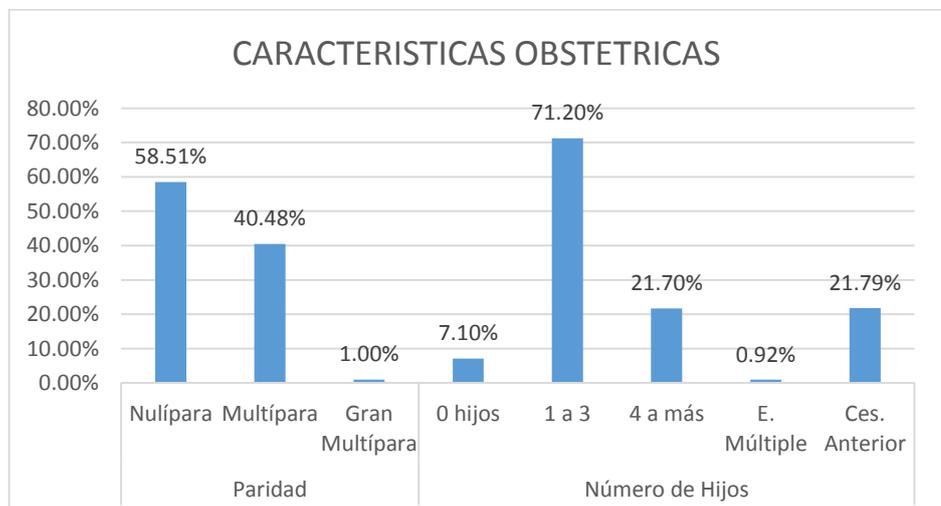
5.1.3 CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS:

Tabla N° 4 – Características Obstétricas

Características Obstétricas	Fc.	%	
Paridad			
Nulípara	701	58.51%	
Múltipara	485	40.48%	
Gran Múltipara	12	1.00%	
Total	1198	100.00%	
Número de Hijos			
0	85	7.10%	
1 a 3	853	71.20%	
4 a más	260	21.70%	
Total	1198	100.00%	
Embarazo Múltiple			Total Partos
Total	11	0.92%	1198
Cesárea Anterior			
Total	261	21.79%	1198

Fuente:UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 4 – Características Obstétricas



Interpretación.-

Con relación a la Paridad, el 58.51% de pacientes son gestantes nulíparas, el 40.48% gestantes multíparas y gran multípara un 1%. Respecto al Número de hijos vivos, tuvieron entre Uno a Tres hijos el 71.20%, de Cuatro a más 21.70%. Han tenido embarazo múltiple un 0.92% (entre estos gemelar 11 casos). Y con cesárea anterior 21.79%.

Medida		Paridad
N	Válido	1198
	Perdidos	0
Media		3.01
Mediana		3.00
Moda		2
Desviación estándar		1.746
Varianza		3.050

En la muestra la Paridad Menor es de Cero gestaciones anteriores y la mayor de Nueve gestaciones anteriores, siendo la media 3.01, la mediana 3.0, la moda 2, la desviación estándar 1.7 y la varianza 3.05

Medida		Hijos nacidos vivos
N	Válido	1196
	Perdidos	2
Media		2.42
Mediana		2.00
Moda		2
Desviación estándar		1.484
Varianza		2.203

El número de hijos nacidos vivos, menor de Cero hijos nacidos vivos y la mayor de Ocho hijos nacidos vivos, la media 2.42, la mediana 2.0, la moda 2, la desviación estándar 1.48 y la varianza 2.203

5.1.4 COMPLICACIONES OBSTETRICAS DURANTE EL EMBARAZO

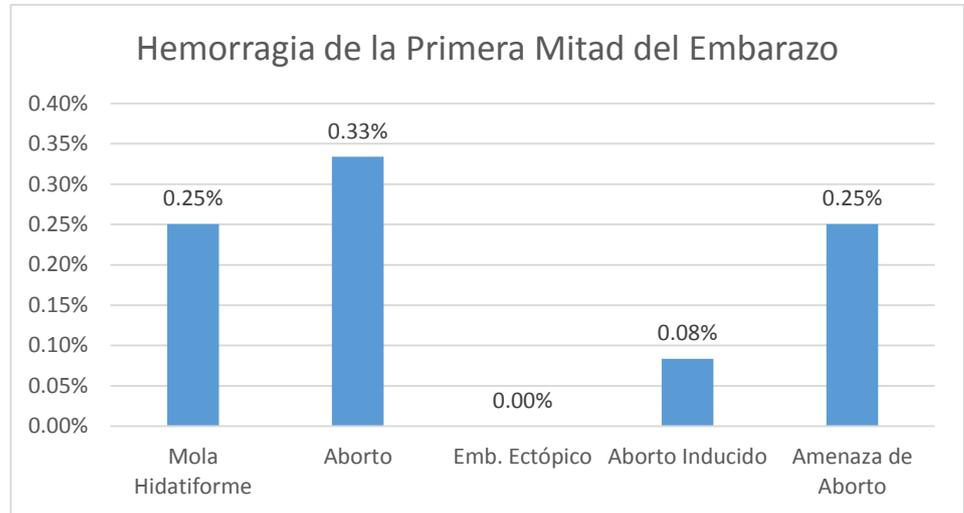
Tabla N° 5 – Hemorragia de la Primera mitad del embarazo en madres de 35 a 49 años, causas más frecuentes.

Hemorragia de la Primera Mitad del Embarazo

Complicación	Fc.	%
Mola Hidatiforme	3	0.25%
Aborto	4	0.33%
Embarazo Ectópico	0	0.00%
Aborto Inducido	1	0.08%
Amenaza de Aborto	3	0.25%
Total	11	0.92%

Fuente: UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 5 – Hemorragia de la Primera Mitad del Embarazo en madres de 35 a 49 años



Interpretación.-

En la Primera Mitad del Embarazo, se encontró entre las complicaciones obstétricas más frecuentes el Aborto con 0.33%, seguido por la Amenaza de Aborto y Mola Hidatiforme ambas con un 0.25%; y, Aborto Inducido 0.08%.

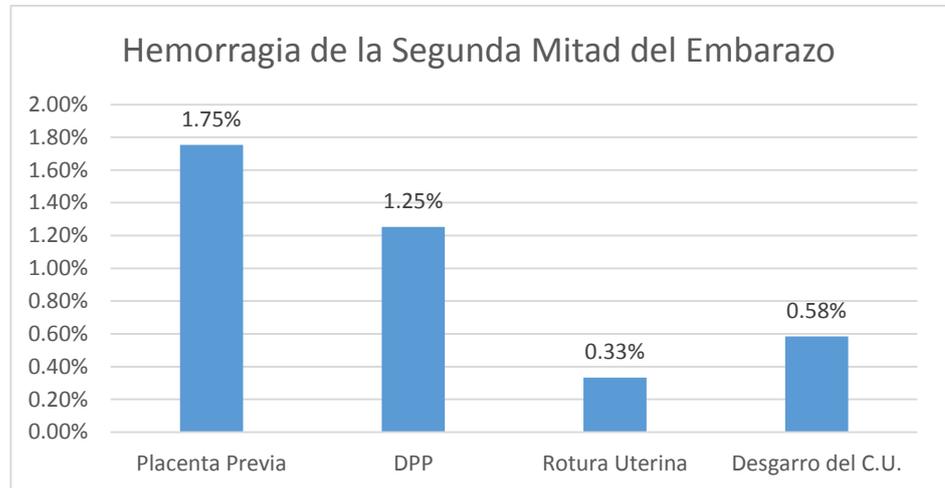
Tabla N° 6 – Hemorragia de la Segunda mitad del Embarazo en madres de 35 a 49 años, causas más frecuentes

Hemorragia de la Segunda Mitad del Embarazo

Complicación	Fc.	%
Placenta Previa	21	1.75%
Desprendimiento Prematuro de Placenta	15	1.25%
Rotura Uterina	4	0.33%
Desgarro de Cerviz Uterino	7	0.58%
Total	47	3.92%

Fuente: UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 6 – Hemorragia de la Segunda mitad del Embarazo en madres de 35 a 49 años, causas más frecuentes



Interpretación.-

En la Segunda Mitad del Embarazo, se encontró entre las complicaciones obstétricas más frecuentes, Placenta Previa un 1.75%, Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP) 1.25%, Desgarro de Cerviz Uterino 0.58% y Rotura Uterina 0.33%.

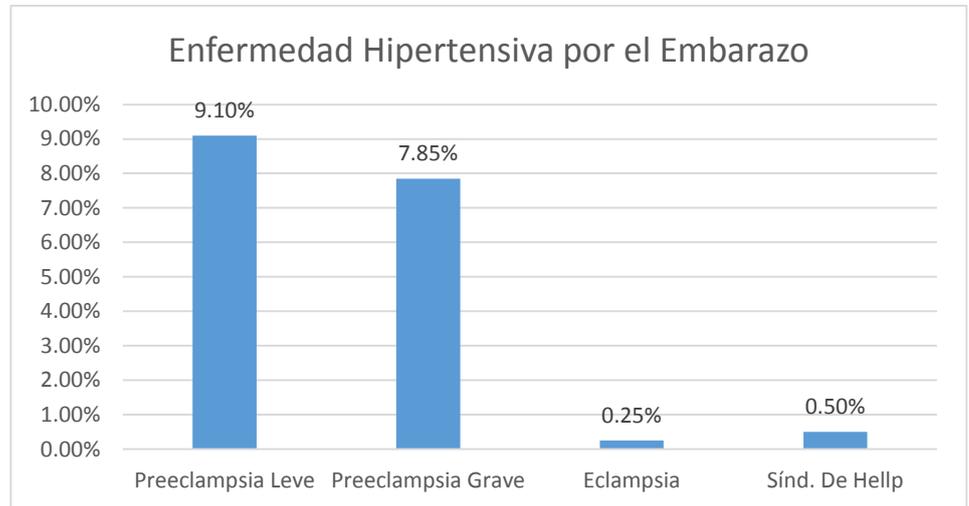
Tabla N° 7 – Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo en madres de 35 a 49 años, enfermedades más frecuentes

Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo

Complicación	Fc	%
Preeclampsia Leve	109	9.10%
Preeclampsia Grave	94	7.85%
Eclampsia	3	0.25%
Síndrome de Hellp	6	0.50%
Total	212	17.70%

Fuente: UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 7 – Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo en madres de 35 a 49 años



Interpretación.-

Entre las complicaciones de Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo, se encontró Preeclampsia Leve un 9.10%, seguida de Preeclampsia Grave un 7.85%, Síndrome de Hellp 0.50% y Eclampsia 0.25%.

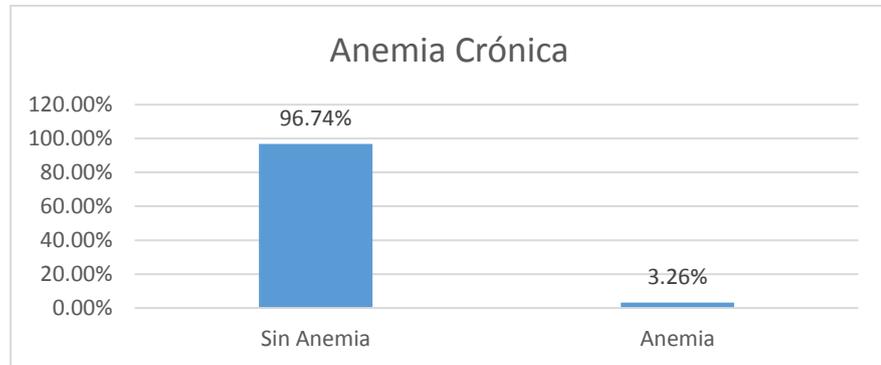
Tabla N° 8 – Anemia Crónica en madres de 35 a 49 años

Anemia Crónica

Complicación	Fc.	%
Sin Anemia	1159	96.74%
Anemia	39	3.26%
Total	1198	100.00%

Fuente: UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 8 – Anemia Crónica en madres de 35 a 49 años



Interpretación.-

Se encontró Anemia Crónica en un 3.26% y pacientes gestantes sin esta complicación 96.74%.

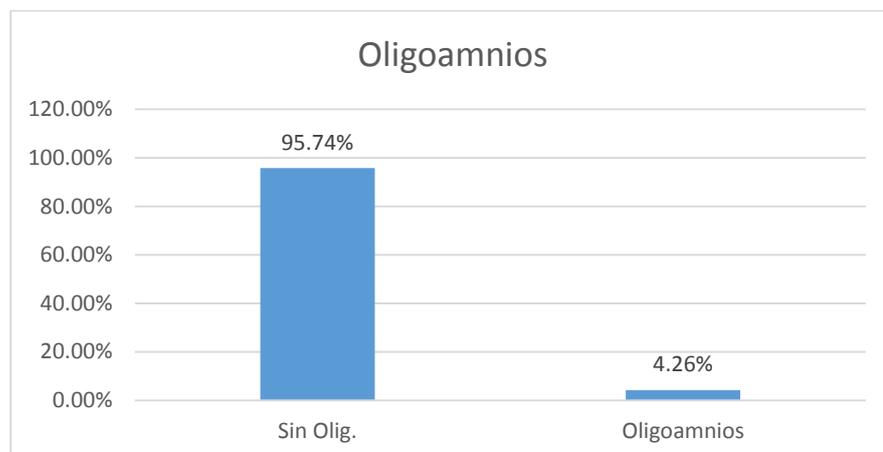
Tabla N° 9 – Oligoamnios en madres de 35 a 49 años

Oligoamnios

Complicación	Fc.	%
Sin Oligoamnios	1147	95.74%
Oligoamnios	51	4.26%
Total	1198	100.00%

Fuente: UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 9 – Oligoamnios en madres de 35 a 49 años



Interpretación.-

Se encontró Oligoamnios en un 4.26% y sin esta complicación el 95.74%.

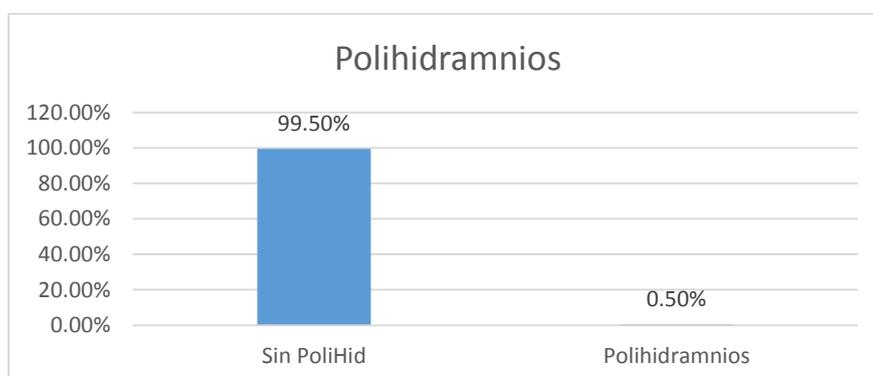
Tabla N° 10 – Polihidramnios en madres de 35 a 49 años

Polihidramnios

Complicación	Fc.	%
Sin Polihidramnios	1192	99.50%
Polihidramnios	6	0.50%
Total	1198	100.00%

Fuente:UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 10 – Polihidramnios en madres de 35 a 49 años



Interpretación.-

Se encontró Polihidramnios en un 0.50%% y sin esta complicación el 99.50%.

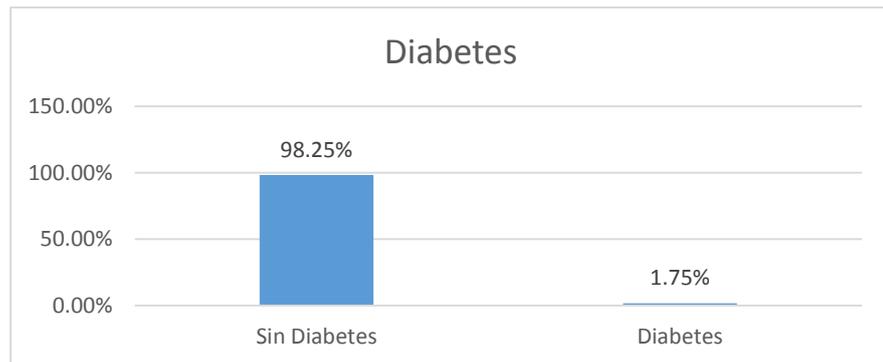
Tabla N° 11 – Diabetes Gestacional en madres de 35 a 49 años

Diabetes Gestacional

Complicación	Fc.	%
Sin Diabetes	1177	98.25%
Diabetes	21	1.75%
Total	1198	100.00%

Fuente: UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 11 – Diabetes Gestacional en madres de 35 a 49 años



Interpretación.-

Se encontró Diabetes en el 1.75% y sin esta complicación el 98.25%.

Tabla N° 12 – Enfermedad del Tracto Urinario en madres de 35 a 49 años

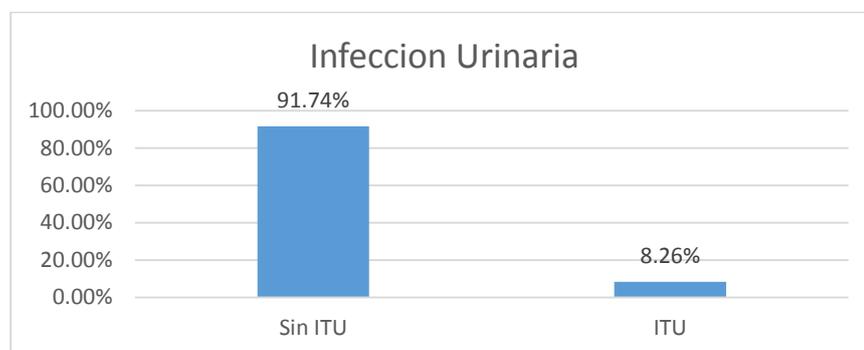
Infección en el Tracto Urinario

Complicación	Fc.	%
Sin Infección en Tracto Urinario (ITU)	1099	91.74%

Infección en Tracto Urinario (ITU)	99	8.26%
Total	1198	100.00%

Fuente: UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 12 – Infección en el Tracto Urinario en madres de 35 a 49 años



Interpretación.-

Presentó Infección en el Tracto Urinario el 8.26% de las gestantes y sin esta complicación el 91.74%.

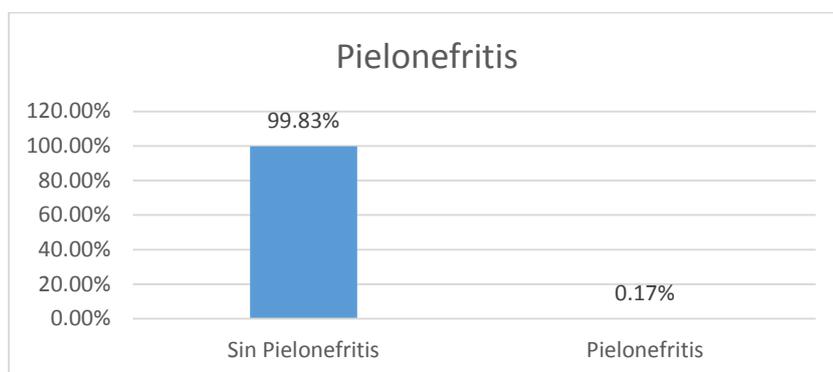
Tabla N° 13 – Pielonefritis en madres de 35 a 49 años

Pielonefritis

Complicación	Fc.	%
Sin Pielonefritis	1197	99.92%
Pielonefritis	2	0.17%
Total	1198	100.00%

Fuente: UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 13 – Pielonefritis en madres de 35 a 49 años



Interpretación.-

Se encontró Pielonefritis en el 0.17% de las gestantes y sin esta complicación el 99.83%.

5.1.5 DURANTE EL PARTO.

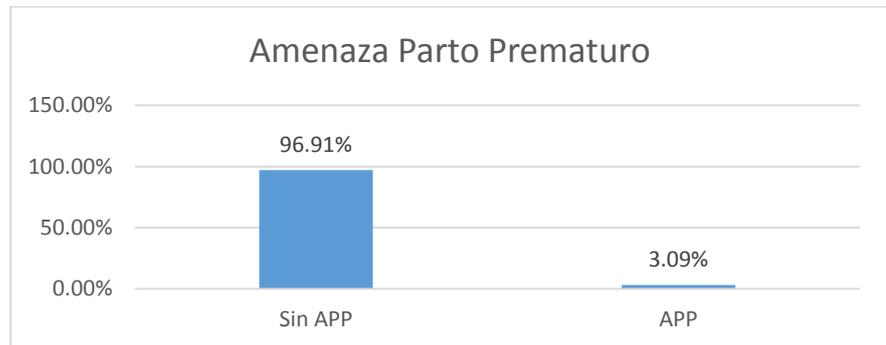
Tabla N° 14 – Amenaza de Parto Prematuro en madres de 35 a 49 años

Amenaza Parto Prematuro

Complicación	Fc.	%
Sin Amenaza de Parto Prematuro (APP)	1161	96.91%
Amenaza de Parto Prematuro (APP)	37	3.09%
Total	1198	100.00%

Fuente: UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 14 – Amenaza de Parto Prematuro en madres de 35 a 49 años



Interpretación.-

Presentó Amenaza de Parto Prematuro el 3.09% de las gestantes y sin esta complicación el 96.91%.

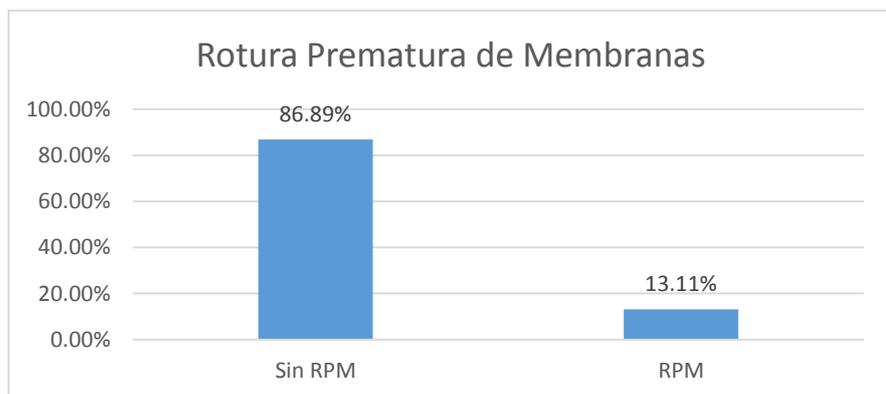
Tabla N° 15 – Rotura Prematura de Membranas en madres de 35 a 49 años

Rotura Prematura de Membranas

Complicación	Fc.	%
Sin Rotura Prematura de Membranas(RPM)	1041	86.89%
Rotura Prematura de Membranas (RPM)	157	13.11%
Total	1198	100.00%

Fuente: UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 15 – Rotura Prematura de Membranas en madres de 35 a 49 años



Interpretación.-

Se encontró Rotura Prematura de Membranas en el 13.11% de las gestantes y sin esta complicación el 86.89%.

Tabla N° 16 – Parto Obstruido en madres de 35 a 49 años

Parto Obstruido

Complicación	Fc.	%
Sin P.O.	1100	91.82%
Parto Obstruido	98	8.18%
Total	1198	100.00%

Fuente:UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 16 – Parto Obstruido en madres de 35 a 49 años



Interpretación.-

Presentó Parto Obstruido el 8.18% de las gestantes y sin esta complicación el 91.82%.

5.1.6 DURANTE EL PUERPERIO.

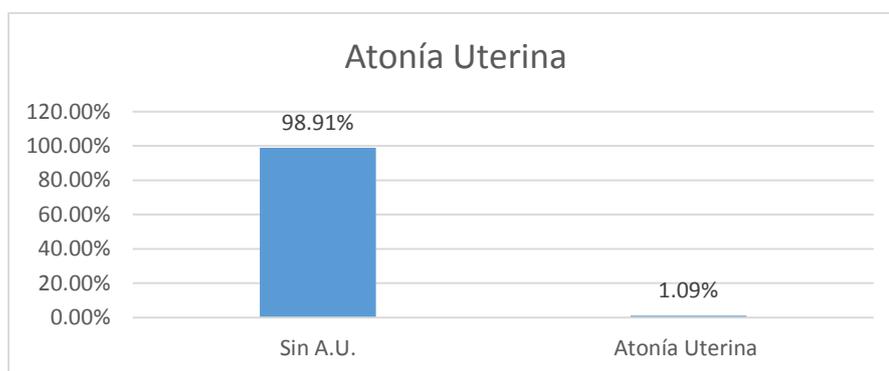
Tabla N° 17 – Atonía Uterina en madres de 35 a 49 años

Atonía Uterina

Complicación	Fc.	%
Sin Atonía Uterina (AU)	1185	98.91%
Atonía Uterina (AU)	13	1.09%
Total	1198	100.00%

Fuente:UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 17 – Atonía Uterina en madres de 35 a 49 años



Interpretación.-

Se encontró Atonía Uterina en el 1.09% de las gestantes y sin esta complicación el 98.91%.

Tabla N° 18 – Mastitis en madres de 35 a 49 años

Mastitis

Complicación	Fc.	%
Sin Mastitis	1198	100.00%
Mastitis	0	0.00%
Total	1198	100.00%

Fuente:UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

No se observaron casos de Mastitis en la población estudiada

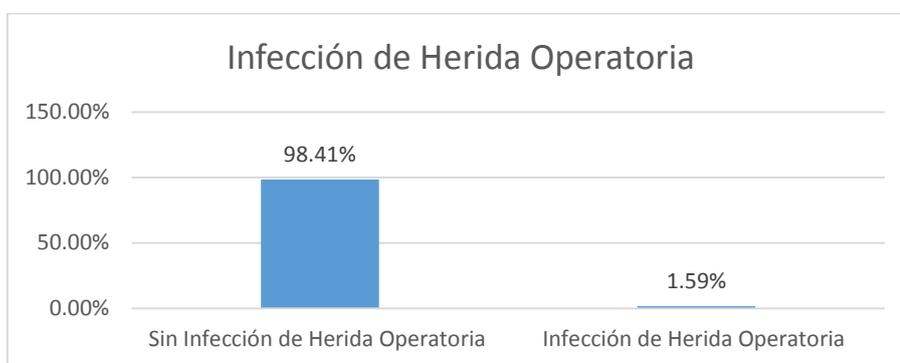
Tabla N° 19 – Infección de Herida Operatoria en madres de 35 a 49 años

Infección de Herida Operatoria

Complicación	Fc.	%
Sin Infección de Herida Operatoria	1179	98.41%
Infección de Herida Operatoria	19	1.59%
Total	1198	100.00%

Fuente: UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 18 – Infección de Herida Operatoria en madres de 35 a 49 años.



Interpretación.-

Presentó Infección de Herida Operatoria el 1.59% de las gestantes y sin esta complicación el 98.41%.

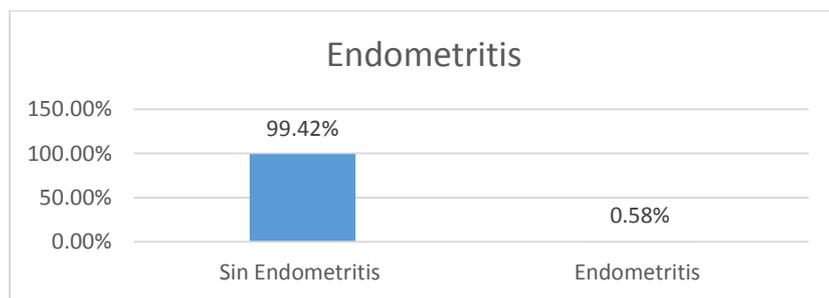
Tabla N° 20 – Endometritis en madres de 35 a 49 años

Endometritis

Complicación	Fc.	%
Sin Endometritis	1191	99.42%
Endometritis	7	0.58%
Total	1198	100.00%

Fuente: UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 19 – Endometritis en madres de 35 a 49 años



Interpretación.-

Se encontró Endometritis en el 0.58% de las gestantes y sin esta complicación el 99.42%.

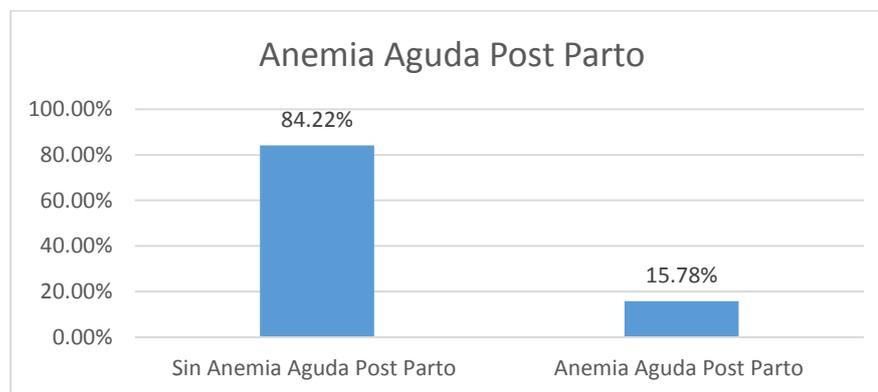
Tabla N° 21 – Anemia Aguda Post Parto en madres de 35 a 49 años

Anemia Aguda Post Parto

Complicación	Fc.	%
Sin Anemia Aguda Post Parto	1009	84.22%
Anemia Aguda Post Parto	189	15.78%
Total	1198	100.00%

Fuente: UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Grafico N° 20 – Anemia Aguda Post Parto en madres de 35 a 49 años



Interpretación.-

Presentó Anemia Aguda Post Parto el 15.78% de las gestantes y sin esta complicación el 84.22%.

5.1.7 RESUMENES DE LAS DIFERENTES COMPLICACIONES

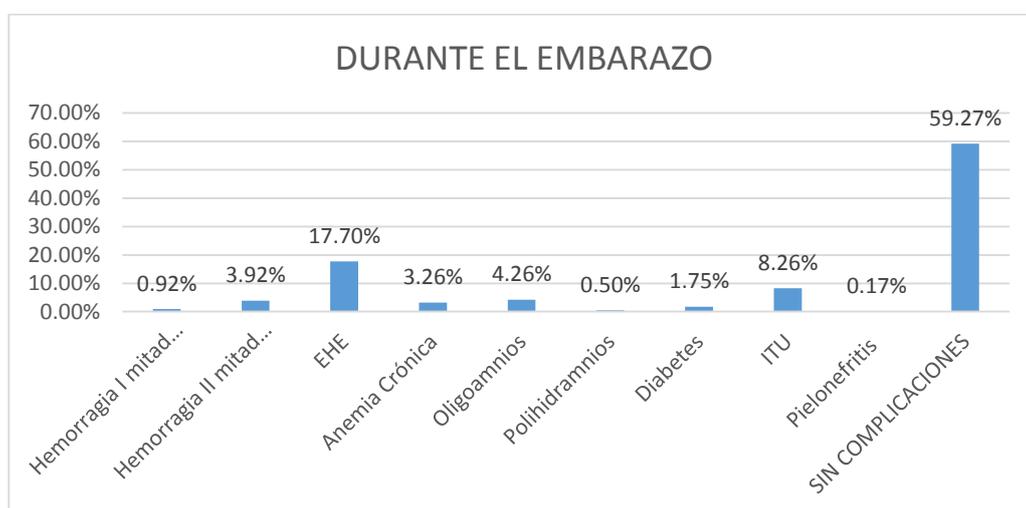
Tabla N° 22 – Complicaciones durante el embarazo.

Complicación	Fc.	%
Hemorragia Primera Mitad del Embarazo	11	0.92%
Hemorragia Segunda Mitad del Embarazo	47	3.92%
Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE).	212	17.70%
Anemia Crónica	39	3.26%
Oligoamnios	51	4.26%
Polihidramnios	6	0.50%

Diabetes	21	1.75%
Infección en el Tracto Urinario (ITU).	99	8.26%
Pielonefritis	2	0.17%
Sin complicaciones	710	59.27%
Total	1198	100.00%

Fuente: UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 21 – Complicaciones durante el embarazo.



Interpretación.-

Entre las complicaciones que se producen durante el embarazo, se tiene como más frecuentes la Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE), con 17.70%, que incluye la preeclampsia leve, la preeclampsia severa y la eclampsia. Siguen las Infecciones en el Tracto Urinario (ITU), con 8.26%, y la complicación más severa de estas, la Pielonefritis con 0.17%. Continúan en este orden las hemorragias de la Primera y Segunda Mitad del Embarazo, con 0.92% y 3.92% respectivamente. Sin dejar de mencionar las Anemias Crónicas

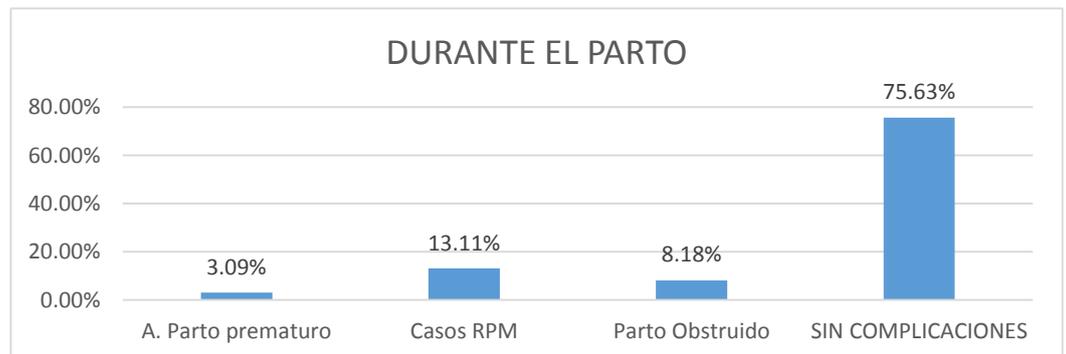
de tipo Ferropénica, con 3.26%. Y en su caso, el Oligoamnios con 4.26% y el Polihidramnios, con 0.50% respectivamente.

Tabla N° 23 – Complicaciones durante el parto.

Complicación	Fc.	%
Amenaza de Parto Prematuro	37	3.09%
Rotura Prematura de Membranas	157	13.11%
Parto Obstruido	98	8.18%
Sin complicaciones	906	75.63%
Total	1198	100.00%

Fuente: UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 22 – Complicaciones durante el parto.



Interpretación.-

Entre las complicaciones que se producen durante el parto se tiene con mayor frecuencia la Ruptura Prematura de Membranas (RPM), con un 13.11%. Continúa, el Parto Obstruido con 8.18% y sus variantes como desproporción de feto, pelvis estrecha, mala posición fetal. Y en su caso el parto Prematuro con 3.09%,

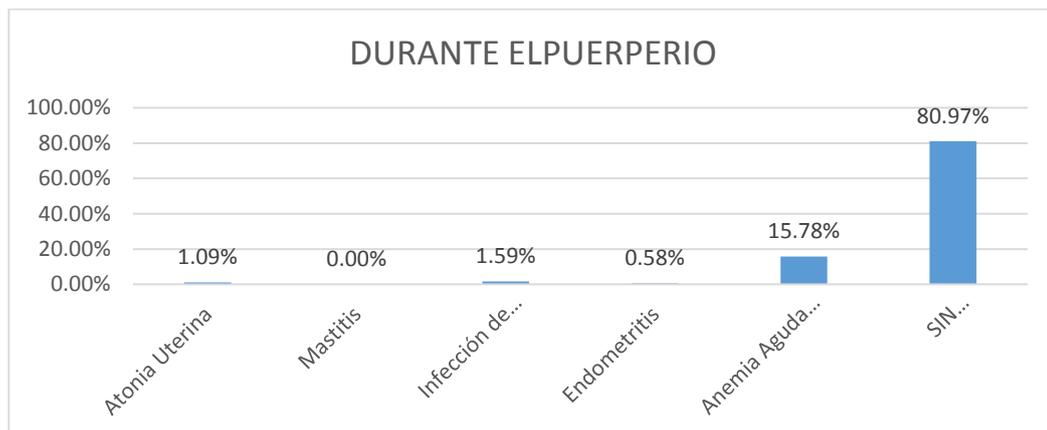
Tabla N° 24 – Complicaciones durante el puerperio.

Complicación	Fc.	%
--------------	-----	---

Atonía Uterina	13	1.09%
Mastitis	0	0.00%
Infección de Herida Operatoria	19	1.59%
Endometritis	7	0.58%
Anemia Aguda Post Parto	189	15.78%
Sin complicaciones	970	80.97%
Total	1198	100.00%

Fuente: UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 23 – Complicaciones durante el puerperio.



Interpretación.-

Entre las complicaciones durante el Puerperio se tiene como más frecuente las anemias agudas post parto con 15.78%. Le siguen las infecciones de herida operatoria con 1.59%. Continúan las atonías uterinas con 1.09% y las endometritis con 0.58%.

5.1.8 RELACIONES DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES OBSTETRICAS CON LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS.

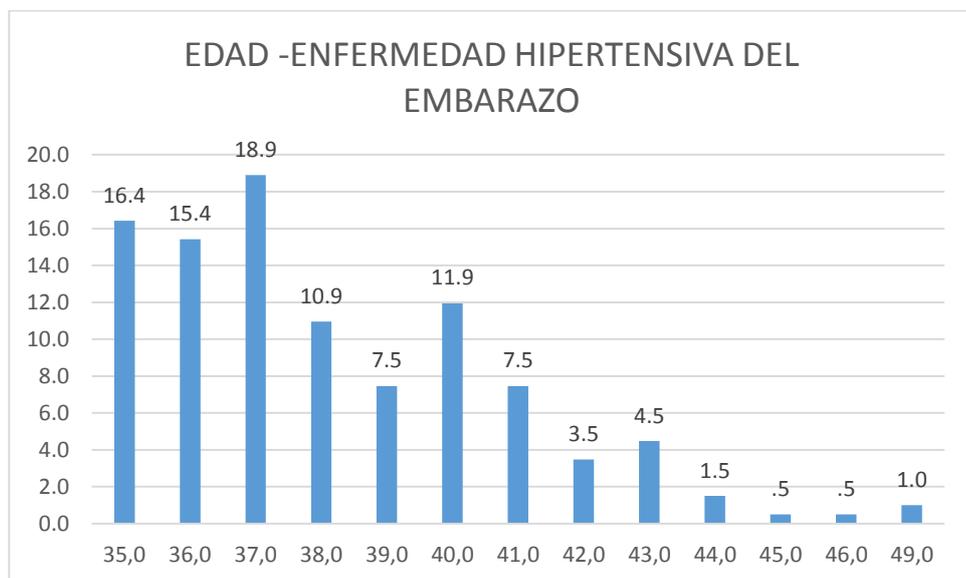
- Edad :

Tabla N° 25 – Relación edad - Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE)

Edad	Fc.	%
35,0	33	16.4
36,0	31	15.4
37,0	38	18.9
38,0	22	10.9
39,0	15	7.5
40,0	24	11.9
41,0	15	7.5
42,0	7	3.5
43,0	9	4.5
44,0	3	1.5
45,0	1	.5
46,0	1	.5
49,0	2	1.0
Total	201	100.0

Fuente: UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 24 – Relación edad - Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE).



Interpretación.-

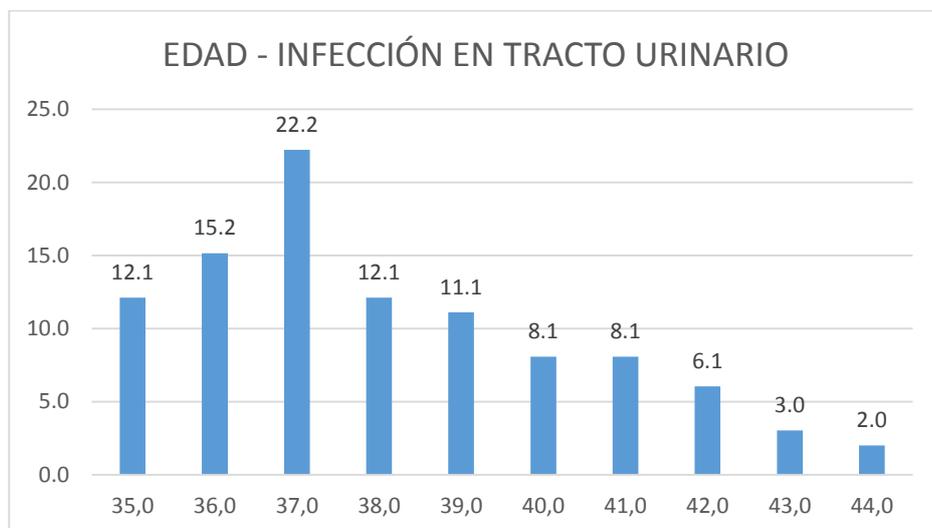
Mayor frecuencia en pacientes de 37 años con 18.9%, 35 años 16.4% y 36 años 15.4% respectivamente.

Tabla N° 26 – Relación edad - Infección en Tracto Urinario (ITU)

Edad	Fc.	%
35,0	12	12.1
36,0	15	15.2
37,0	22	22.2
38,0	12	12.1
39,0	11	11.1
40,0	8	8.1
41,0	8	8.1
42,0	6	6.1
43,0	3	3.0
44,0	2	2.0
Total	99	100.0

Fuente:UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 25 – Relación edad - Infección en Tracto Urinario (ITU).



Interpretación.-

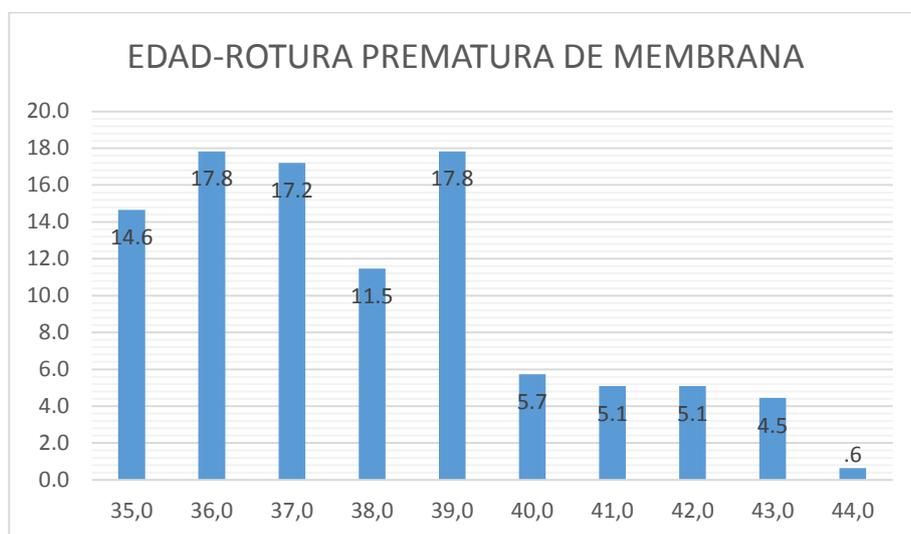
Mayor incidencia en pacientes de 37 años con 22.2%, 36 años 15.2% y 35 y 38 años con 12.1%.

Tabla Nº 27 – Relación edad - Rotura Prematura de Membrana (RPM)

Edad	Fc	%
35,0	23	14.6
36,0	28	17.8
37,0	27	17.2
38,0	18	11.5
39,0	28	17.8
40,0	9	5.7
41,0	8	5.1
42,0	8	5.1
43,0	7	4.5
44,0	1	.6
Total	157	100.0

Fuente:UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico Nº 26 – Relación edad - Rotura Prematura de Membrana (RPM)



Interpretación.-

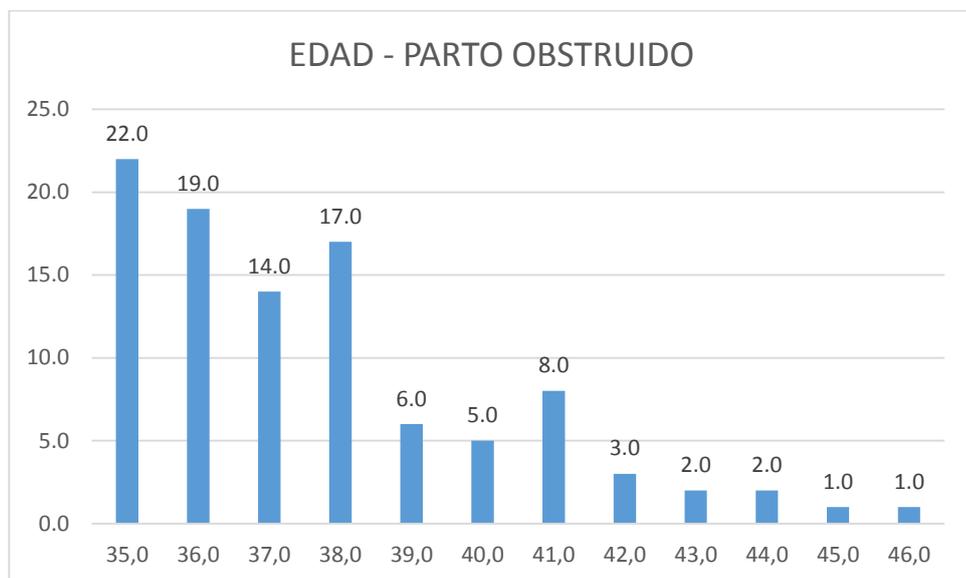
Mayor frecuencia en 36 y 39 años con 17.8% y 37 años con 17.2%.

Tabla Nº 28 – Relación edad - Parto Obstruido.

Edad	Fc	%
35,0	22	22.0
36,0	19	19.0
37,0	14	14.0
38,0	17	17.0
39,0	6	6.0
40,0	5	5.0
41,0	8	8.0
42,0	3	3.0
43,0	2	2.0
44,0	2	2.0
45,0	1	1.0
46,0	1	1.0
Total	100	100.0

Fuente: UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico Nº 27 – Relación edad - Parto Obstruido.



Interpretación.-

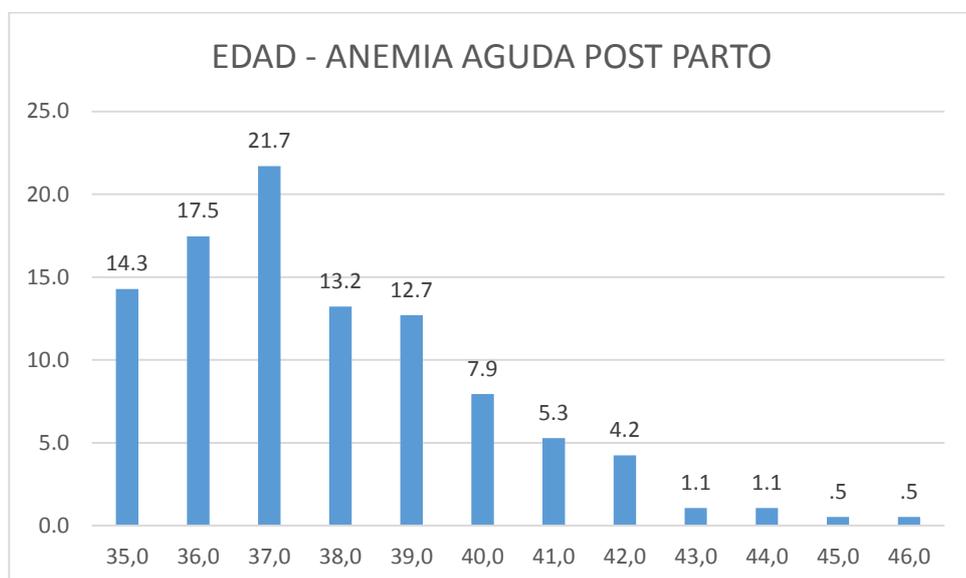
Mayor incidencia en 35 años con 22%, 36 años 19% y 38 años 17%.

Tabla N° 29 – Relación edad - Anemia Aguda Post Parto.

Edad	Fc.	%
35,0	27	14.3
36,0	33	17.5
37,0	41	21.7
38,0	25	13.2
39,0	24	12.7
40,0	15	7.9
41,0	10	5.3
42,0	8	4.2
43,0	2	1.1
44,0	2	1.1
45,0	1	.5
46,0	1	.5
Total	189	100.0

Fuente:UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 28 – Relación edad - Anemia Aguda Post Parto.



Interpretación.-

Mayor frecuencia en pacientes de 37 años con 21.7%, 36 años 17.5% y 35 años 14.3%.

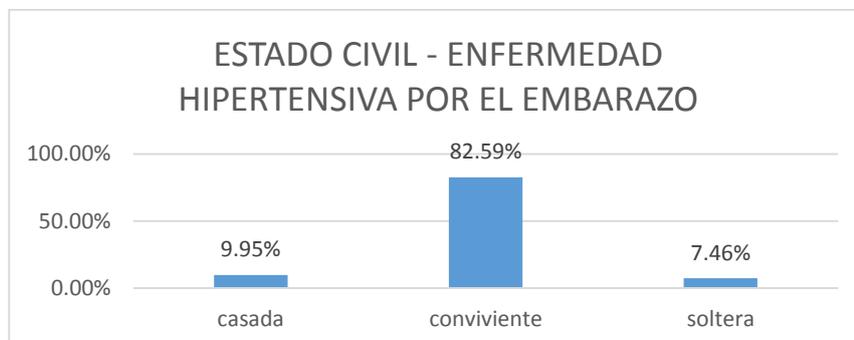
- **Estado Civil :**

Tabla N° 30 – Relación estado civil - Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE).

Estado Civil	Fc.	%
Casada	20	9.95%
Conviviente	166	82.59%
Soltera	15	7.46%
Total	201	100.00%

Fuente: UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 29 – Relación estado civil - Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE).



Interpretación.-

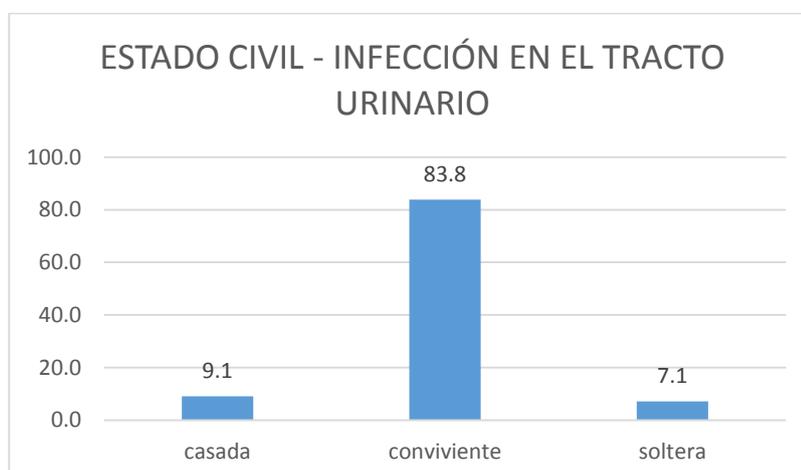
Mayor incidencia de pacientes con estado civil de convivencia en 82.59%, casada 9.95% y soltera 7.46%.

Tabla N° 31 – Relación estado civil -Infección Tracto Urinario (ITU).

Estado Civil	Fc.	%
Casada	9	9.1
Conviviente	83	83.8
Soltera	7	7.1
Total	99	100.0

Fuente:UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 30 – Relación estado civil - Infección en el Tracto Urinario (ITU).



Interpretación.-

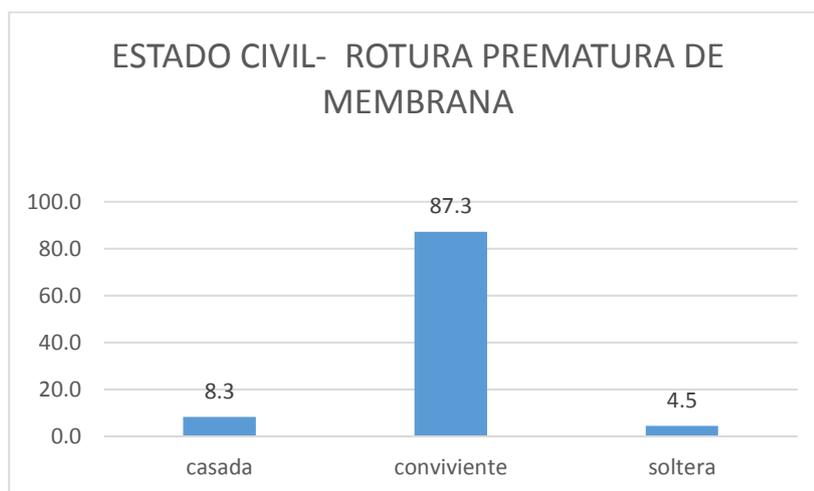
Mayor frecuencia de pacientes con estado civil de convivencia en 83.8%, casada 9.1% y soltera 7.1%.

Tabla N° 32 – Relación estado civil -Rotura Prematura de Membrana (RPM).

Estado Civil	Fc.	%
Casada	13	8.3
Conviviente	137	87.3
Soltera	7	4.5
Total	157	100.0

Fuente: UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 31 – Relación estado civil -Rotura Prematura de Membrana (RPM).



Interpretación.-

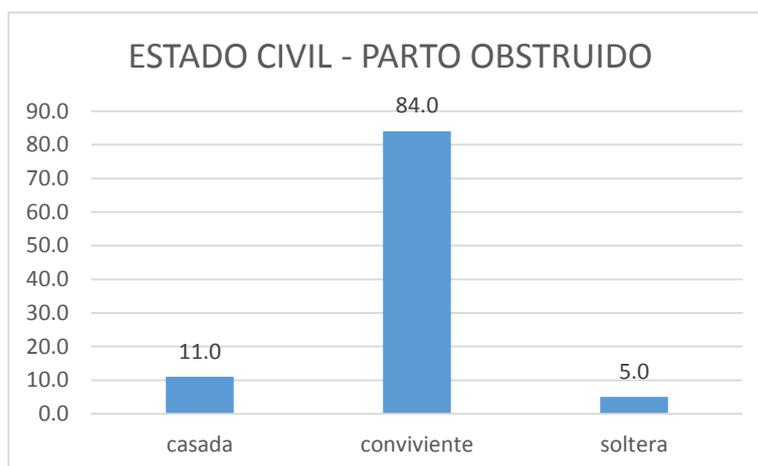
Mayor incidencia de pacientes con estado civil de convivencia en 87.3%, casada 8.3% y soltera 4.5%.

Tabla N° 33 – Relación estado civil - Parto Obstruido.

Estado Civil	Fc.	%
Casada	11	11.0
Conviviente	84	84.0
Soltera	5	5.0
Total	100	100.0

Fuente:UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 32 – Relación estado civil - Parto Obstruido.



Interpretación.-

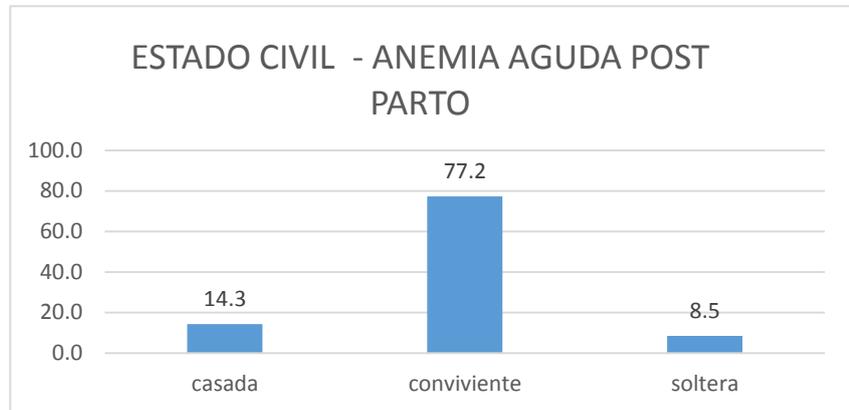
Mayor frecuencia de pacientes con estado civil de convivencia en 84%, casada 11% y soltera 5%.

Tabla N° 34 – Relación estado civil - Anemia Aguda Post Parto.

Estado Civil	Fc.	%
Casada	27	14.3
Conviviente	146	77.2
Soltera	16	8.5
Total	189	100.0

Fuente:UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 33 – Relación estado civil -Anemia Aguda Post Parto.



Interpretación.-

Mayor incidencia de pacientes con estado civil de convivencia en 77.2%, casada 14.3% y soltera 8.5%.

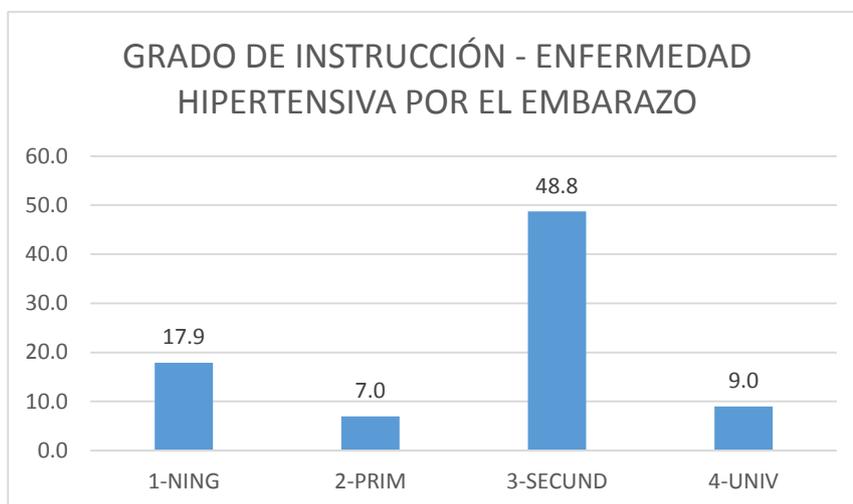
- **Grado de Instrucción :**

Tabla N° 35 – Relación grado de instrucción - Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE).

Grado de Instrucción	Fc.	%
Ninguna	36	17.9
Primaria	14	7.0
Secundaria	133	48.8
Universitaria	18	9.0
Total	201	100.0

Fuente:UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 34 – Relación grado de instrucción - Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (EHE).



Interpretación.-

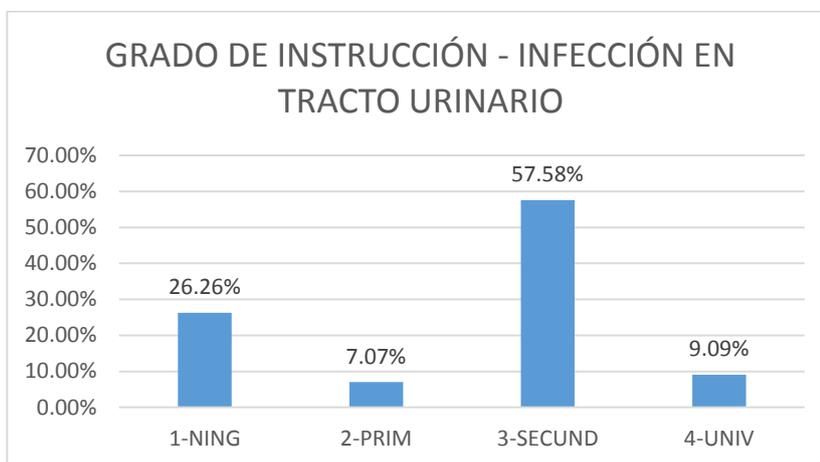
Mayor frecuencia de pacientes con estudios secundarios en 48.8%, sin estudios 17.9%, estudios universitarios 9% y estudios primarios 7%.

Tabla N° 36 – Relación grado de instrucción - Infección en Tracto Urinario (ITU).

Grado de Instrucción	Fc.	%
Ninguna	26	26.26%
Primaria	7	7.07%
Secundaria	57	57.58%
Universitaria	9	9.09%
Total	99	100.00%

Fuente:UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 35 – Relación grado de instrucción - Infección en Tracto Urinario (ITU).



Interpretación.-

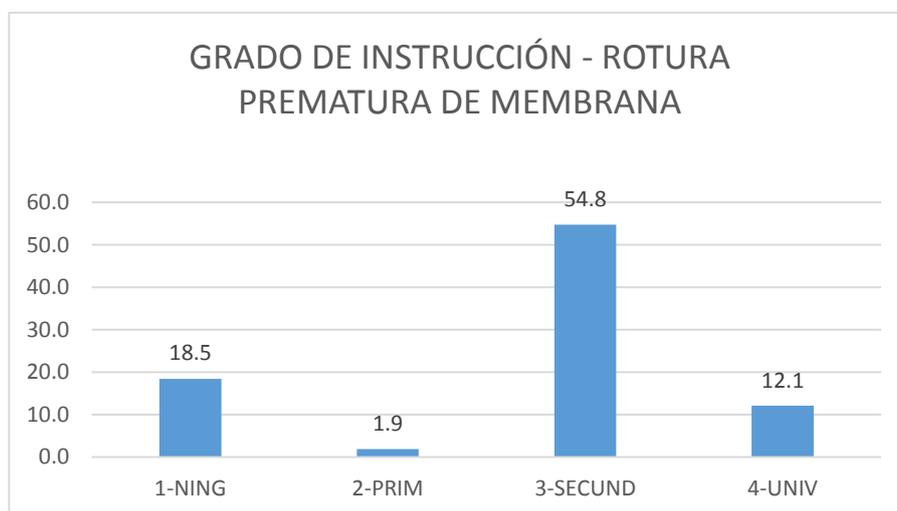
Mayor incidencia de pacientes con estudios secundarios en 57.58%, sin estudios 26.26%, estudios universitarios 9.09% y estudios primarios 7.07%.

Tabla N° 37 – Relación grado de instrucción - Rotura Prematura de Membrana (RPM).

Grado de Instrucción	Fc.	%
Ninguna	29	18.5
Primaria	3	1.9
Secundaria	106	54.8
Universitaria	19	12.1
Total	157	100.0

Fuente:UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 36 – Relación grado de instrucción - Rotura Prematura de Membrana (RPM).



Interpretación.-

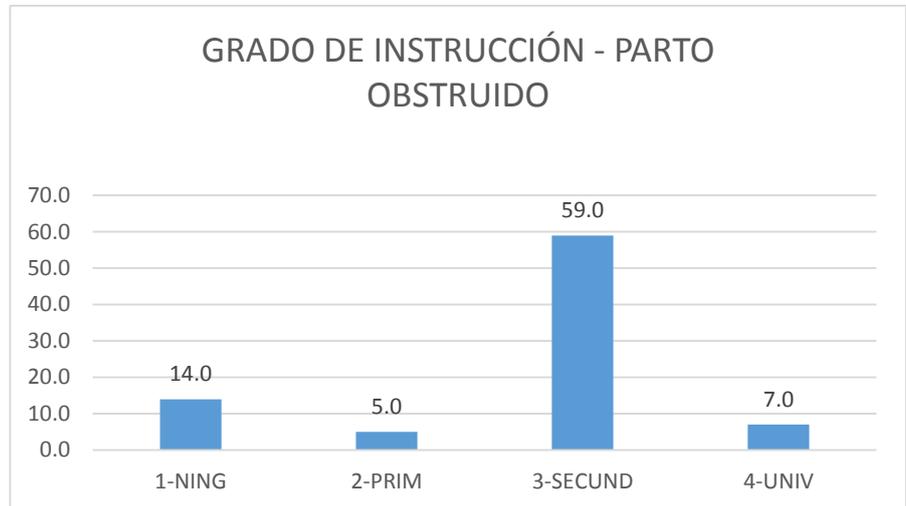
Mayor frecuencia de pacientes con estudios secundarios en 54.8%, sin estudios 18.5%, estudios universitarios 12.1% y estudios primarios 1.9%.

Tabla N° 38 – Relación grado de instrucción - Parto Obstruido.

Grado de Instrucción	Fc.	%
Ninguna	14	14.0
Primaria	5	5.0
Secundaria	74	59.0
Universitaria	7	7.0
Total	100	100.0

Fuente: UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 37 – Relación grado de instrucción - Parto Obstruido.



Interpretación.-

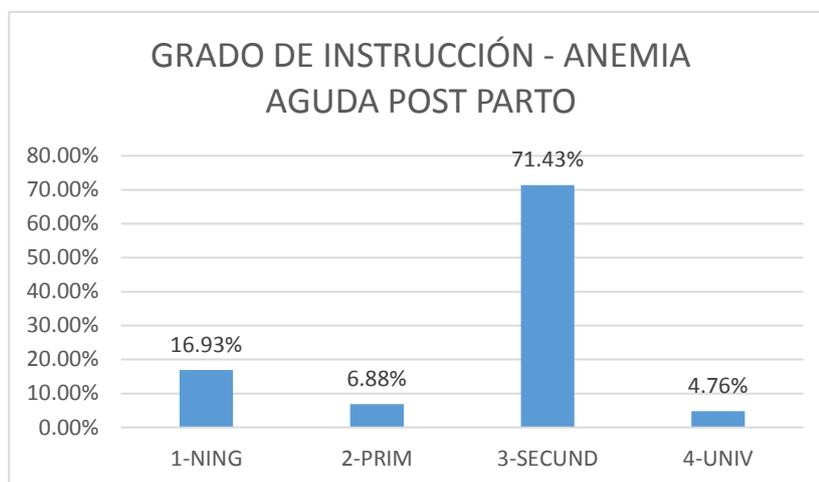
Mayor incidencia de pacientes con estudios secundarios en 59%, sin estudios 14%, estudios universitarios 7% y estudios primarios 5%.

Tabla N° 39 – Relación grado de instrucción - Anemia Aguda Post Parto.

Grado de Instrucción	Fc.	%
Ninguna	32	16.93%
Primaria	13	6.88%
Secundaria	135	71.43%
Universitaria	9	4.76%
Total	189	100.00%

Fuente:UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 38 – Relación grado de instrucción - Anemia Aguda Post Parto.



Interpretación.-

Mayor frecuencia de pacientes con estudios secundarios en 71.43%, sin estudios 16.93%, estudios universitarios 4.76% y estudios primarios 6.88%.

5.1.9 RELACIONES DE LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES CON LAS CARACTERISTICAS OBSTETRICAS.

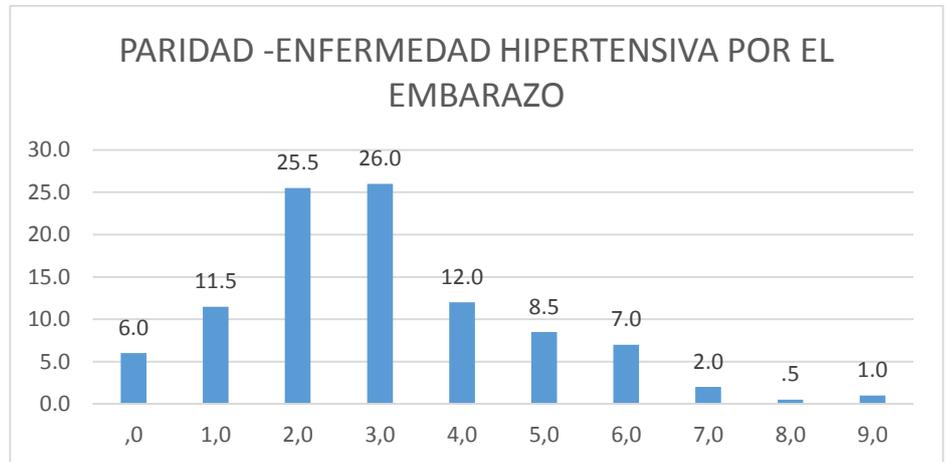
- **Paridad**

Tabla N° 40 – Relación paridad - Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE).

Paridad	Fc.	%
,0	12	6.0
1,0	23	11.5
2,0	51	25.5
3,0	52	26.0
4,0	24	12.0
5,0	17	8.5
6,0	14	7.0
7,0	4	2.0
8,0	1	.5
9,0	2	1.0
Total	200	100.0

Fuente:UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 39 – Relación paridad - Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE).



Interpretación.-

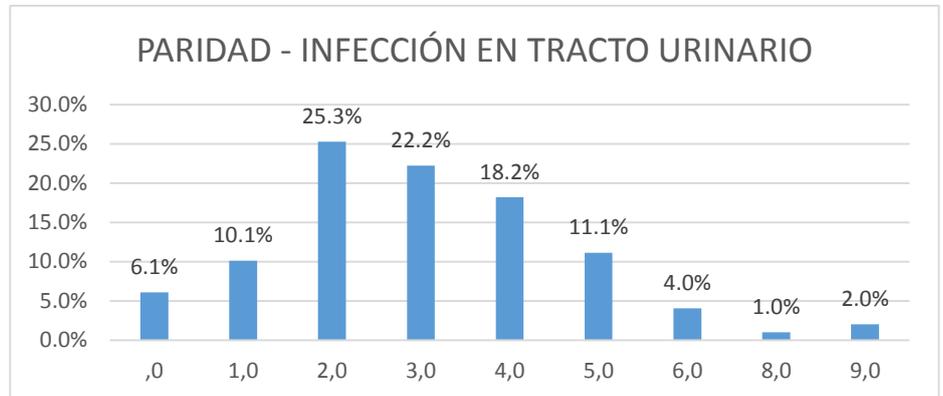
La mayor frecuencia de paridad es en Tres gestaciones con 26% y Dos gestaciones en 25.5%.

Tabla N° 41– Relación paridad - Infección Tracto Urinario (ITU).

Paridad	Fc.	%
,0	6	6.1%
1,0	10	10.1%
2,0	25	25.3%
3,0	22	22.2%
4,0	18	18.2%
5,0	11	11.1%
6,0	4	4.0%
8,0	1	1.0%
9,0	2	2.0%
Total	99	100.0%

Fuente:UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 40 – Relación paridad - Infección en Tracto Urinario (ITU).



Interpretación.-

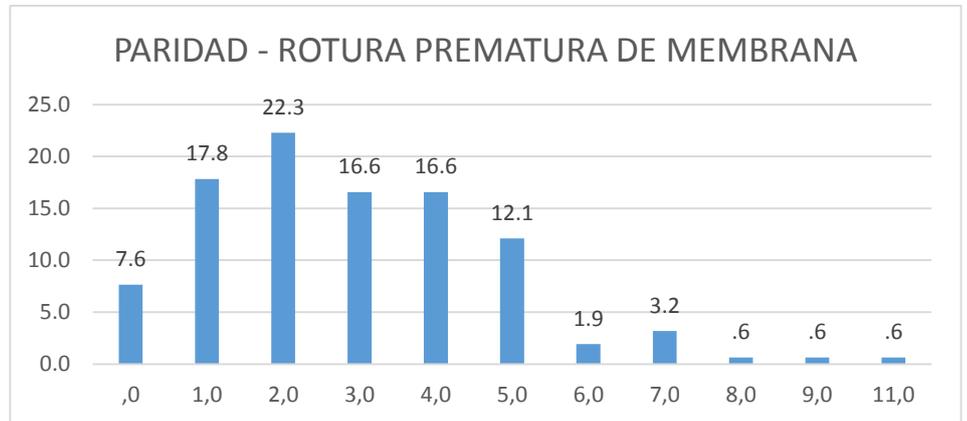
La mayor incidencia de paridad es en Dos gestaciones con 25.3%, Tres gestaciones en 22.2% y Cuatro gestaciones en 18.2%.

Tabla N° 42– Relación paridad - Rotura Prematura de Membrana (RPM).

Paridad	Fc.	%
,0	12	7.6
1,0	28	17.8
2,0	35	22.3
3,0	26	16.6
4,0	26	16.6
5,0	19	12.1
6,0	3	1.9
7,0	5	3.2
8,0	1	.6
9,0	1	.6
11,0	1	.6
Total	157	100.0

Fuente: UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 41 – Relación paridad - Rotura Prematura de Membrana (RPM).



Interpretación.-

La mayor frecuencia de paridad es en 2 gestaciones con 22.3%, 1 gestación en 17.8%, 3 y 4 gestaciones en 16.6%.

Tabla N° 43– Relación paridad - Parto Obstruido.

Paridad	Fc.	%
,0	5	5.0
1,0	24	24.0
2,0	20	20.0
3,0	24	24.0
4,0	11	11.0
5,0	10	10.0
6,0	5	5.0
7,0	1	1.0
Total	100	100.0

Fuente: UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 42 – Relación paridad - Parto obstruido.



Interpretación.-

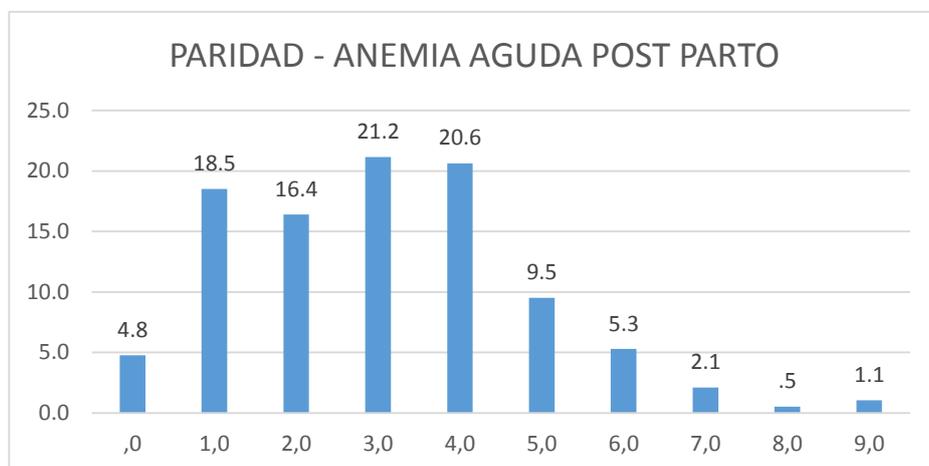
La mayor incidencia de paridad es en 1 y 3 gestaciones con 24% y 2 gestaciones en 20%.

Tabla N° 44– Relación paridad - Anemia Aguda Post Parto.

Paridad	Fc.	%
,0	9	4.8
1,0	35	18.5
2,0	31	16.4
3,0	40	21.2
4,0	39	20.6
5,0	18	9.5
6,0	10	5.3
7,0	4	2.1
8,0	1	.5
9,0	2	1.1
Total	189	100.0

Fuente:UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 43 – Relación paridad - Anemia Aguda Post Parto.



Interpretación.-

La mayor frecuencia de paridad es en 3 gestaciones con 21.2%, 4 gestaciones en 20.6%, 1 gestación en 18.5% y 2 gestaciones en 16.4%.

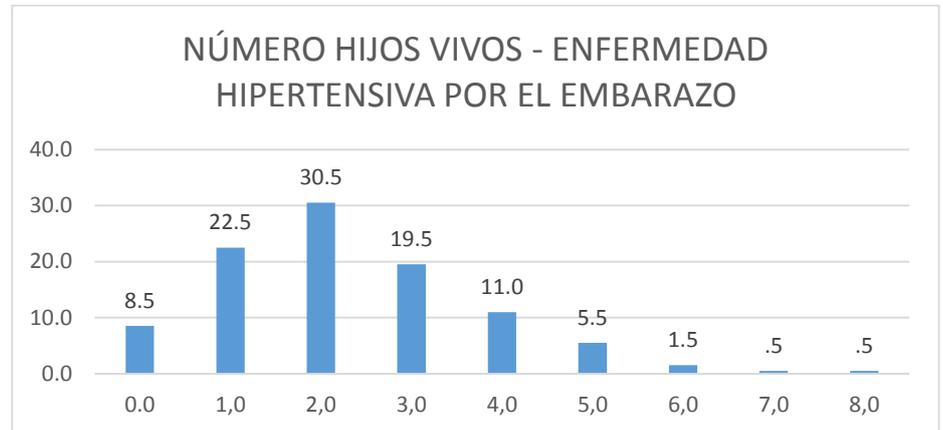
- **Número de hijos vivos**

Tabla N° 45 – Relación Número de hijos vivos - Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE).

Hijos vivos	Fc.	%
0.0	17	8.5
1,0	45	22.5
2,0	61	30.5
3,0	39	19.5
4,0	22	11.0
5,0	11	5.5
6,0	3	1.5
7,0	1	.5
8,0	1	.5
Total	200	100.0

Fuente: UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 44 – Relación Número de hijos vivos - Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE).



Interpretación.-

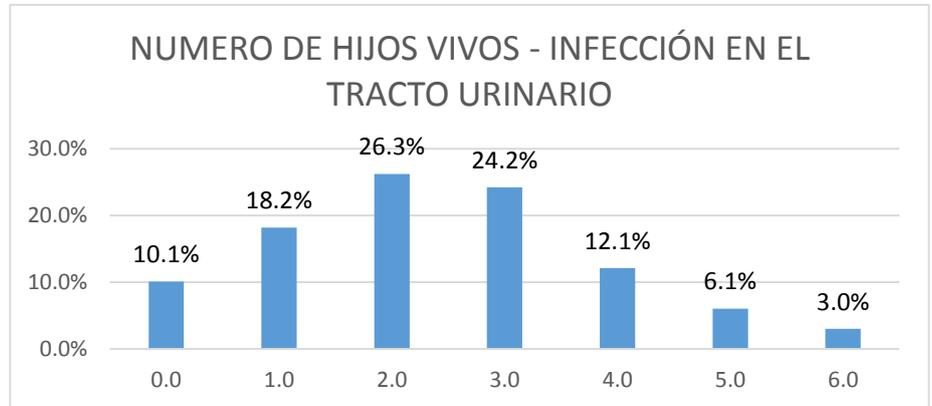
La mayor incidencia en el número de hijos vivos es en 2 hijos con 30.5%, 1 hijo con 22.5% y 3 hijos con 19.5%.

Tabla N° 46– Relación Número de hijos vivos - Infección en Tracto Urinario (ITU).

Hijos vivos	Fc.	%
0.0	10	10.1%
1.0	18	18.2%
2.0	26	26.3%
3.0	24	24.2%
4.0	12	12.1%
5.0	6	6.1%
6.0	3	3.0%
Total	99	100.0%

Fuente: UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 45 – Relación Número de hijos vivos - Infección en el Tracto Urinario (ITU).



Interpretación.-

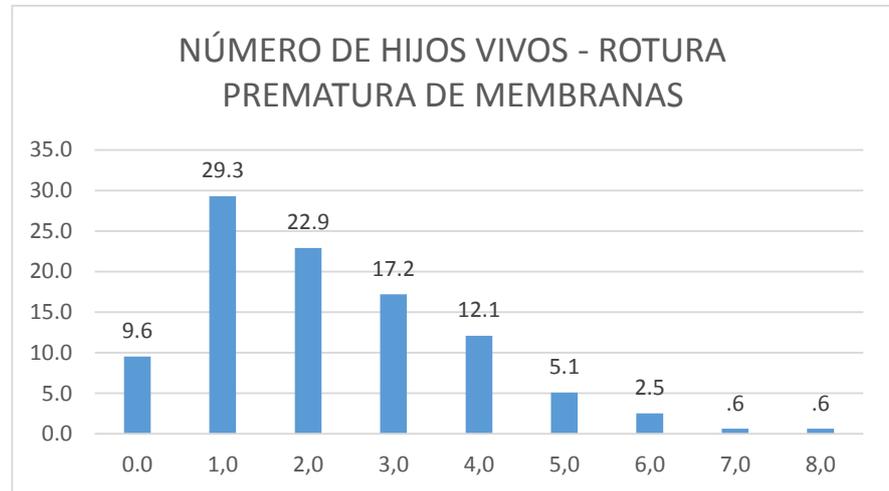
La mayor frecuencia en el número de hijos vivos es en Dos hijos con 26.3%, Tres hijos con 24.3% y Un hijo con 18.2%.

Tabla N° 47– Relación Número de hijos vivos - Rotura Prematura de Membrana (RPM).

Hijos vivos	Fc.	%
0,0	15	9.6
1,0	46	29.3
2,0	36	22.9
3,0	27	17.2
4,0	19	12.1
5,0	8	5.1
6,0	4	2.5
7,0	1	.6
8,0	1	.6
Total	157	100.0

Fuente: UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 46 – Relación Número de hijos vivos - Rotura Prematura de Membrana (RPM).



Interpretación.-

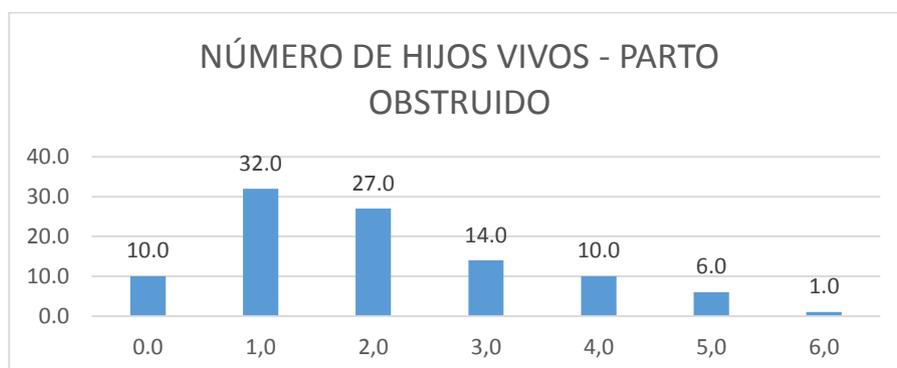
La mayor incidencia en el número de hijos vivos es en Un hijo con 29.3%, Dos hijos con 22.9% y Tres hijos con 17.2%.

Tabla N° 48– Relación Número de hijos vivos - Parto Obstruido.

Hijos vivos	Fc.	%
0,0	10	10,0
1,0	32	32,0
2,0	27	27,0
3,0	14	14,0
4,0	10	10,0
5,0	6	6,0
6,0	1	1,0
Total	100	100,0

Fuente: UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 47 – Relación Número de hijos vivos - Parto obstruido.



Interpretación.-

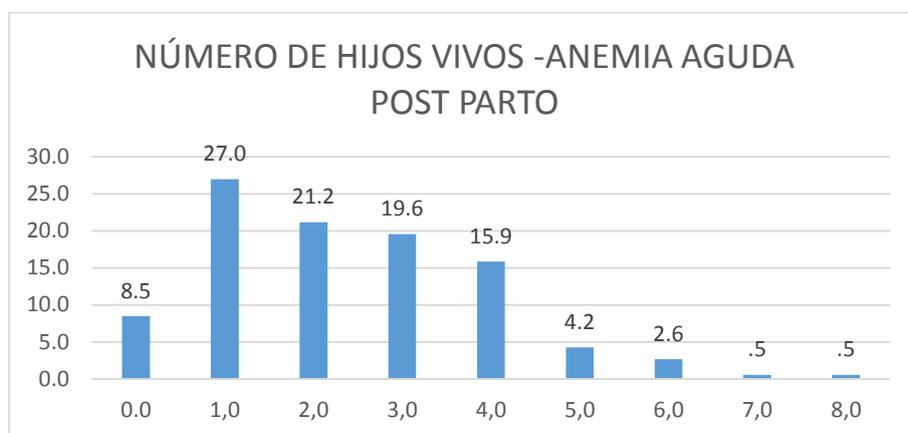
La mayor frecuencia en el número de hijos vivos es en Un hijo con 32% y Dos hijos con 27%.

Tabla N° 49– Relación hijos vivos - Anemia Aguda Post Parto.

Hijos vivos	Fc.	%
0,0	16	8.5
1,0	51	27.0
2,0	40	21.2
3,0	37	19.6
4,0	30	15.9
5,0	8	4.2
6,0	5	2.6
7,0	1	.5
8,0	1	.5
Total	189	100.0

Fuente:UCAIM Dpto. de GO
Hospital María Auxiliadora

Gráfico N° 48 – Relación Número de hijos vivos - Anemia Aguda Post Parto.



Interpretación.-

La mayor incidencia en el número de hijos vivos es en Un hijo con 27%, Dos hijos con 21.2% y Tres hijos con 19.6%.

5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.2.1 De un total de 7600 pacientes gestantes atendidas en el Hospital María Auxiliadora de enero a diciembre del 2014, la frecuencia de gestantes añosas es de 15.76%.

5.2.2 Con relación a las características socio demográficas de la población de estudio de 1198 pacientes gestantes añosas respecto a la edad, el segmento poblacional de 35 a 39 años es significativo con un 74.04%, mientras el de 40 a 44 años es de 24,96% y el de 45 a 49 años, es mínimo con 1.0%. Las medidas de tendencia central apuntan al intervalo de edades de 35 a 37 años y las de dispersión en ese mismo rango.

Respecto, al estado civil, es muy significativo el registro de unión estable o convivencia con 83.22%, un bajo índice de casadas con 10.93% y un mínimo de solteras con 5.84%. Las medidas de tendencia central y de dispersión no tienen mayor incidencia.

Con referencia, al grado de Instrucción, es muy significativo el registro de pacientes gestantes con estudios secundarios en 89.48%, y en menor grado las que registran estudios superiores con 5.18% y estudios primarios con 5.09% y mínimamente sin algún tipo de estudios un 0.25%.

5.2.3 Con relación a las características obstétricas, en cuanto a la paridad, el registro de gestantes nulíparas es significativo con 58.51%, de igual manera las gestantes multíparas con 40.48% y un mínimo de gestantes gran multípara con 1%.

En referencia al número de hijos, es significativo el registro de pacientes gestantes que tuvieron entre Uno a Tres hijos con el 71.20%, en menor índice las pacientes gestantes que han tenido de Cuatro a más hijos con 21.70% y con cesárea anterior un

21.79%; y en un mínimo las que han tenido embarazo múltiple con 0.92%.

5.2.4 Entre las principales complicaciones obstétricas en gestantes añosas durante el embarazo, se tiene como más frecuente la Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE), con 17.70%, que incluye la Preeclampsia Leve con un 9.10%, la Preeclampsia Grave con un 7.85%, el Síndrome de Hellp con 0.50% y la Eclampsia con 0.25%; siguen las Infecciones en el Tracto Urinario (ITU), con 8.26%, y a continuación el Oligoamnios con 4.26%, las Hemorragias en la segunda mitad del embarazo con 3.92%, las Anemias Crónicas de tipo Ferropénica, con 3.26%, las Hemorragias de la primera mitad del embarazo con 0.92%, el Polihidramnios, con 0.50% y la Pielonefritis con 0.17%.

5.2.5 Como principales complicaciones obstétricas en gestantes añosas durante el Parto, se tiene con mayor frecuencia la Rotura Prematura de Membranas (RPM), con un 13.11%. Continúa, el Parto Obstruido (como Desproporción de Feto, Pelvis Estrecha y Mala Posición Fetal) con 8.18% y el Parto Prematuro con 3.09%,

5.2.6 Respecto a las principales complicaciones obstétricas en gestantes añosas durante el Puerperio, se tiene como más frecuente la Anemia Aguda Post Parto con 15.78% y en menor incidencia las Infecciones de Herida Operatoria con 1.59%, las Atonías Uterinas con 1.09% y la Endometritis con 0.58%.

5.2.7 Por lo expuesto, la hipótesis planteada en el presente estudio, sobre las principales complicaciones obstétricas en las gestantes añosas atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el periodo de enero a diciembre del 2014, ha sido confirmada por la mayor incidencia de la Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE)

con 17.70%, Anemia Aguda Post Parto con 15,78%, Ruptura Prematura de Membranas (RPM) con 13.11%, Infecciones de Tracto Urinario (ITU) con 8.26% y Parto Obstruido con 8.18%.

5.2.8 Con relación a la Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE), esta tiene mayor incidencia en pacientes de 37 años de edad con 18.9%, estado civil de convivencia en 82.59% y grado de instrucción secundaria con 48.8%. Respecto a las Infecciones en el Tracto Urinario (ITU) la mayor incidencia es en pacientes de 37 años de edad con 22.2%, estado civil de convivencia en 83.8% y grado de instrucción secundaria con 57.58%. Referente a la Rotura Prematura de Membranas (RPM) la mayor incidencia es en pacientes de 36 y 39 años de edad con 17.8%, estado civil de convivencia en 87.3% y grado de instrucción secundaria con 54.8%. Sobre el Parto Obstruido la mayor incidencia es en pacientes de 35 años de edad con 22%, estado civil de convivencia en 84% y grado de instrucción secundaria con 59%. Y en cuanto a Anemia Aguda Post Parto la mayor incidencia es en pacientes de 37 años de edad con 21.7%, estado civil de convivencia en 77.2% y grado de instrucción secundaria con 71.43%.

5.2.9 Respecto a la Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE), con relación a la paridad, mayor incidencia de Tres gestaciones en 26% y Dos gestaciones 25.5%; con relación al número de hijos vivos, la mayor frecuencia en Dos hijos vivos en 30.5%, Un hijo vivo 22.5% y Tres hijos vivos 19.5%. Con relación a las Infecciones en el Tracto Urinario (ITU), respecto a la Paridad, mayor incidencia de Dos gestaciones en 25.3% y Tres gestaciones 22.2% y Cuatro gestaciones 18.2%; con relación al número de hijos vivos, la mayor frecuencia en Dos hijos vivos en 26.3%, Tres hijos vivos 24.3% y Un hijo vivo 18.2%.

Referente a la Rotura Prematura de Membranas (RPM), respecto a la paridad, mayor incidencia de Dos gestaciones en 22.3% y Una gestación 17.8% y Tres y Cuatro gestaciones 16.6%; con relación al número de hijos vivos, la mayor frecuencia en Un hijo vivo en 29.3%, Dos hijos vivos 22.9% y Tres hijos vivos 17.2%. Sobre el Parto Obstruido, con relación a la Paridad, mayor incidencia de Una y Tres gestaciones en 24% y Dos gestaciones 20%; con relación al número de hijos vivos, la mayor frecuencia en Un hijo vivo en 32% y Dos hijos vivos 27%. Y en cuanto a Anemia Aguda Post Parto, con relación a la Paridad, mayor incidencia de Tres gestaciones en 21.2%, Cuatro gestaciones 20.6%, Una gestación 18.5% y Dos gestaciones 16.4%; con relación al número de hijos vivos, la mayor frecuencia en Un hijo vivo en 27%, Dos hijos vivos 21.2% y Tres hijos vivos 19.6%.

5.2.8 Con relación a las investigaciones consignadas:

- CHAMY P. Verónica y colaboradores³¹, estudio llamado “Riesgo Obstétrico y Perinatal en Embarazadas Mayores de 35 Años, Santiago de Chile 2009”. En el que de un total de 16,338 pacientes donde el 10.9% fueron mujeres gestantes de 35 y 39 (1781), concluyó que entre estas edades el mayor riesgo de enfermedades maternas fueron hipertensión arterial crónica, hospitalización durante el embarazo, diabetes, preeclampsia, hemorragia del tercer trimestre, parto cesárea, hemorragia puerperal, menor peso del recién nacido, y defectos congénitos, entre otros. Hubo mayor frecuencia de rotura prematura de membranas en las mayores de 40 años.

Respecto a esto, con relación al total de partos, el actual estudio tiene mayor frecuencia de pacientes de 35 a 39 años

con 11.67% y respecto a las conclusiones, es diferente y más específica con relación a la complicación durante el embarazo de la Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE), que registra una frecuencia de 17.70% y determina preeclampsia leve en 9.10%, preeclampsia grave 7.85%, síndrome de Hellp 0.50% y eclampsia 0.25%; y asimismo, con relación a la complicación durante el parto de rotura prematura de membranas se registra una frecuencia de 13.11% y mayor incidencia en pacientes de 36 y 39 años de edad con 17.8%; y en 40 años 5.7%.

GUIOMAR PEÑA, Martí y colaboradores³², investigación titulada, "Asociación entre prematuridad y embarazadas en edad avanzada, Caracas enero del 2007". Con una muestra de 1,863 mujeres embarazadas (Casos: 620, Controles: 1 243). La variable de exposición fue edad \geq 35 años y la de resultado prematuridad (gestación < 37 semanas, según la OMS); concluyó que el embarazo en las mujeres añosas aumenta el riesgo de parto prematuro y este riesgo se incrementa si la mujer gestante es primigesta. Sin embargo, en el estudio actual, de manera diferente la amenaza de Parto Prematuro es de 3.09% pero si concurrente respecto a que el 58.51% de pacientes son gestantes nulíparas, el 40.48% gestantes múltiparas y gran múltipara un 1%

- OBREGÓN YÁNEZ, Luisa E³³, realizó una investigación titulada: Primigesta en edad Avanzada- En el Hospital Maternidad "Concepción Palacios", Caracas sep. 2007. Que encontró un aumento importante de la morbilidad materna con predominio de los trastornos hipertensivos del embarazo, del ingreso de pacientes multi referidas, de la incidencia

de cesáreas, de la morbimortalidad perinatal y de la mortalidad materna y que por ello se debe considerar a la primigesta de edad avanzada como un embarazo de muy alto riesgo. El estudio actual es coincidente con relación a los trastornos hipertensivos del embarazo, ya que la Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE), registra la mayor frecuencia con 17.70% y una mayor incidencia en pacientes de 37 años de edad con 18.9%; y asimismo, es concurrente respecto a que el 58.51% de pacientes son gestantes nulíparas.

- SCHULLER W, Alejandro y colaboradores³⁴, realizaron una investigación llamada, “Estudio de las Gestantes de Edad Avanzada en el Hospital Universitario de Caracas 2007”. Concluyó que a pesar de ser las gestantes de edad avanzada un grupo de alto riesgo, el control adecuado y frecuente para la detección oportuna de las complicaciones y una conducta más intervencionista en la resolución de los casos y a una mayor atención de las madres en el posparto, así como de sus hijos en forma inmediata, hacen que los índices de morbimortalidad perinatal no muestren diferencias significativas. En ese contexto, de manera concurrente el estudio actual ha determinado como principales complicaciones obstétricas la Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE) con 17.70%, Anemia Aguda Post Parto con 15,78%, Rotura Prematura de Membranas (RPM) con 13.11%, Infecciones en el Tracto Urinario (ITU) con 8.26% y Parto Obstruido con 8.18% y asimismo, considerado la pertinencia del reconocimiento y detección oportuna de las complicaciones obstétricas mediante un control adecuado para reducir la morbimortalidad materno-perinatal.

- REYNA VILLASMIL, Eduardo y colaboradores³⁵, realizaron una investigación titulada, “Resultante materno-perinatal en primigestas de 40 años o más – Caracas 2006”. Con una muestra de 98 gestantes primerizas, dio como resultado lo siguiente: hipertensión inducida por el embarazo, alteraciones de la presentación fetal, hemorragia de la segunda mitad del embarazo, rotura prematura de membranas, parto pretérmino, alteraciones de la presentación fetal, hemorragia de la segunda mitad del embarazo; y concluyó, que aunque se encontró un aumento en las complicaciones antes y durante el parto, la evolución perinatal fue afectada por la edad materna. Los recién nacidos presentaron aumentos significativos en la ocurrencia de acuerdo a las complicaciones.

En el estudio actual, la muestra es mayor (1198), el segmento de 35 a 39 años es 74.04% (887), de 40 a 44 años 24,96% (299) y de 45 a 49 años 1.0% (12). Es concurrente, respecto a que entre las principales complicaciones determinadas, la Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo registra la mayor frecuencia en pacientes de 37 años con 18.9%, 35 años 16.4% y 36 años 15.4%, 40 años 11.9%, 41 años 7.5%, 43 años 4.5%, 42 años 3.5% y 44 años 1.5% respectivamente. Y con relación, a la Rotura Prematura de Membranas, la mayor frecuencia en 36 y 39 años con 17.8% y 37 años con 17.2%, 40 años 5.7%, 41 y 42 años 5.1%, 43 años 4.5% y 44 años 0.6% respectivamente.

- TIPIANI RODRÍGUEZ, Oswaldo²⁹, realizó una investigación titulada ¿Es la edad materna avanzada un factor de riesgo independiente para las complicaciones materno-perinatales? en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en Lima, Perú 2005.

Menciona que de los 490 pacientes presentados, 166 tenían una edad igual o mayor de 35 años (33.38%). Los controles fueron 324. La edad media de los casos fue de 37,7 años, con desviación estándar de 2,2. Los resultados obtenidos muestran que existe mayor prevalencia de diabetes gestacional en gestantes añosas. La prevalencia de muerte perinatal, Ápgar menor de 7 a los 5 minutos, peso bajo al nacer y morbilidad puerperal no tuvo influencia por la edad materna. Concluye que, después de corregir para factores de confusión, la edad materna avanzada representa un factor de riesgo independiente para complicaciones médicas y obstétricas. El reconocimiento de tales factores es importante para la reducción de la morbilidad materno-perinatal en este grupo de pacientes.

El estudio actual, es concurrente, por cuanto de un total de 7600 pacientes atendidas 1198 fueron gestantes mayores de 35 a 49 años, que constituyen el 15.76%, la edad media es 38.01, la mediana 37.50, la moda 35: y en su caso la desviación estándar 2.5. Es coincidente respecto a que la edad es un factor de riesgo independiente para complicaciones obstétricas. Y es complementaria, con relación a la importancia y pertinencia que en este grupo de pacientes se haya reconocido entre las principales complicaciones obstétricas durante el embarazo, la Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE), con 17.70% (que incluye la preeclampsia leve con un 9.10%, la preeclampsia grave con un 7.85%, el síndrome de Hellp con 0.50% y la eclampsia con 0.25%) y las Infecciones en Tracto Urinario (ITU), con 8.26%; durante el parto, la Rotura Prematura de Membranas (RPM), en 13.11% y el Parto Obstruido (como desproporción de feto, pelvis estrecha y

mala posición fetal) con 8.18%; y durante el puerperio, la Anemia aguda post parto con 15.78% y en menor incidencia las infecciones de herida operatoria con 1.59%, las atonías uterinas con 1.09% y la endometritis con 0.58%. Y d reducir la morbimortalidad materno-perinatal.

- LÓPEZ TERRONES, Alberto³⁰, realizó una investigación titulada “Complicaciones Maternas en Gestantes Añosas en el Hospital María Auxiliadora entre los años 2001 y 2005” Lima – Perú. Menciona que de los 36,955 partos que se registraron en el periodo en mención, el 18.69% (6,907) equivale a gestantes entre las edades de 10 y 19 años; un 68.83% (25,437) a gestantes entre las edades de 20 a 34 años; y el 12.48% (4,611) a gestantes añosas, de 35 años a más. En este último grupo, detalla que el 29.61% (1,374) de los casos de gestantes añosas fueron partos inducidos a cesárea, mientras que el 70.39% restante (3,267) fueron partos por vía vaginal. Explica, también, que dentro del grupo de las pacientes gestantes añosas inducidas a cesárea, se presentaron diversas indicaciones, entre las más resaltantes menciona las siguientes: cesárea previa, con 235 casos; desproporción céfalo pélvica, con 196 casos; sufrimiento fetal agudo, con 149 casos; y preeclampsia/eclampsia, con 136 casos presentados. De igual manera hace mención de otras indicaciones como feto en transverso, feto en podálico, ruptura uterina, entre otros, presentándose en menor proporción.

El actual estudio, es concurrente, con relación a la muestra de pacientes gestantes mayores de 35 años, que de un total de 7600 pacientes atendidas 1198 gestantes añosas constituyen el 15.76% y es coincidente con relación a las complicaciones

durante el embarazo como Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (EHE), que registra una frecuencia de 17.70% y determina preeclampsia leve en 9.10%, preeclampsia grave 7.85%, síndrome de Hellp 0.50% y eclampsia 0.25%; y durante el parto, Rotura Prematura de Membranas (RPM) en 13.11%. Parto Obstruido (como desproporción de feto, pelvis estrecha y mala posición fetal) 8.18% y parto Prematuro 3.09%,

- HERNANDEZ CABRERA, Jesús y colaboradores³⁶, realizaron un estudio titulado “Resultados Perinatales y Maternos de los Embarazos en Edad Madura, Cuba 2003”. En una muestra de 389 mujeres en edad madura, concluyó que en las mujeres gestantes mayores de 35 años, influyó en los indicadores de morbimortalidad perinatal y materna; sin embargo, se registró solo una muerte materna en este grupo. En este contexto, el estudio actual es complementario, con relación a la importancia y pertinencia que en este grupo de pacientes se hayan reconocido entre las principales complicaciones obstétricas durante el embarazo, Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (EHE) e Infección de tracto Urinario (ITU); durante el parto (Rotura Prematura de Membranas (RPM) y Parto Obstruido; y, durante el puerperio la Anemia Aguda Post Parto.

5.2.9 La presente investigación denota la pertinencia de reconocer y detectar de manera oportuna las complicaciones obstétricas y la necesidad de un control adecuado para reducir la morbimortalidad materno-perinatal. Así como, la importancia de una mejor intervención médica en la resolución de casos y una adecuada atención prenatal a la gestante durante el embarazo,

parto y puerperio; y asimismo un adecuado control y seguimiento neonatal a su hijo.

- 5.2.10 Constituye fortaleza del presente estudio, ser el primero en el espacio y tiempo acontecido que permite conocer la realidad de gestantes añosas cuyas características identificadas servirán para mejorar la atención de este tipo de pacientes.
- 5.2.11 Durante el estudio retrospectivo se ha considerado como limitación la existencia mínima de historias clínicas incompletas e ilegibles.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

En el contexto del problema formulado, los objetivos establecidos, la hipótesis planteada; así como, del estudio, análisis y discusión de los resultados conseguidos se tiene lo siguiente:

Se ha establecido que de un total de 7600 pacientes gestantes atendidas en el Hospital María Auxiliadora de enero a diciembre del 2014, la frecuencia de gestantes añosas (de 35 a 49 años de edad) es de 15.76%.

Se ha determinado como características socio demográficas respecto a la edad, un significativo segmento poblacional de 35 a 39 años de 74.04%, mientras el de 40 a 44 años es de 24,96% y el de 45 a 49 años, es mínimo con 1.0%: en el que las medidas de tendencia central apuntan al intervalo de edades de 35 a 38 años. Con relación al estado civil es muy significativo el registro de unión estable o convivencia con 83.22%, un bajo índice de casadas con 10.93% y un mínimo de solteras con 5.84%. Y sobre el grado de Instrucción, es muy significativo el registro de pacientes gestantes con estudios secundarios en 89.48%, y en menor grado las que registran estudios superiores con 5.18% y estudios primarios con 5.09% y mínimamente sin algún tipo de estudios un 0.25%.

Con relación a las características obstétricas, en cuanto a la Paridad, es significativo el registro de gestantes nulíparas con 58.51%, de igual manera las gestantes múltiparas 40.48% y un mínimo de gestantes gran múltipara con 1%. En referencia al número de hijos vivos, es significativo el registro de pacientes gestantes que tuvieron entre Uno a Tres hijos con 71.20%, en menor índice las que han tenido de Cuatro a más hijos 21.70% y con Cesárea anterior un 21.79%; y en un mínimo las que han tenido Embarazo Múltiple con 0.92%.

Se ha identificado entre las principales complicaciones obstétricas en gestantes añosas durante el embarazo, como más frecuente la Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE), con 17.70%, que incluye la Preeclampsia Leve con un 9.10%, la Preeclampsia Grave con un 7.85%, el Síndrome de Hellp con 0.50% y la Eclampsia con 0.25%; siguen las Infecciones en Tracto Urinario (ITU), con 8.26%, y a continuación el Oligoamnios con 4.26%, las Hemorragias en la Segunda Mitad del Embarazo con 3.92%, las Anemias Crónicas de tipo Ferropénica, con 3.26%, las Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo con 0.92%, el Polihidramnios, con 0.50% y la Pielonefritis con 0.17%.

En gestantes añosas durante el Parto, con mayor frecuencia la Rotura Prematura de Membranas (RPM), con un 13.11%. Continúa, el Parto Obstruido (como Desproporción de Feto, Pelvis Estrecha y Mala Posición Fetal) con 8.18% y el Parto Prematuro con 3.09%,

Y en gestantes añosas durante el Puerperio, como más frecuente la Anemia Aguda Post Parto con 15.78% y en menor incidencia las Infecciones de Herida Operatoria con 1.59%, las Atonías Uterinas con 1.09% y la Endometritis con 0.58%.

La hipótesis planteada, sobre las principales complicaciones obstétricas en las gestantes añosas atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el periodo de enero a diciembre del 2014, ha sido confirmada por la mayor incidencia de la Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE) con 17.70%, Anemia Aguda Post Parto con 15,78%, Rotura Prematura de Membranas (RPM) con 13.11%, Infecciones en Tracto Urinario (ITU) con 8.26% y Parto Obstruido con 8.18%.

Con relación a la Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE), esta tiene mayor incidencia en pacientes de 37 años de edad con 18.9%, estado civil de convivencia en 82.59% y grado de instrucción secundaria con 48.8%. Respecto a las Infecciones en el Tracto Urinario (ITU) la mayor incidencia es en pacientes de 37 años de edad con 22.2%, estado civil de convivencia en 83.8% y grado de instrucción secundaria con 57.58%. Referente a la Rotura Prematura de Membranas (RPM) la mayor incidencia es en pacientes de 36 y 39 años de edad con 17.8%, estado civil de convivencia en 87.3% y grado de instrucción secundaria con 54.8%. Sobre el Parto Obstruido la mayor incidencia es en pacientes de 35 años de edad con 22%, estado civil de convivencia en 84% y grado de instrucción secundaria con 59%. Y en cuanto a Anemia Aguda Post Parto la mayor incidencia es en pacientes de 37 años de edad con 21.7%, estado civil de convivencia en 77.2% y grado de instrucción secundaria con 71.43%.

Respecto a la Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE), con relación a la Paridad, mayor incidencia de Tres gestaciones en 26% y Dos gestaciones 25.5%; con relación al número de hijos vivos, la mayor frecuencia en Dos hijos vivos en 30.5%, Un hijo vivo 22.5% y Tres hijos vivos 19.5%.

Con relación a las Infecciones en el Tracto Urinario (ITU), respecto a la Paridad, mayor incidencia de Dos gestaciones en 25.3% y Tres gestaciones 22.2% y Cuatro gestaciones 18.2%; con relación al número de hijos vivos, la mayor frecuencia en Dos hijos vivos en 26.3%, Tres hijos vivos 24.3% y Un hijo vivo 18.2%.

Referente a la Rotura Prematura de Membranas (RPM), respecto a la Paridad, mayor incidencia de Dos gestaciones en 22.3% y Una gestación 17.8% y Tres y Cuatro gestaciones 16.6%; con relación al número de hijos vivos, la mayor frecuencia en Un hijo vivo en 29.3%, Dos hijos vivos 22.9% y Tres hijos vivos 17.2%.

Sobre el Parto Obstruido, con relación a la Paridad, mayor incidencia de Una y Tres gestaciones en 24% y Dos gestaciones 20%; con relación al número de hijos vivos, la mayor frecuencia en Un hijo vivo en 32% y Dos hijos vivos 27%. Y en cuanto a Anemia Aguda Post Parto, con relación a la Paridad, mayor incidencia de Tres gestaciones en 21.2%, Cuatro gestaciones 20.6%, Una gestación 18.5% y Dos gestaciones 16.4%; con relación al número de hijos vivos, la mayor frecuencia en Un hijo vivo en 27%, Dos hijos vivos 21.2% y Tres hijos vivos 19.6%.

El embarazo en mujeres añosas presenta incidencia de complicaciones obstétricas que pueden afectar la morbimortalidad materno-perinatal.

RECOMENDACIONES

Prever y efectuar acciones orientadas a reconocer, detectar e identificar de manera adecuada, oportuna y eficaz las complicaciones obstétricas desde la atención prenatal a fin de reducir la morbimortalidad materna y perinatal.

Implementar e intensificar una mayor intervención médica especializada en la resolución de casos.

Internalizar y concientizar en las pacientes los beneficios del control prenatal e importancia de observar lo establecido en las normas de atención para facilitar la detección oportuna, de signos y síntomas de alarma durante su gestación.

Optimizar una pertinente atención de las madres en el posparto e inmediata atención del recién nacido mediante un eficiente control neonatal y seguimiento respectivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Ministerio de Salud de Chile.** Nacidos vivos según edad de la madre: Chile 1990 - 2006. Hallado en: http://deis.minsal.cl/deis/salidas_06/gráficos/web_natatidad2/CHI_NV_ed MAMA_9004.htm.
2. **Heffner L.** Advanced maternal age. How old is too old? N Engl J Med 2004; 351 (19): 1927-9.

3. **Ziadeh S, Yahaya A.** Pregnancy outcome at age 40 and older. Arch Gynecol Obstet 2001; 265(1):30-3.
4. **Donoso E, Villarroel L.** Edad materna avanzada y riesgo reproductivo. Rev Méd Chile 2003; 131: 55-9.
5. **Gilbert WM, Nesbitt TS,** Daniels en B. Childbearing beyond age 40: pregnancy outcome in 24,032 cases. Obstet Gynecol 1999; 93 (1): 9-14.
6. **Bustos J, Vera E, Pérez A.** El embarazo en la quinta década de la vida. Rev Chil Obstet Ginecol 1986; 51 (4): 402-11.
7. **Ziadeh SM.** Maternal and perinatal outcome in nulliparous women aged 35 and older. Gynecol Obstet Invest 2002; 54 (1): 6-10.
8. **Prysak M, Lorenz RP, Kisly A.** Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years and older. Obstet Gynecol 1995; 85 (1): 65-70.
9. **Berkowitz GS, Skovron ML, Lapinski RH, Berkowitz RL.** Delayed childbearing and the outcome of pregnancy. N Engl J Med 1990; 322 (10): 659-64.
10. **Jahromi BN, Hussein Z.** Pregnancy outcome at maternal age 40 and older. Taiwan J Obstet Gynecol 2008; 47 (3): 257-8.
11. **Porreco RP, Harden L, Gambotto M, Shapiro H.** Expectation of pregnancy outcome among mature women. Am J Obstet Gynecol 2005; 192 (1): 38-41.
12. **Benzies KM.** Advanced maternal age: are decisions about the timing of child-bearing a failure to understand the risks? Can Med Assoc J 2008; 178: 183 - 184.
13. **Huang L, Sauve R, Birkett N, Fergusson D, Van Walraven C.** Maternal age and risk of stillbirth: a systematic review. CMAJ 2008; 178: 165 - 172.
14. **Nazer, J; Cifuentes, L; Águila, A; Ureta, P; Bello MP,** et al. Edad materna y malformaciones congénitas. Un registro de 35 años 1970-2005. Rev Med Chile 2007; 135: 1463 - 1469.
15. **Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ.** Births: preliminary data from 2007. Natl Vital Stat Rep 2009; 57: 1 - 23.

16. **Hollier LM, Leveno KJ, Kelly MA, McIntire DD, Cunningham FG.** Maternal age and malformations in singleton births. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 701 - 706.
17. **Jacobsson B, Ladfords L, Milsom I.** Advanced maternal age and adverse perinatal outcome. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 727 - 733.
18. **Usta IM, Nassar AH.** Advanced maternal age. Part I: obstetric complications. *Am J Perinatol* 2008; 25: 521 - 534
19. **Hansen JP.** Older maternal age and pregnancy outcome: a review of the literature. *Obstet Gynecol Sur* 1986; 41: 726.
20. **Cunningham FG, Leve KJ.** Childbearing among older women, the message is cautiously optimistic. *New Engl J Med* 1995; 333: 1002.
21. **Prysak M, Lorenz RP, Kysli A.** Pregnancy outcome in multiparas women 35 years old and older. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 65.
22. **Bobrowski RA, Baltons SF.** Underappreciated risks of elderly multipara. *Am J Obst Gynecol* 1997; 172: 1764
23. **Riesgo obstétrico.** En: Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1997: 135 - 42.
24. **Lugones Boitell M, Córdova Armengol M de, Quintana Riverón T.** Análisis del bajo peso al nacer en la atención primaria. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1995; 11 (4): 332 - 6.
25. **Medina L, Moronta A.** Mortalidad neonatal en la maternidad Concepción Palacios durante el año 1990. *Gac Caracas* 1994; 102 (1): 57 - 65.
26. **Zighelbaum I, Sánchez Rivero M.** Primigesta añosa. *Asistencia Obstétrica Venezuela* 1994; 54 (1): 1 - 16.
27. **Díaz Alonso G, González Docal D, Román Fernández L, Cueto Guerrero T.** Factores de riesgo del bajo peso al nacer. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1995; 11 (3): 224 - 31.
28. **Domínguez J.** Retrato de la Maternidad. El Templete. Disponible en: <http://www.galeon.com/juliodominguez/2012/mater.html>.
29. **Tipiani Rodríguez, Oswaldo.** ¿Es la edad materna avanzada un factor de riesgo independiente para las complicaciones materno - perinatales? Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital

Nacional Arzobispo Loayza. Rev. Per Ginecol Obstet 2006; 52 (3): 89 - 99.

30. **López Terrones, Alberto.** Complicaciones Maternas en Gestantes Añosas. Hospital de Apoyo "María Auxiliadora". USMP. Perú, 2005
31. **Chamy p. Verónica; Cardemil M., Felipe; Betancour M., Pablo; Ríos S, Matías; Leighton V., Luis,** "Riesgo Obstétrico y Perinatal en Embarazadas Mayores de 35 Años, Santiago de Chile 2009", Rev. Chil. Obstet. Ginecol. V.74 N.6 Santiago 2009.
32. **Guiomar Peña, Martí; Barbato, Jennifer; Betancourt, Chuymar; Cala, Roxana; Douaihi, Hildebrando; Carvajal, Martí Arturo,** "Asociación entre prematuridad y embarazadas en edad avanzada, Caracas enero del 2007", Rev Obstet Ginecol Venez V.67 N.1 Caracas ene. 2007. Versión impresa ISSN 0048-7732.
33. **Obregón Yáñez, Luisa E,** Primigesta en edad Avanzada - En el Hospital Maternidad "Concepción Palacios", Caracas sep. 2007, Rev Obstet Ginecol Venez V. 67 N.3 Caracas Sep. 2007. Versión impresa ISSN 0048-7732.
34. **Schuller W, Alejandro; Guerra Benítez, Gidder; Andrade, Lisbeth; Soto, Omaira; Schuller Arteaga, Miguel,** "Estudio de las Gestantes de Edad Avanzada en el Hospital Universitario de Caracas 2007" – Revista de la Facultad de Medicina V.30 N.1 Caracas Jun. 2007. Versión impresa ISSN 0798-046.
35. **Reyna Villasmil, Eduardo; Guerra Velásquez, Mery; Torres Montilla, Marielys; Reyna Villasmil, Nadia; Mejía Montilla, Jorly,** "Resultante materno-perinatal en primigestas de 40 años o más – Caracas 2006", Gaceta Médica de Caracas V.114 N.1 Caracas Mar. 2006 – Versión impresa ISSN 0367-4762.
36. **Hernandez Cabrera, Jesús; García León, Lázaro; Hernández Hernández, Danilec; Rendón García, Silvia; Dávila Albuerne, Bárbaro; Suárez Ojeda, Roberto,** "Resultados Perinatales y Maternos de los Embarazos en Edad Madura, Cuba 2003", Rev Cubana Obstet Ginecol v.29 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago.2003.
37. **Organización Mundial de la Salud.** Disponible en: www.who.ing/es

38. **DeCherney A, Nathan L.** Diagnóstico y Tratamiento Gineco Obstétrico. 8 Ed. México: El manual moderno, S.A. de. V; 2003. p. 211.
39. **Ministerio de Salud Pública del Ecuador.** MSP-HCU, Form. # 051. Disponible en: www.msp.gov.ec
40. **Obregón L.** Primigesta de edad avanzada. Rev Obstet Ginecol Venez Ene - Dic 1993 y 2003 (citada 2007 Sep; V. 67 N. 3).
41. **Dra. Stone J, Dr. Eddleman K.** Embarazo para Dummies. 2 ed. Indiana: Wiley Publishing, Inc; 2007. p. 282
42. **DeCherney A, Nathan L,** op. cit, p. 289.
43. **Conde A.** Embarazo de alto riesgo. Fundación Clínica Valle del Lili. Disponible en: [http:// dspace. icesi. edu. Com / dspace / bitstream / ítem / 4375 / 1/ 061_Embarazo_alto_riesgo.pdf](http://dspace.icesi.edu.Com/dspace/bitstream/item/4375/1/061_Embarazo_alto_riesgo.pdf). Acceso en Junio 2001, Cali-Colombia.
44. **Ferrer R.** Practica del cuidado humano y control de la embarazada. [http:// www. Portales médicos. Com / publicaciones / articulos / 3348/ 2 / Practica-del-cuidado-humano-y-control-de-la-embarazada#](http://www.Portalesmédicos.Com/publicaciones/articulos/3348/2/Practica-del-cuidado-humano-y-control-de-la-embarazada#). Acceso el 10 de junio 2011.
45. **Ziadeh SM.** Maternal and perinatal outcome in nulliparous women aged 35 and older. Gynecol Obstet Invest 2002; 54 (1): 6-10.
46. **Ministerio de Salud de Chile.** Nacidos vivos según edad de la madre: Chile 1990 - 2006. Hallado en: [http:// deis. minsal. Cl / deis / salidas 06 / gráficos / web_natatldad 2 / CHI_NV_edMAMA_9004.htm](http://deis.minsal.Cl/deis/salidas_06/gráficos/web_natatldad_2/CHI_NV_edMAMA_9004.htm).
47. **Heffner L.** Advanced maternal age. How old is too old? N Engl J Med 2004; 351 (19): 1927-9.
48. **Ziadeh S, Yahaya A.** Pregnancy outcome at age 40 and older. Arch Gynecol Obstet 2001; 265 (1): 30-3.
49. **Ventura Walter, Ayala Felix, Ventura Jessica.** Embarazo después de los 40 años. Características Epidemiológicas. Lima-Perú. Revista Peruana de Ginecólogos y Obstetricia 2005; Vol 51: 49-52.
50. **Dra. Herrear V, Dr. Oliva J, Dr. Domínguez F.** Riesgo reproductivo. Disponible en: [www. sld. Cu / galerías / pdf / sitios / rehabilitación-temprana/ riesgo_reproductivo.pdf](http://www.sld.Cu/galerías/pdf/sitios/rehabilitación-temprana/riesgo_reproductivo.pdf)

51. **Pradas R.** ¿Cuál es la probabilidad de tener un embarazo múltiple? Disponible en [http:// www.embarazorossa.com/embarazo-multiple-gemelos-mellizos](http://www.embarazorossa.com/embarazo-multiple-gemelos-mellizos). Acceso el 7 de julio 2008

52. **Herrera L, Martínez L.** El embarazo múltiple: ¿es realmente un factor de alto riesgo obstétrico? Disponible en: [http:// www. alapop. Org / 2009 / images / DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2008_FINAL_28.pdf](http://www.alapop.Org/2009/images/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2008_FINAL_28.pdf)

53. **Valdez R, Meza R, Nuñez J, Ocampo A.** Etiología de la mortalidad perinatal. Perinatal Reprod Hum ene-1997 agos-1998 (citada 2009; 23: 1-4). Se consigue en: [http:// www. Artemisa en línea. org. Mx / acervo / pdf / perinatología _ reproducción _ humana / etiología % 20 de % 20 la % 20 mortalida.pdf](http://www.Artemisaenlinea.org/Mx/acervo/pdf/perinatología_reproducción_humana/etiología%20de%20la%20mortalida.pdf)

54. **Gómez R.** El control prenatal. Disponible en: [http:// www. Materno fetal. net/ 3 prenatal](http://www.MaternoFetal.net/3 prenatal)

55. **Almirón, Mónica; Gamarra, Silvana; Gonzales, Mirta.** Diabetes gestacional. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina - N° 152 – Diciembre 2005 Pág. 23-27. Disponible en: [http:// congreso. med. unne. edu. Ar / revista / revista 152/7_152. htm](http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista152/7_152.htm). Acceso el 20 de Marzo 2012

56. **Nolasco, A; Hernández, R; Ramos, R.** Hallazgos perinatales de embarazos en edad materna avanzada. Ginecol Obstet Méx Abr 2009 - Mar 2010 (citada 2011; 2012; 80 (4): 270-275). Se consigue en: [http:// www. Nieto editores. com. Mx / download / gineco / 2012 / ABRIL / Femego % 20 ABRIL % 204.8 % 20 Hallazgos.pdf](http://www.Nietoeditores.com/Mx/download/gineco/2012/ABRIL/Femego%20ABRIL%204.8%20Hallazgos.pdf)

57. **Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial.** Mortalidad materna en 2005 (publicación periódica en línea) 2005. Se consigue en: [http:// whqlibdoc. who. Int / publications / 2008 / 9789243596211_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243596211_spa.pdf)

58. **Hernández, J; García, L; Hernández, D; Rendón, S; Dávila, B; SUÁREZ, R.** Resultados perinatales y maternos de los embarazos en edad madura. Rev Cubana Obstet Ginecol (publicación periódica en línea) 1999 (citada 2001; 27 (3): 208-13).

59. **Sociedad Española De Ginecología Y Obstetricia.** Embarazo en la adolescencia y en la mujer añosa. Disponible en: [http:// www. hvil. sld. Cu / bvs / archivos / 547_104 embarazo % 20 en % 20 la % 20 adolescencia % 20 y % 20 en % 20 la % 20 % 20 mujer % 20 anosa.pdf](http://www.hvil.sld.cu/bvs/archivos/547_104 embarazo%20en%20la%20adolescencia%20y%20en%20la%20%20mujer%20anosa.pdf). Acceso: 1993.

60. **Embarazo después de los 35 años.** Disponible en: [http:// www. El portal de la salud. Com / index 2. php? option=com_content&do_pdf=1&id=207](http://www.Elportalde.la.salud.Com/index.2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=207). Acceso: 2012
61. **Proyecto Factible: Embarazo feliz a los 35.** (Publicación periódica en línea) Junio 2010. Se consigue en: [http:// es. scribd. Com / doc / 60272740 / embarazo-anoso](http://es.scribd.Com/doc/60272740/embarazo-anoso).
62. **UNICEF.** Aprendizaje y Escolaridad del niño Prematuro (publicación periódica en línea) Sept 2010, Argentina. Se consigue en: [http:// www. unicef. Org / argentina / spanish / escuelas_prematuros2.pdf](http://www.unicef.Org/argentina/spanish/escuelas_prematuros2.pdf)
63. **Test de APGAR** (sitio en internet). Tuotromedico.com. Disponible en: [http:// www. Tu otro médico. Com / temas / test_de_apgar.htm](http://www.Tuotromedico.Com/temas/test_de_apgar.htm).
64. **Schuller, A; Benítez, G; Andrade, L; Soto, O; Schuller, M.** Estudio de las gestantes de edad avanzada en el Hospital Universitario de Caracas. Revista de la Facultad de Medicina (publicación periódica en línea) Ene 2000-Dic 2003 (citada 2007 Jun; RFM v.30 n.1).
65. **Valenti, E; Grandi, C; Barral, R; Pensotti, A; Gago, A.** Influencias de la edad materna avanzada y la edad gestacional sobre la muerte fetal: análisis por tablas de vida. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (publicación periódica en línea) 1997-2006 (citada 2007; vol. 26, nº 004).

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ANEXO 3: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

ANEXO 4: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
GESTANTE AÑOSA	Gestante mayor de 35 años	Edad cumplida en años en la gestación actual.	Independiente de tipo cuantitativa.	<ul style="list-style-type: none"> • 35 a 40 años. • 40 a 45 años. • > 45 años. 	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Historias clínicas • Ficha de recolección de datos.
CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS	Aspectos o características sociales de las condiciones de vida de los adultos en una región; tales como, edad, sexo, ocupación, ingresos, educación y vivienda que se consideran en el análisis de una población.	Aspectos o características sociales de una población.	Independiente de tipo cualitativa.	<ul style="list-style-type: none"> • Edad (>=35) • Estado Civil. • Grado de Instrucción. 	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Historias clínicas • Ficha de recolección de datos.
CARACTERÍSTICAS OBSTETRICAS	Aspectos biológicos o característicos del embarazo y de la gestante.	Aspectos biológicos o características de la gestante que afectan al embarazo, parto y puerperio.	Independiente de tipo cualitativa.	<ul style="list-style-type: none"> • Menarquia tardía. • Multiparidad o nuliparidad. • Abortos. • Embarazo múltiple. 	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Historias clínicas • Ficha de recolección de datos.
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EL EMBARAZO	Suceso patológico que sobreviene en el curso del embarazo sin ser propio de ella y que determina una agravación del mismo o contribuye a la muerte materna o perinatal	Condición o situación que afecta al embarazo.	Dependiente de tipo cualitativa.	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia de la primera mitad del embarazo. • Hemorragia de la segunda mitad del embarazo. 	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Historias clínicas • Ficha de recolección de datos.

				<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo. • Amenaza de parto prematuro. • RPM. • Diabetes gestacional. • Enfermedad del tracto urinario 		
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EL PARTO	Suceso patológico que sobreviene en el curso del parto sin ser propio de ella y que determina una agravación del mismo o contribuye a la muerte materna o perinatal	Condición o situación que afecta el parto	<ul style="list-style-type: none"> • Dependiente de tipo cualitativa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Retención de placenta. • Atonía uterina. • Desgarro del canal del parto • Parto obstruido. 	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Historias clínicas • Ficha de recolección de datos
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EL PUERPERIO	Suceso patológico que sobreviene en el curso del puerperio sin ser propio de ella y que determina una agravación del mismo o contribuye a la muerte materna.	Condición o situación que afecta al puerperio	<ul style="list-style-type: none"> • Dependiente de tipo cualitativa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mastitis. • Endometritis. • Infección de herida operatoria • Anemia aguda 	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Historias clínicas • Ficha de recolección de datos

ANEXO 2 : MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p><u>Problema General</u></p> <p>¿Cuáles son las principales complicaciones obstétricas en gestantes añosas atendidas en el "Hospital María Auxiliadora" de enero a diciembre del 2014?</p>	<p><u>Objetivo general</u></p> <p>Identificar las principales complicaciones obstétricas en gestantes añosas atendidas en el "Hospital María Auxiliadora" de enero a diciembre del 2014.</p>	<p><u>Hipótesis Alterna</u></p> <p>Las principales complicaciones obstétricas en las gestantes añosas atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el periodo de enero a diciembre del 2014 son Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE), Infecciones en el Tracto Urinario (ITU), Rotura Prematura de Membranas (RPM), Parto Obstruido, Anemia Aguda Post Parto.</p>	<p><u>VARIABLES</u></p> <p><u>Variabes Independientes (VI)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestantes añosas • Características socio demográficas en gestantes añosas. 	<p><u>INDICADORES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 35 a 40 años - 40 a 45 años - > 45 años - Atención en el Servicio de Gineco-Obstetricia del hospital. - Edad de 35 años a más. - Estado civil. - Grado de instrucción. 	<p><u>Tipo de investigación</u></p> <p>Estudio, descriptivo, retrospectivo, transversal y observacional, que utiliza una fuente de información retrospectiva.</p>
<p><u>Preguntas específicos</u></p> <p>¿Cual es la frecuencia de gestantes añosas atendidas en el Hospital María Auxiliadora de enero a diciembre del 2014?</p> <p>¿Cuales son las características socio demográficas y obstétricas de la población de estudio?</p>	<p><u>Objetivos específicos</u></p> <p>Establecer la frecuencia de gestantes añosas atendidas en el Hospital María Auxiliadora de enero a diciembre del 2014.</p> <p>Determinar las características socio demográficas y obstétricas de la población de estudio.</p> <p>Identificar las principales complicaciones obstétricas en gestantes añosas durante el embarazo, parto y puerperio.</p>	<p><u>Hipótesis Nula</u></p> <p>Las principales complicaciones obstétricas en las gestantes añosas atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el periodo de enero a diciembre del 2014 no son Enfermedad Hipertensiva por el Embarazo (EHE), Infecciones en el Tracto Urinario (ITU), Rotura Prematura de Membranas (RPM), Parto Obstruido, Anemia Aguda Post Parto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Características obstétricas en gestantes añosas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Menarquia Tardía. - Nuli o Multiparidad. - Abortos. - Embarazo múltiple. 	<p><u>Población</u></p> <p>Total de casos de pacientes gestantes atendidas en el Hospital "María Auxiliadora" de enero a diciembre del 2014.</p> <p><u>Muestra</u></p> <p>Total de casos de pacientes gestantes añosas atendidas en el Hospital "María Auxiliadora" de enero a diciembre del 2014.</p>

<p>¿Cuáles son las principales complicaciones obstétricas en gestantes a lo largo del embarazo, parto y puerperio?</p>			<p><u>Variables Dependientes (VD)</u></p> <p>Complicaciones obstétricas durante el embarazo.</p> <p>Complicaciones obstétricas durante el parto.</p> <p>Complicaciones obstétricas durante el puerperio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia de la Primera Mitad del embarazo. - Hemorragia de la Segunda Mitad del embarazo. - Enfermedad Hipertensiva por el embarazo. - Anemia Crónica de tipo Ferropénica. - Oligoamnios. - Polihidramnios - Diabetes Gestacional - Infecciones en el Tracto Urinario. - Pielonefritis - Amenaza de Parto Prematuro. - Rotura Prematura de Membranas. - Parto Obstruido. - Atonía uterina. - Mastitis. - Endometritis. - Infección de Herida Operatoria - Anemia Aguda Post Parto 	
--	--	--	--	---	--

ANEXO 3
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº FICHA

Nº HISTORIA CLINICA:

I. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS:

EDAD: _____

LUGAR DE PROCEDENCIA: _____

RAZA: _____

ESTADO CIVIL:

A) Soltera

B) Casada

C) Unión Estable

D) Otro

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

A) Ninguno

B) Primaria

C) Secundaria

D) Superior universitario

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

MENARQUIA : _____ AÑOS

Nº HIJOS : _____

Nº ABORTOS: _____

EDAD DE 1º GESTACIÓN _____

≤ 18 >18

EDAD DE LA ULTIMA GESTACIÓN _____

EMBARAZO MÚLTIPLE

SI NO

CUANTOS _____

CESÁREA ANTERIOR

SI NO

CUANTAS _____

II. COMPLICACIONES OBSTETRICAS

EMBARAZO:

Hemorragia de la primera mitad del embarazo SI NO

CAUSA: _____

Hemorragia de la segunda mitad del embarazo SI NO

CAUSA: _____

Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo: SI NO

TIPO:

- a) Pre eclampsia leve o no clasificada
- b) Pre eclampsia grave
- c) Eclampsia
- d) Síndrome de HELLP

Amenaza de parto prematuro: SI NO

Cuantas semanas: _____

Rotura Prematura de Membrana SI NO

Anemia crónica SI NO

Diabetes Gestacional SI NO

Enfermedad del tracto Urinario SI NO

Tipo: _____

PARTO:

Amenaza de Parto Prematuro SI NO

Rotura Prematura de Membranas SI NO

Parto obstruido SI NO

PUERPERIO:

Atonía Uterina

SI NO

Mastitis

SI NO

Endometritis

SI NO

Infección de Herida Operatoria

SI NO

Anemia Aguda Post Parto

SI NO

ANEXO 4: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	1				2				3				4			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Selección del tema	x	x														
Recolección de información		x	x	x												
Elaboración del proyecto de investigación					x	x										
Presentación del proyecto de investigación							x									
Corrección del proyecto de investigación							x	x	x							
Aprobación del proyecto de investigación									x	x						
Ejecución del proyecto de investigación											x	x	x			
Recopilación y análisis de resultados													x	x		
Elaboración de informe final														x	x	
Corrección de informe final															x	
Presentación y exposición del Trabajo de Investigación																x