

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



UNS
UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL SANTA

“Complicaciones obstétricas y perinatales asociados a gestantes con embarazo adolescente y/o añoso en el Hospital la Caleta 2021”.

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

AUTORA:

Bach. Castillo Quiliche, Yuli

ASESOR:

MS.MC. Solar Rossel, Jorge Luis

NUEVO CHIMBOTE - PERÚ
2023

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



Revisado y V ° B ° de:

A handwritten signature in blue ink is written over a horizontal dotted line. The signature is stylized and appears to be 'Jorge Luis Solar Rossel'. Below the dotted line, the word 'Integrante' is printed in a black, sans-serif font.

MS.MC. Solar Rossel, Jorge Luis

ASESOR

COD.ORCID:0000-0001-61361668

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



Revisado y V ° B ° de:




.....
Presidente del Jurado

MS.MC. More Valladades, Deivi

PRESIDENTE

COD.ORCID:0000-0001-68198701



.....
Secretario

MS.MC. Olivos López, Ander

SECRETARIO

COD.ORCID:0000-0001-6572-127X



.....
Integrante

MS.MC: Solar Rossel, Jorge Luis

INTEGRANTE ASESOR

COD.ORCID: 0000-0001-61361668

ACTA DE CALIFICACIÓN DE LA SUTENTACIÓN DE LA TESIS

En el Distrito de Nuevo Chimbote, en la Universidad Nacional de Santa, en el
Aula Magna 02, siendo las 17:20 horas del
día 24 de febrero del 2023, dando cumplimiento a la Resolución N°
055-2023-UNS-FC, se reunió el Jurado Evaluador presidido por Mc. Mg.
Armando Denis More Valladares, teniendo como miembros a Mc. Mg. Andor José López
Olivera (secretario) (a), y Mc. Mg. Jorge Luis Solor Ravel (integrante),
para la sustentación de tesis a fin de optar el título de Medicina Cirujano
realizado por el, (la), (los) tesista (as)
Bolsa Juli Castro Bustos

quien (es) sustentó (aron) la tesis intitulada:
"Complicaciones obstétrica y perinatales asociados a gestantes
con embarazos adolescente y/o años en el Hospital La Palapa
2021"

Terminada la sustentación, el, (la), (los) tesista (as) respondió (ieron) a las preguntas formuladas
por los miembros del jurado.

El Jurado después de deliberar sobre aspectos relacionados con el trabajo, contenido y
sustentación del mismo y con las sugerencias pertinentes, declara la sustentación como
Aprobada asignándole un calificativo de 15 puntos, según
artículo 111° del Reglamento General de Grados y Títulos vigente (Resolución N° 580-2022-CU.-
R-UNS)

Siendo las 17:50 horas del mismo día se dio por terminado el acto de sustentación firmando
los miembros del Jurado en señal de conformidad

Nombre: Armando Denis More Valladares
Presidente

Nombre: Andor José López Olivera
Secretario

Nombre: Jorge Luis Solor Ravel
Integrante

Distribución: Integrantes J.E (), tesistas () y archivo (02).



Índice de contenido

I.	INTRODUCCIÓN	12
II.	MARCO TEÓRICO.....	17
2.1.	Marco referencial	17
2.4.1.	Antecedentes	17
2.4.2.	Bases teóricas.....	23
2.2.	Formulación de hipótesis.....	35
III.	MATERIALES Y MÉTODOS	37
3.1.	Población	37
3.2.	Muestra.....	37
3.3.	Muestreo.....	38
3.4.	Tipo de investigación	40
3.5.	Diseño de investigación	40
3.6.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	40
3.7.	Procedimiento de recolección de datos	41
3.8.	Validez y confiabilidad	41
3.9.	Técnica de procesamiento y análisis de datos	42
3.10.	Ética de investigación.....	42
IV.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	43
4.1.	Determinación y comparación de complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes adolescentes y gestantes añosas.....	43
4.2.	Discusión	52
V.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	54
VI.	REFERENCIAS.....	56
VII.	ANEXOS	62

Índice de tablas

Tabla 1 Tipo de parto en gestantes adolescentes y gestantes añosas.....	43
Tabla 2 Anemia en gestantes adolescentes y gestantes añosas.....	44
Tabla 3 Hipertensión arterial gestacional en gestantes adolescentes y gestantes añosas.....	45
Tabla 4 Preeclamsia en gestantes adolescentes y gestantes añosas	46
Tabla 5 Eclampsia en gestantes adolescentes y gestantes añosas	46
Tabla 6 Crisis Hipertensiva en gestantes adolescentes y gestantes añosas	47
Tabla 7 Síndrome de HELLP en gestantes adolescentes y gestantes añosas	47
Tabla 8 Diabetes mellitus gestacional en gestantes adolescentes y gestantes añosas.....	48
Tabla 9 Placenta Previa en gestantes adolescentes y gestantes añosas.	48
Tabla 10 Parto prematuro en gestantes adolescentes y gestantes añosas	49
Tabla 11 Ruptura Prematura de Membranas en gestantes adolescentes y gestantes añosas.....	49
Tabla 12 Retardo del crecimiento intrauterino en gestantes adolescentes y gestantes añosas.....	50
Tabla 13 Asfixia en gestantes adolescentes y gestantes añosas	51
Tabla 14 Recién nacido prematuro en gestantes adolescentes y gestantes añosas	51

Índice de figura

Figura 1 Tipo de parto en gestantes adolescentes menores de 19 años..	43
Figura 2 Tipo de parto en gestantes añosas.....	44

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a Dios ya que gracias a él logré concluir mi carrera que desde niña anhelé.

A mi madre querida que siempre me ha apoyado en todo, ha sido mi cómplice y la gestora que se cumpla mi sueño, madre hay una pero coma la mía ninguna, a los 8 años le conté de mi sueño de ser Médico, ella siempre confió en mí, me recordó que debo hacer realidad mi sueño y nunca perdió la esperanza que yo estudie la carrera de Medicina, gracias por siempre estar allí para mí, en mis madrugadas de estudio siempre estuviste pendiente de lo que necesitara o no, han pasado más de 7 años de esta hermosa carrera y siempre estas allí conmigo, le pido a Dios que nunca me faltes hermoso regalo divino.

A mi querido padre el ejemplo de constancia, superación, siempre dándome consejos que todo se puede lograr en la vida, tu alegría, tus energías que siempre están desbordantes en ti, me hiciste el día a día más fácil, el orgullo de tenerte es un aliciente para seguir el camino contigo, gracias por todo, siempre estoy pidiendo a dios que nunca me faltes adorado regalo divino.

Mi querida hija por siempre darme su tiempo y alentarme a que siga con mi carrera, aunque me veías muy ocupada me decías no te preocupes mamá ya terminé mis tareas ocúpate de lo tuyo, gracias por ser responsable y porque siempre pensaste en mí, este logro también es el tuyo tesoro lindo.

Mi querida hermana Lucy, que siempre estuvo para aconsejarme y ayudarme en mi sueño, estaré eternamente agradecida por tu apoyo.

AGRADECIMIENTO

Primero agradecer a Dios infinitamente por permitirme tener una buena experiencia dentro de mi universidad, gracias a mi querida universidad por permitirme convertirme en un profesional que tanto anhele desde mi niñez, gracias a todos mis maestros que hicieron parte de este hermoso proceso integral de mi formación.

Agradecer también a mi maestro el Dr. Mercado, por su apoyo incondicional en estos tiempos de pandemia, recordar que cuando terminó el curso nos dijo a todos, cualquier consulta o apoyo siempre pueden llamarme, le tomé la palabra y allí comprobé que es un médico humano, compartió sus conocimientos y consejos médicos en la salud de mi padre gracias por todo y nunca cambie, dios me lo bendiga siempre.

Finalmente agradecer a toda mi familia, hermanos tíos, tías, y sobrinos por siempre contar con su apoyo.

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar si las gestantes añosas tienen mayores complicaciones obstétricas y perinatales que las gestantes adolescentes. Para lo cual se realizó una investigación de tipo cuantitativo, retrospectivo y con un diseño no experimental, además se contó con una muestra estadística de 150 gestantes adolescentes y 150 gestantes añosas para lo cual se analizó una base de datos. Los resultados obtenidos fueron que, de las gestantes adolescentes, un 61.33% tuvo parto vaginal y el 38.67% parto por cesárea, mientras que, en gestantes añosas, el 47.33% tuvo parto vaginal y el 52.67% fue por cesárea, también se determinó que, en su mayoría, presentaron anemia durante el tercer trimestre de gestación con un 54.00% en gestantes adolescentes y el 53.33% en gestantes añosas, además determinó que, las gestantes añosas, en mayor cantidad, presentaron placenta previa. Por último, se concluyó que, si existe relación entre las complicaciones que presentan ambas gestantes, siendo más común la anemia y asfixia, siendo representado por el 2%, sin embargo, las añosas presentan más riesgo de preeclampsia con un 8% e hipertensión con 26%.

Palabras clave: adolescente, añosa, complicaciones, obstétricas, perinatales.

ABSTRACT

The aim of the research was to determine if elderly pregnant women have greater obstetric and perinatal complications than adolescent pregnant women. The study was quantitative, retrospective investigation with a non-experimental design, in addition there was a statistical sample of 150 adolescent pregnant women and 150 elderly pregnant women for which a database was analyzed. The results were that adolescent pregnant women, 61.33% had a vaginal birth and 38.67% had a cesarean birth, while, in elderly pregnant women, 47.33% had a vaginal birth and 52.67% had a cesarean birth, it was also determined that, for the most part, presented anemia during the third trimester of pregnancy with 54.00% in adolescent pregnant women and 53.33% in elderly pregnant women, it also determined that older pregnant women, in greater quantity, presented placenta previa. Finally, the conclusion was, if there is a relationship between the complications that both pregnant women present, anemia and asphyxia being more common, being represented by 2%, however, elderly women present a higher risk of preeclampsia with 8% and hypertension with 26%.

Keywords: adolescent, elderly, complications, obstetric, perinatal.

I. INTRODUCCIÓN

Según Moya et al. (2017), la edad materna avanzada y las diversas técnicas referentes a la reproducción asistida, conllevaron a un incremento de gestaciones gemelares en féminas mayores a los 35 años de edad, y que es causa de una de cada 8 a 10 muertes perinatales. Las gestantes con más años, son asociados a una mayor mortalidad, a su vez presentan más riesgo de poder desarrollar una diabetes denominada gestacional y aumento de aborto espontáneo sumado a las anomalías cromosómicas, con el transcurso de los años, en una mujer se produce un aumento de enfermedad media crónica y también la posibilidad de complicaciones debido a fisiológicos propios del embarazo, todos estos factores contribuyen a que una gestante añosa, pueda ser considerada en nivel obstétrico como un paciente de alto riesgo. (1)

En Canadá, Akseer et al (2022), señaló que las madres adolescentes comprendían el 31,6% de nacimiento prematuro con talla menor del promedio para la edad gestacional (SGA), con un índice de peso bajo al nacer (BNP) y la mortalidad neonatal siguiendo en forma de U en la que la prevalencia fue más alta entre las madres jóvenes (10-14 años), para las madres mayores (40 a más) volvió a aumentar. Mientras que en las madres de 20 a 29 años hubo el aumento del 23% en el riesgo de parto prematuro, un aumento del 60% riesgo de mortalidad neonatal, un 2e8% más de riesgo de BPN y un 22% mayor riesgo de PEG entre madres de 10 a 14 años. Las madres de más de 40 años experimentan un riesgo de 22% más prematuro y un 103% más de riesgo de muerte fetal en comparación de las gestantes de 20 a 29 años. (2)

En Colombia según Jaimes et al. (2020), El embarazo a temprana edad, se considera como una gran problemática en la salud pública, esto debido a que genera un costo bastante alto en la atención de salud, y las estadísticas demuestran que al tratarse de una adolescente, aumentan los riesgos de

presentar complicaciones en el embarazo, tales como la hipertensión, la anemia, la presencia de bajo peso en el nacimiento del bebé, además de incrementarse el riesgo de mortalidad infantil en comparación a gestantes con edad avanzada. Además, que el nivel cultural y socioeconómico también influye durante el proceso de gestación, y el conocimiento de estas complicaciones perinatales, permiten la estrategia de intervención en el sector salud, con la finalidad de prevenir estas complicaciones o atenderlas de manera oportuna y por ende se pueda brindar una mejor calidad de vida a las madres adolescentes y a sus bebés. (3)

En Colombia, Fory y Olivera (2020) señalaron que la mayoría de mujeres convivían en unión libre, tenían estudios de bachillerato completo y pertenecían al régimen subsidiado. Las edades de las gestantes oscilo entre 14 y 42 años y se encontraban entre 1 y 9 hijos; el 75% de ellas tenían bajos controles prenatales y se encontraban en el tercer trimestre del embarazo. Se muestran que el 64.8% requirió UCI obstétrica, con una estancia entre 2 y 8 días y los neonatales evidencian que el 80.2% de los RN requirieron UCIN y el 47.3% fueron PEG y presentaron prematuridad extrema como principal complicación neonatal, seguido del síndrome de dificultad respiratoria. (4)

Según Cárdenas et al. (2019), el embarazo en el ciclo de vida de una mujer, es una de las etapas con mayor importancia, las mujeres consideradas como gestantes añosas, se enfrentan a diversos riesgos que repercutirán en su propia vida y por ende en la del neonatal, es así como se generarán alteraciones a nivel fisiológico en el correcto desarrollo del feto y a su vez complicaciones en la gestante añosa, siendo la edad de mayor enfrentamiento las mujeres de 35 años a más en etapa de embarazo. (5)

Según Manay (2021), el inicio precoz de actividad sexual, se ha visto relacionado a problemas de salud a nivel sexual y reproductivo, más aún

cuando la adolescencia es caracterizada por la presencia de diversos cambios a nivel psicológicos, físico, anatómicos y sociales, además que se asocia a una etapa sexual no segura debido a la falta de previo conocimiento y de acceso a los diversos métodos para la anticoncepción. Es así como se obtiene que la prevalencia de embarazos en la etapa adolescente corresponde a un 12.60%, la presencia de complicaciones obstétricas es un 95.12% y, por otro lado, complicaciones a nivel perinatal es de un 68.29%. (6)

Estudios nos han demostrado que, en los últimos años, las tasas de embarazo en edad avanzada se han visto en aumento, y la mayoría de estos son embarazos saludables. Sin embargo, diversos resultados demostraron que las mujeres gestantes después de los 35 años, están expuestas a diversos riesgos, es por ello que es bastante relevante el tema de complicaciones perinatales, ya que a partir de ese periodo, se presenta una disminución en la fertilidad, lo que se puede atribuir a una menor frecuencia en la ovulación o diversas enfermedades que afectan a los órganos reproductores, además cada día se va cambiando la idea de la maternidad a temprana edad, priorizando los estudios superiores y el trabajo profesional, de manera que se va aplazando el matrimonio y los hijos, es por ello que la presencia de gestantes en una edad cada vez mayor, va relacionado a los diversos cambios en nivel cultural, económico y social, aún presentes en nuestra sociedad. (7)

En Huancayo, Ortega (2019), declaro que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública, porque compromete la salud de la madre, y también del neonato trayendo consigo un numero de complicaciones para la salud de ambos. La tasa de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1000 niñas en América Latina y el Caribe, continúan siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1000 niñas entre 15y 19 años. El análisis que se realizó en gestantes a adolescentes de 15 a 19 años asciende a 56 mil 723 mujeres,

lo que representa el 17.0%, que viene a ser el promedio de hijos por mujeres de 0,1% hijos y en provincias la población de mujeres en edad fértil que presento el mayor promedio de hijos por mujer 2,0 hijos; mientras que en Huancayo tiene el menor promedio de hijos por mujer 1.4 hijos. (8)

Después de realizar el diagnóstico fáctico sobre el problema en el Hospital La Caleta, se observó que hay pacientes con complicaciones obstétricas y perinatales. Por tal motivo en este estudio se pretende analizar la evolución del embarazo y el parto, e identificar los riesgos obstétricos y perinatales de las gestantes atendidas en el Hospital La Caleta. En esta misma línea, podremos encontrar las complicaciones obstétricas del embarazo, con relación a gestantes de riesgo, tanto embarazo adolescente y gestantes añosas; y de esta manera, se tenga un antecedente referencial sobre el grupo de mayor riesgo obstétrico, con respecto a la presentación de morbilidad materna y perinatal.

Y de los autores anteriormente citados se pudo observar que es necesario ampliar la información sobre las complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes adolescentes y gestantes añosas ya que aún son insuficientes los referentes teóricos sobre las comparaciones entre las complicaciones obstétricas y perinatales entre las gestantes adolescentes y las gestantes añosas, por lo que existe brechas en el conocimiento sobre esta problemática en el Hospital La Caleta en el año 2021.

El propósito de este estudio, será determinar si las gestantes añosas tienen mayor complicación obstétrica y perinatal que las gestantes adolescentes en el Hospital La Caleta. Permitiendo conocer y poder prevenir la morbilidad materno-perinatal asociada al embarazo. Ante esta problemática y considerando las características señaladas anteriormente, se plantean la siguiente pregunta: ¿Las gestantes añosas tienen mayor

complicación Obstétrica y Perinatal que las gestantes adolescentes en el Hospital La Caleta, Chimbote 2021?

Para lo cual se planteó como objetivo general: Determinar si las gestantes añosas tienen mayores complicaciones obstétricas y perinatales que las gestantes adolescentes. Y como objetivos específicos: Determinar las complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes añosas. Determinar las complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes adolescentes. Comparar las complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes añosas y adolescentes.

Además, se formuló una hipótesis alternativa: La gestante añosa tiene mayor complicación obstétrica y perinatal que la gestante adolescente. Y una hipótesis nula: La gestante añosa no tiene mayor complicación obstétrica y perinatal que la gestante adolescente.

La investigación tiene su importancia teórica, práctica y metodológica. La importancia teórica es porque el estudio generará conceptos sobre las complicaciones obstétricas y perinatales contextualizado en una problemática en gestantes adolescentes y añosas, ya que será referente teórico para futuras investigaciones locales, nacionales o internacionales con respecto a la problemática estudiada. También el estudio tiene importancia práctica debido a que, será referente práctico para otras investigaciones ya que aportará información estadística con respecto a quienes sufren de más complicaciones obstétricas y perinatales, si las gestantes adolescentes o las gestantes añosas. La importancia metodológica de la presente investigación es porque se aplicará método estadístico de procesamiento de datos para realizar una comparación de grupos de muestras, y puede servir como método de análisis para futuras comparaciones de grupos en estudios futuros. (9)

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco referencial

2.4.1. Antecedentes

En Guayaquil Ecuador, Rivas y Torres (2020) en su tesis titulada “Estudio comparativo de los factores de riesgo obstétrico y perinatal entre pacientes gestantes adolescentes y adultas” en Guayaquil, tuvo como objetivo determinar en pacientes gestantes adolescentes y adultas los factores de riesgo que tuvieron a nivel obstétrico y perinatal. El tipo de investigación fue cualitativa, en la cual se tuvo como muestra a las adolescentes y adultas que se encuentran entre 13 y 18 años de edad, a su vez de 35 y 45 años respectivamente, en el Hospital General Martin Icaza Babahoyo, en el periodo de enero del 2017 a diciembre del 2019. El resultado fue que de los 8514 pacientes correspondientes a su investigación, se identificó una prevalencia en el grupo formado por adolescentes gestantes entre 13 y 18 años, correspondiente al 55,98% del total, seguido de un 44,02% correspondiente a pacientes gestantes que van desde los 35 a 45 años, además que del total de pacientes, en el grupo de gestantes adolescentes, en el 6,31% se tuvo presente eclampsia o preeclampsia, un 7,80% se vio con presencia de anemia, el 8% se vio con diabetes gestacional, por otro lado, el 8,64% tuvo un desprendimiento en la membrana calificado como prematuro, por el contrario, un 10,02% tuvo ruptura prematura de ésta y en el 15,21% se presencié placenta previa, mientras que el grupo etario de gestantes adultas en donde se logró identificar que el 3,30% presentó un desprendimiento prematuro, el 3,71% tuvo presente placenta previa, el 5,61% una ruptura prematura en la membrana, el 8,94% presentó anemia, un 11,12% preeclampsia o eclampsia y un 11,33% tuvo diabetes gestacional. Con ello, se concluyó que, en las pacientes gestantes, los factores de

riesgo a nivel obstétrico y perinatal se presentan con mayor frecuencia en gestantes adultas. (10)

En Guadalajara México, Munguía et al. (2018), desarrollaron un estudio, titulado “Complicaciones perinatales de neonatos hijos de madres adolescentes y añosas”, con el objetivo de poder conocer la morbimortalidad de un recién nacido. En la investigación se realizó una revisión retrospectiva, tomando como muestra a todos los neonatos que requirieron atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Civil de Guadalajara, en donde sus mamás tuvieran la edad de <19 o >35 años en el momento del parto. Obteniendo como resultado que, durante el periodo de tiempo de estudio, se presentaron 440 recién nacidos de madres añosas, en los cuales hubo mayor riesgo de mortalidad, y 205 niños pertenecientes a madres adolescentes, los cuales requirieron ser sometidos al área de UCIN con mayor frecuencia. Concluyendo que los hijos de ambas madres tienen gran prevalencia a presentar riesgos a nivel perinatal, sin embargo, los hijos de madres adolescentes, tuvieron mayor necesidad de cuidados intensivos, pero eso no fue de gran impacto en la mortalidad de niños. (11)

En Colombia, Buelvas et al. (2021) realizaron un artículo de investigación sobre mujeres gestantes con trastornos hipertensivos, el cual tuvo como objetivo el análisis de gestantes en el departamento de Córdoba, para que se pueda describir los resultados maternos y neonatales en las que tengan presente trastornos hipertensivos. La investigación fue descriptiva, exploratoria de tipo retrospectivo, teniendo como muestra a 90 mujeres diagnosticadas con esta enfermedad, teniendo en cuenta los registros clínicos, características demográficas como la edad, lugar de procedencia, su nivel de estudio, el estado civil, además de perfil obstétrico de la mujer gestante y resultados neonatales. Se tuvo como resultado que, en trastornos

hipertensivos, la preeclampsia representó el 71,4 % en pacientes gestantes, además que presentaban entre los 14 y 42 años, teniendo un intermedio de 23 años y que la paridad estaba presente entre 1 a 9 hijos, con media de 2 hijos el 75 % de las mujeres tenían pocos controles en su periodo de embarazo (≤ 4 controles) y además estaban en el tercer trimestre de este. Lo que concluyó que quienes prevalecen de mayores complicaciones son adolescentes menores a los 15 años de edad y gestantes añosas a partir de los 35 años, presentando trastornos hipertensivos, además que, en los casos identificados, fue un factor común el ingreso a la unidad de gran dependencia a nivel obstétrico. (12)

Ortega (2019), realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar las complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes adolescentes. Se realizó un estudio con 224 embarazadas y se realizaron las muestras en 196 gestantes que tuvieron parto vaginal o cesárea, en el Hospital de Pichanaki. Los resultados del análisis de dichos documentos que obtuvieron fueron la Anemia con el 13.1%, la complicación de la infección del tracto urinario (ITU) el 7.8%, presentaron aborto con el 4.6% y desgarros perineales el 5.9%, con un porcentaje menores del 1.3 % la desproporción céfalo pélvico (DCP) además de la preeclampsia ruptura prematura de membranas (RPM) y el 0.7% Hiperémesis gravídica. Las complicaciones fueron el bajo peso al nacer el neonato en un 9.2%, seguido de la Prematuridad en 4.6% y en un porcentaje menos el 2% se mostró en APGAR al minuto menos de 7 y la Macrosomía el 0.7%. Obteniendo como conclusión que las gestantes adolescentes entre los 14 y 16 años, el 49.9% presentaron mayores complicaciones obstétricas y perinatales. (8)

Baldeón C et al. (2018), desarrollaron un estudio con la finalidad de establecer la morbilidad materna y perinatal en 200 gestantes,

menores de 15 años y mayores de 35 años. La metodología del estudio fue descriptivo, propositivo. Los riesgos obstétricos más representativos para gestantes menores de 15 años fueron, primer lugar, el parto por intervención quirúrgica de emergencia y anemia que complica el embarazo (22%), seguido de preeclampsia severa (19%). Mientras las gestantes mayores de 35 años, se presentó con mayor frecuencia la preeclampsia (33%), seguido del parto por cesárea (31%). Concluyendo que, en cuanto a complicaciones durante la etapa gestacional, en gestantes añosas mayores a los 35 años corresponde al 55% y gestantes adolescentes menores a 15 años, representan el 45%, es decir, las añosas son las más afectadas. (13)

En Lima, Berrocal (2019), en su tesis titulada “Comparación de riesgo materno perinatal entre gestantes añosas y gestantes adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal 2012 – 2015, tuvo como objetivo determinar si la edad de las gestantes con edad avanzada, son de mayor riesgo a complicaciones perinatales a comparación de una gestante adolescente. El estudio fue observacional, correlacional, retrospectivo y transversal, teniendo como muestra a 6475 gestantes añosas y 7645 gestantes adolescentes, que fueron atendidas en dicho establecimiento. El resultado fue que las complicaciones frecuentes en gestantes adolescentes, fueron RPM, anemia y preeclampsia, respectivamente, y en cuanto a gestantes añosas, preeclampsia, seguido de anemia y RPM. Concluyendo que la edad materna avanzada, representa un riesgo elevado para el desarrollo de complicaciones maternas durante el proceso de gestación. (14)

En Babahoyo Ecuador, Pasos (2017), realizó un estudio con el objetivo de determinar los riesgos obstétricos del embarazo adolescente y de un embarazo adulto, además de sus consecuencias perinatales. La investigación fue de tipo descriptivo, transversal analítico y observacional, teniendo como muestra a 2083 gestantes entre

adolescentes y adultas, que fueron atendidas en el Hospital Provincial Martín Icaza. Se tuvo como resultado que fueron 705 las gestantes adolescentes, representando al 33.85%, y 1378 gestantes adultas, las cuales representaban al 66.15%, además que las adolescentes tuvieron mayor riesgo de presentar un parto prematuro. Concluyendo que las gestantes adolescentes, tienen un mayor riesgo obstétrico a diferencia de las gestantes con edad avanzada. (15)

En Tarapoto, Flores y Gil (2019), realizaron un estudio, cuyo objetivo fue comparar las complicaciones maternas y neonatales durante el embarazo, en gestantes de edad óptima y extrema. La investigación fue no experimental, descriptiva, cuantitativa, de diseño comparativo, en donde la población fueron 152 gestantes de edad óptima y 348 de edad extrema, tomando como muestra a 50 y 100, respectivamente. Se tuvo como resultado que, en complicaciones neonatales, resalta un bajo peso al nacer, en edades extremas con un 8% y edad óptima un 2%, presentándose mayor complicación en gestantes añosas con un promedio aproximado de 40%. Concluyendo que las gestantes añosas son las que más se enfrentan a presentar complicaciones maternas y neonatales durante su etapa de embarazo. (16).

En Trujillo, Díaz (2018), realizó una investigación, cuyo objetivo fue si el ser gestante adolescente o añosa, son factores de riesgo para el desarrollo de un embarazo gemelar. La población del estudio, fueron 224 gestantes en el periodo de enero del 2014 a diciembre del 2016, atendidas en el Hospital Belén de Trujillo. Se tuvo como resultado que, del total de gestantes investigadas, el promedio de edad materna fue de 26.8 con un embarazo gemelar, y por otro lado, 27.4 en pacientes sin presencia de este. Concluyendo que, en el caso de un embarazo gemelar, una gestante adolescente menor de 20 años, y una añosa con edad mayor o igual a los 35 años, son los principales factores de riesgo para el desarrollo de un embarazo gemelar. (17)

En Lima, Medina (2021), realizó un estudio, con el objetivo de determinar si la edad materna, es un factor que se asocia a la práctica de cesárea. Para el desarrollo de este estudio, se recopiló información mediante la revisión de historias clínicas, tomando una población de 1694 pacientes que fueron atendidas en el año 2019 en el Hospital Santa Rosa, de las cuales 969 corresponden a cesárea. Se obtuvo como resultado que la edad materna entre los 10 a 19 años, no es asociado a la práctica de cesárea, y la edad mayor a los 35 años, si se asocia a ésta. Se concluye que la edad materna si es un factor influyente en la práctica de cesárea en un parto, presentándose con mayor frecuencia en gestantes añosas. (18)

En Lima, López (2018), realizó un estudio titulado “Edad materna extrema como factor de riesgo para parto pretérmino en gestantes añosas”, cuyo objetivo fue determinar si la edad materna en que se da la reproducción, es un factor riesgoso para parto pretérmino en gestantes. El estudio fue observacional, retrospectivo y transversal, analítico de caso – control, en donde se tuvo la población de 4248 gestantes y una muestra de 128 gestantes con parto pretérmino y 128 con parto a término. Se obtuvo como resultado una edad promedio de 25,8 años, y a su vez gestantes en edad reproductivas extremas, representando al 28.9%, y el 71.1% de gestantes estaban situadas en edades reproductivas óptimas. Concluyendo que un factor de riesgo al parto pretérmino es la edad materna añosa, y la edad materna adolescente, no es un factor riesgoso. (19)

En Huancayo, Rupay y Vargas (2019), realizaron un estudio con el objetivo de determinar las complicaciones maternas y perinatales en gestantes con una edad extrema. La investigación fue descriptiva con diseño no experimental, transversal, retrospectivo, con una muestra de 72 gestantes adolescentes y 160 gestantes añosas que fueron

atendidas en el Hospital Docente Materno Infantil El Carmen. Se tuvo como resultado que las complicaciones maternas más frecuente fue las infecciones urinarias, siendo un 63.9% en gestantes adolescentes y 48.1% en gestantes añosas, seguido de ruptura de membranas, desgarros perineales y anemia, en cuanto a complicaciones perinatales, se encuentra la prematuridad, representando con un 22.2% a las gestantes adolescentes y un 13.1% en añosas. Concluyendo que las gestantes adolescentes son las que más riesgo tienen de presentar complicaciones maternas y perinatales durante su embarazo debido a la poca madurez de su organismo. (20)

2.4.2. Bases teóricas

2.4.2.1. Complicaciones obstétricas gestación

Hipertensión inducida por el embarazo, diabetes mellitus, anemia, la placenta previa, amenaza de parto pre término y ruptura prematura de las membranas.

Perfil Epidemiológico de las complicaciones obstétricas se presentan en un 10-20% del total de embarazos y es el responsable del 75% de la morbimortalidad fetal y neonatal. (21,22)

Definición:

Dentro de los criterios de clasificación a las gestantes con complicaciones obstétricas, el componente fundamental es del control prenatal, aquellas que no cumplen o no estén dentro de los criterios del carnet perinatal tiene un factor de riesgo el cual debe ser seguido con mayor rigor y frecuencia, de manera que se establezcan conductas de manera distinta al de un embarazo que es calificado como normal. Si una mujer está en etapa de gestación y coincide con los siguientes ítems el carnet perinatal, se considera un factor de alto riesgo para el proceso de embarazo. (23,24)

2.4.2.2. Anemia (durante la gestación)

Normalmente, durante la etapa de embarazo aparece una anemia hiperplasia eritroide, y por ende la masa eritrocítica se ve en aumento. Sin embargo, un aumento desproporcionado en el volumen plasmático produce hemodilución, el cual es una hidremia del embarazo, el hematocrito disminuye del 38 a 45% de las mujeres sanas que no se encuentran en un embarazo al 34% en un embarazo único a término y aproximadamente el 30% en un embarazo multifetal a término. A pesar de la hemodilución, la capacidad de transporte de oxígeno sigue con normalidad durante la gestación. El Hto normalmente aumenta de inmediato después del nacimiento. (25,26)

Sin embargo, la mayoría de los médicos no comienza la evaluación de la anemia en el embarazo hasta que la Hb es < 10 g/dL.

La anemia aparece en hasta un tercio de las mujeres durante el tercer trimestre y las causas más frecuentes son: (21)

- Deficiencia de hierro
- Deficiencia de ácido fólico

Criterios diagnósticos de anemia para hablar de anemia en el embarazo se debe tener en cuenta los siguientes resultados de hemoglobina en los 3 trimestres. (27)

- Primer trimestre: Hb < 11 g/dL
- Segundo trimestre: Hb < 10,5 g/dL
- Tercer trimestre: Hb < 11 g/dL
- Además, que presente clínica: palidez piel y mucosas, fatiga o debilidad.

2.4.2.3. Hipertensión inducida por el embarazo

“La hipertensión en la etapa de embarazo es una patología bastante frecuente y de gran importancia; de 5 a 15% de los embarazos padece de alguna forma de hipertensión arterial, de manera que es una de las complicaciones médicas más frecuentes en la gestación, y además corresponde a una de las primeras causas de morbilidad materna y fetal. El pronóstico del SHE puede mejorar con un control prenatal adecuado, realizando el diagnóstico a tiempo, hospitalizando a la paciente de forma oportuna, e interrumpiendo el embarazo en el momento apropiado”. (22)

Criterios diagnósticos de hipertensión arterial. (27)

Hipertensión arterial en el embarazo es el incremento de la presión arterial después de las 20 semanas de gestación, sin presencia de proteinuria y sin falla de órgano o la persistencia de la hipertensión posparto después de las 12 semanas del puerperio.

2.4.2.4. Preeclampsia

Es un desorden del embarazo, el cual puede ser definido como un incremento de la presión arterial sistólica, la cual era menor a 140mmHg y a su vez diastólica, siendo menor a 90mmHg, yendo acompañado de proteinuria (>300mg/24 horas) y su vez edema, los cuales aparecen después de las 20 semanas de gestación. (28)

Criterios diagnósticos de preeclampsia. (27)

Hipertensión de novo presente después de las 20 semanas de gestación con proteinuria (>300 mg/día), Plaquetopenia (< 100.000 x μ l), elevación de transaminasas (al doble de su valor basal), aumento de la creatinina sérica (> 1.1 mg/dL o el doble de su valor normal en ausencia de enfermedad renal), Índice de proteínas/creatinina > 0,3.

2.4.2.5. Eclampsia

Es una complicación de la preeclampsia, en la cual se presentan convulsiones de difícil control. Además, puede presentarse el síndrome HELLP, que identifica a la hemólisis, trombocitopenia y enzimas hepáticas elevadas, además de hígado graso en el embarazo, síndrome hemolítico urémico, y hemorragia cerebral. (28)

Criterios diagnósticos de preeclampsia. (27)

La presencia de CONVULSIONES MÁS PREECLAMPSIA es diagnóstico.

Proteinuria (1 +en tira reactiva)

2.4.2.6. Crisis Hipertensiva:

Es referido a cuando la presión arterial, sufre una elevación aguda, la cual es capaz de producir lesiones en órganos. Además, según la presencia o no de esta afectación, se puede clasificar en emergencia hipertensiva (EH) o urgencia hipertensiva (UH). (29)

Criterio diagnóstico de crisis hipertensiva

Un criterio diagnóstico será el aumento de la presión arterial PAD>110mmHg/PAS> 160mmHg.

2.4.2.7. Síndrome de HELLP

Se caracteriza por un daño endotelial microvascular, al cual le sigue la agregación, activación y consumo de plaquetas, lo cual resulta en una necrosis hepatocelular e isquemia distal. La formación de los microtrombos, conlleva a una hemólisis microangiopática y además la presencia de fragmentos de eritrocitos en un extendido de sangre periférica.(30)

Criterios diagnósticos para que ocurra síndrome de hellp se asocia a hemolisis microangiopática, elevación de las enzimas hepáticas y trombocitopenia. (27)

1.- bilirrubina total > de 1.2mg/dl

2.- transaminasas séricas >70u/l

3.- plaquetas < 100 000 ul

Se necesita presentar estos criterios mencionados para considerar síndrome de HELLP

2.4.2.8. Diabetes gestacional

Es referido a la intolerancia hacia los hidratos de carbono, el cual comienza o es diagnosticado por primera vez en el embarazo, además a diferencia de otros tipos de diabetes, ésta no es causada por la carencia de insulina, sino por los efectos que bloquean otras hormonas en la insulina producida, que es una condición denominada como resistencia a la insulina, presentándose generalmente a partir de las 20 semanas del proceso de gestación. Al producirse un aumento de la secreción de insulina, se produce la diabetes gestacional. (31)

Criterios diagnósticos de diabetes mellitus. (27)

Se realiza a las 24 y 28 semanas en los siguientes casos:

- Glicemia en ayuno < 92 en la primera consulta + factores de riesgo alto o moderado
- Glicemia en ayuno < 92 en la primera consulta + repetición de glucosa en ayuno en las 24-28 semanas >92mg/dl
- 2 glicemias de ayuno (105 mg/dL o Glicemia 140 mg/dL a las 2 horas con TTG con 75 g).

2.4.2.9. Placenta previa

Es una patología en la cual se puede tener complicaciones de gravedad para el feto y a su vez, a la mamá, ya que afecta de manera directa, llegando al extremo de causar la muerte, además está relacionado a una vascularización anormal del endometrio, la capa interna del útero, que puede ser a causa de alguna cicatrización o atrofia por previos traumatismos, infecciones o cirugías. (32)

Criterios diagnósticos de placenta previa. (27)

- Sospecha clínica frente a sangrado escaso y sin dolor
- La ecografía, de preferencia vaginal, permite confirmar o descartar el diagnóstico.
- Es posible el diagnóstico de PPO asintomática en la ecografía de rutina.

2.4.2.10. Parto prematuro

Son considerados como la principal causa de morbilidad y mortalidad perinatal, pueden. La amenaza de parto pre término puede ser generado por infecciones de la gestante, la distensión uterina a causa de embarazos múltiple, distorsión uterina, compromiso de la estructura del cérvix, poli hidramnios, y también el desprendimiento prematuro de la placenta además de insuficiencia útero placentaria. (33)

Criterios diagnósticos de parto prematuro. (27)

El diagnóstico de Parto prematuro es el que se produce con edad gestacional 22-36 6/7 semanas, con contracciones uterinas (más de 6en 30min) y en presencia de modificaciones cervicales (borramiento $\geq 50\%$ y una dilatación $\geq 1\text{cm}$).

Los RN prematuros se pueden clasificar de acuerdo a la edad gestacional en:(34)

Prematuros	Semanas	Contribución
Extremos	< 28	5 %
Severos	28 y 31	15 %
Moderados	32 y 33	20 %
Tardíos	34 y 37	60 %

2.4.2.11. Rotura prematura de membranas

Esta es una complicación obstétrica que se considera un problema socio sanitario de gran importancia clínica y epidemiológica. La edad gestacional puede definir una amplia gama de problemas clínicos para la madre y el producto de la concepción, siendo la infección una de las condiciones clínicas más comunes, seguida del parto prematuro y bajo peso al nacer, aumenta el riesgo de parto perinatal en la madre. La ruptura prematura de membranas es una complicación común en mujeres embarazadas, asociada con una mayor morbilidad neonatal: corioamnionitis, endometritis y parto pretérmino, reportados en 20 % de los casos. (35)

Factores sociodemográficos		Rotura prematura de membranas		OR IC (95%)
		Presente	Ausente	P < 0,05
Edad materna	≤ 19 años	20 (17,1%)	25 (21,4%)	OR = 0,759
	20 a + años	97 (82,9%)	92 (78,6%)	IC = 0,395 – 1,459
	Total (%)	117 (100%)	117 (100%)	P = 0,688

Criterios diagnósticos de RPM. (27)

Clínico con especuloscopia: es el antecedente descrito por la gestante de salida de líquido transvaginal y la presencia de líquido en la vagina o salida de líquido a través del orificio cervical.

Detección de microglobulina placentaria (amniosure)

Cristalografía: se coloca líquido de saco fondo posterior en una lámina de cristal y se seca luego se lleva al microscopio si se observa helecho es positiva.

Prueba de nitrazina: evaluar el pH de las paredes vaginales con una tira reactiva si cambia de color amarillo a azul es positivo.

2.4.2.12. Complicaciones obstétricas parto

Parto vaginal

Es la culminación del embarazo de forma natural que puede o no ser institucional. Este proceso involucra fenómenos mecánicos activos y pasivos, los cuales permiten la expulsión del feto y a su vez, de la placenta. Los fenómenos mecánicos activos son las contracciones uterinas y la extrusión materna, además aparecen fenómenos pasivos en el útero y el cuello uterino como consecuencia de las contracciones uterinas. (34)

Cesárea

La cesárea es un procedimiento quirúrgico destinado a extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares, a través de una incisión en la pared abdominal, llamado laparotomía, y la pared uterina, histerotomía. (34)

2.4.2.13. Gestante adolescente

Los embarazos de adolescentes se refieren a la gestación que ocurre durante la adolescencia e incluyen mujeres hasta los 19 años, es decir, a todo embarazo que se produce dentro del tiempo transcurrido desde la menarquia y/o cuando la adolescente aún depende de su familia. Las adolescentes embarazadas son más sensibles, ansiosas y subestimadas que cualquier otra mujer, por lo que necesitan más apoyo, y comprensión que cualquier otra. Especialmente para las niñas jóvenes que no están creciendo porque son madres. Para

comprender cómo una joven vive el embarazo, se debe tener en cuenta que los cambios psicológicos están determinados por su historia de vida, la relación del niño con el padre, las condiciones familiares, la edad y, en particular, se necesita su madurez personal. (36)

2.4.2.14. Gestante añosa

Se presenta un límite superior de la edad en que las pacientes embarazadas se consideran mayores o añosas, existe un consenso de que las mujeres que dan a luz en una edad próxima a la que hay un límite de fertilidad, tienen una mayor morbilidad y mortalidad materna y fetal, se define el embarazo de mujeres mayores como mujeres añosas a las que se encuentran mayor a los 35 años de edad. Sin embargo, la Federación Internacional de Obstetras y Ginecólogos (FIGO) de 1958 definió a las "gestantes añosas" como una mujer en proceso de gestación a partir de ≥ 35 años de edad. (37)

2.4.2.15. Complicaciones perinatales

Definición:

El período perinatal corresponde desde la semana 22 del embarazo, es decir a los 154 días y finaliza 7 días después del nacimiento. Las complicaciones perinatales son el riesgo de que el feto y neonato estén expuestos al desarrollo físico, neurológico y mental, afectando así las expectativas de desarrollo posnatal. (38)

2.4.2.16. Restricción del crecimiento intrauterino

Desde lo biológico, la Restricción de Crecimiento Fetal (RCF) o Restricción de Crecimiento Intrauterino (RCIU), se define como no expresión del potencial genético de crecimiento fetal. Sin embargo, saber cuánto estaba destinado a pesar un feto o recién nacido no es posible. Por ello, se usa una definición operacional, entendiendo por RCF como una situación donde el feto tiene un peso menor al percentil

10 para la edad gestacional que posee. Dos tercios de los fetos con RCF (bajo el percentil 10 del peso para la edad gestacional) son fetos estadísticamente pequeños, pero en realidad están sanos, es decir están expresando su potencial en el crecimiento; a estos niños se les denomina como “pequeños constitucionales” o también se les asigna el nombre pediátrico PEG, el cual es pequeño para la edad gestacional. Un tercio restante de fetos con RCF tienen una patología del crecimiento fetal, y existe otro concepto relacionado que es el de bajo peso al nacer y muy bajo peso al nacer, los cuales son definidos como peso de nacimiento menor a 2500 gr o 1500 gr respectivamente. Pero el bajo peso al nacer puede también deberse a prematuridad.(24)

La restricción de crecimiento fetal puede ser considerada como un síndrome, con múltiples etiologías, y cuyo pronóstico es muy diverso según sea la causa:(39)

Causas fetales:	Causas Placentarias y Ovulares:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Anomalías cromosómicas ✓ Malformaciones congénitas ✓ Infecciones congénitas (TORCH) ✓ Gestación múltiple 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Insuficiencia placentaria ✓ Patología del cordón umbilical

Causas maternas:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Patologías médicas crónicas ✓ Desnutrición y bajo peso materno ✓ Tóxicos: fármacos, medicinas, tabaco, drogas ilícitas ✓ Tóxicos ambientales ✓ Malformaciones uterinas ✓ Trastornos inmunológicos y de la coagulación

Criterios diagnósticos de RCIU. (27)

El diagnóstico antenatal de RCIU se basa en:

- Conocimiento preciso de la edad gestacional
- Presencia de elementos clínicos de sospecha
- Estimación ecográfica del peso fetal, en los tres trimestres, ya que se pueden presentar RCIU simétrico y asimétrico.

2.4.2.17. Asfixia perinatal

Definición:

Desde el punto de vista fisiológico según Volpe se puede definir la AP como la falta de oxígeno en el sistema circulatorio, que va asociada con grados variables de hipercapnia y acidosis metabólica; desde el punto de vista clínico se caracteriza por los siguientes componentes: acidosis metabólica pH(40)

Epidemiología

La asfixia perinatal es la principal causa que condiciona la necesidad de una reanimación cardiopulmonar en el recién nacido (RN) al momento del parto. Aproximadamente el 6% de los recién nacidos, un porcentaje que es elevado hasta alcanzar el 80% en niños prematuros, necesitan de reanimación en los minutos inmediatos al nacimiento. En un número importante de niños se consigue una adecuada reanimación con procedimientos sencillos, sólo un 2% precisan intubación endotraqueal y en menor porcentaje la administración de drogas y/o líquidos.(40)

Fisiopatología

Desde el punto de vista fisiopatológico puede ser definida como la agresión producida al feto o RN a causa de la falta de oxígeno o una falla en la perfusión tisular adecuada, el cual es asociada con acidosis láctica e hipercapnia. 1 El diagnóstico clínico de la AP es basado en

diversos criterios, los dos principales son una clara evidencia de depresión cardiorrespiratoria y neurológica, el cual puede ser definida como una puntuación de Apgar menor de 7 a los cinco minutos después del nacimiento, y compromiso hipóxico agudo con acidemia (pH arterial < 7.38 mmol/l).(24)

Entre los factores de riesgo prenatales, se pueden presentar la diabetes materna, hipertensión arterial gestacional o crónica, además de enfermedades maternas crónicas como cardiovascular, renal, pulmonar, presencia de anemia, muertes neonatales, hemorragias, infecciones, presencia de rotura prematura de membranas, una gestación postérmino, múltiple e incluso discrepancia entre tamaño del feto y la edad de gestación, mientras que entre los riesgos intraparto, se encuentran la cesárea urgente, el parto instrumental, un parto prematuro o precipitado, rotura de membranas menor a las 18 horas previas al parto, también prolongado, es decir menor a 24 horas o expulsivo menor a 2 horas, presencia de bradicardia fetal o patrones de frecuencia cardíaca, prolapso de cordón y desprendimiento de placenta o placenta previa. (40)

Criterios diagnósticos de asfixia. (27)

- Clínica de asfixia: daño hepático, renal y neurológico.
- PH de cordón umbilical < 7 .
- Apgar < 3 a los 5 minutos.

2.4.2.18. Recién nacido prematuro

Epidemiología:

La incidencia de parto prematuro se presenta entre el 8 a 10% del total de partos que se dan a nivel mundial. (41) En el Perú representa 5-10% del total de los nacimientos.

Definición:

Se denomina parto prematuro (PP) por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquel que ocurre antes de las 37 semanas DEL proceso de gestación. El límite inferior de edad gestacional, el cual establece una separación entre un parto prematuro y el aborto es de 22 semanas de gestación y/o 500 g de peso fetal y/o 25 cm de longitud. (41)

Factores.

Además, existen diversos factores, pero principalmente del peso de nacimiento, de la edad gestacional al nacer, de la presencia de malformaciones fetales, de la etiología responsable del parto prematuro, y de las características de la unidad de cuidados intensivos. El riesgo de morbilidad es de 1% en RN de término y 17% en RN prematuros. Entre la morbilidad neonatal grave de los prematuros destaca: enterocolitis necrotizante (ECN), sepsis neonatal, síndrome de distrés respiratorio (SDR) por enfermedad de membrana hialina (EMH) y hemorragia intracraneana (HIC). (41)

Criterios diagnósticos de recién nacido prematuro. (27)

RN de 28 semanas y <37 semanas de gestación

2.2. Formulación de hipótesis

Definición y operacionalización de variables

Variable 1:

Complicaciones obstétricas y perinatales

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
Complicaciones obstétricas y perinatales	<p>Son las complicaciones relacionadas con el embarazo, patologías médicas o instancia de riesgo relacionado a la salud. Aparición o incremento de las complicaciones, antes durante y después del parto, el embarazo de alto riesgo predispone tanto a la madre como el feto de complicaciones que se presentan durante la gestación. (23,24)</p> <p>El periodo perinatal corresponde desde las 22 semanas de la gestación (154 días) y termina 7 días después del nacimiento. Las complicaciones perinatales son aquellos riesgos por la que se enfrenta el feto y neonato tanto en su desarrollo físico, neurológico y mental, y por ello va a condicionar las expectativas de su desarrollo después del nacimiento. (38)</p>	Obstétricas	Hipertensión inducida por el embarazo	Nominal	Historia clínica
			Diabetes gestacional	Nominal	
			Placenta previa	Nominal	
			Amenaza de parto prematuro	Nominal	
			Anemia	Nominal	
			Rotura prematura de membranas	Nominal	
			Cesárea	Nominal	
		Perinatales	Restricción del crecimiento intrauterino	Nominal	
			Asfixia perinatal	Nominal	
			Recién nacido prematuro	Nominal	

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Población

Gestantes atendidas en el servicio de Gineco- Obstetricia del hospital La Caleta de Chimbote durante el año 2021 que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:	Criterios de exclusión:
<ul style="list-style-type: none">✓ Gestantes con historia clínica de la madre y del recién nacido.✓ Gestantes menores de 19 años✓ Gestantes mayores de 35 años✓ Gestantes con o sin control prenatal.✓ Gestantes con culminación de su embarazo ya sea vaginal o cesárea.✓ Gestantes con cualquier nivel educacional.✓ Gestantes con cualquier estado civil.✓ Gestantes primigestas y multigestas.✓ Cuyos neonatos fueran vivos o muertos.	<ul style="list-style-type: none">✓ Que hayan sido transferidas luego de su parto de otros establecimientos.✓ Partos gemelares.✓ Gestantes a los cuales no se tenga acceso a su historia clínica.

La población total es de 490 gestantes adolescentes y añosas con complicaciones obstétricas y perinatales que pasaron los criterios de inclusión y exclusión. Divididos en 245 gestantes adolescentes y 245 gestantes añosas.

3.2. Muestra

La muestra son 150 gestantes adolescentes y 150 gestantes añosas.

$$n = \frac{Z^2 p q N}{E^2 (N - 1) + Z^2 p q}$$

Muestra 1: Gestantes adolescentes

La muestra para las gestantes adolescentes es de 150, teniendo en cuenta las consideraciones de la tabla.

N	Población	245
Z	nivel de confianza	95%
p	Prevalencia de complicaciones obstétricas y perinatales	50%
q	No prevalencia de complicaciones obstétricas y perinatales	50%
e	error de estimación máximo aceptado	5%
n	tamaño de muestra	150

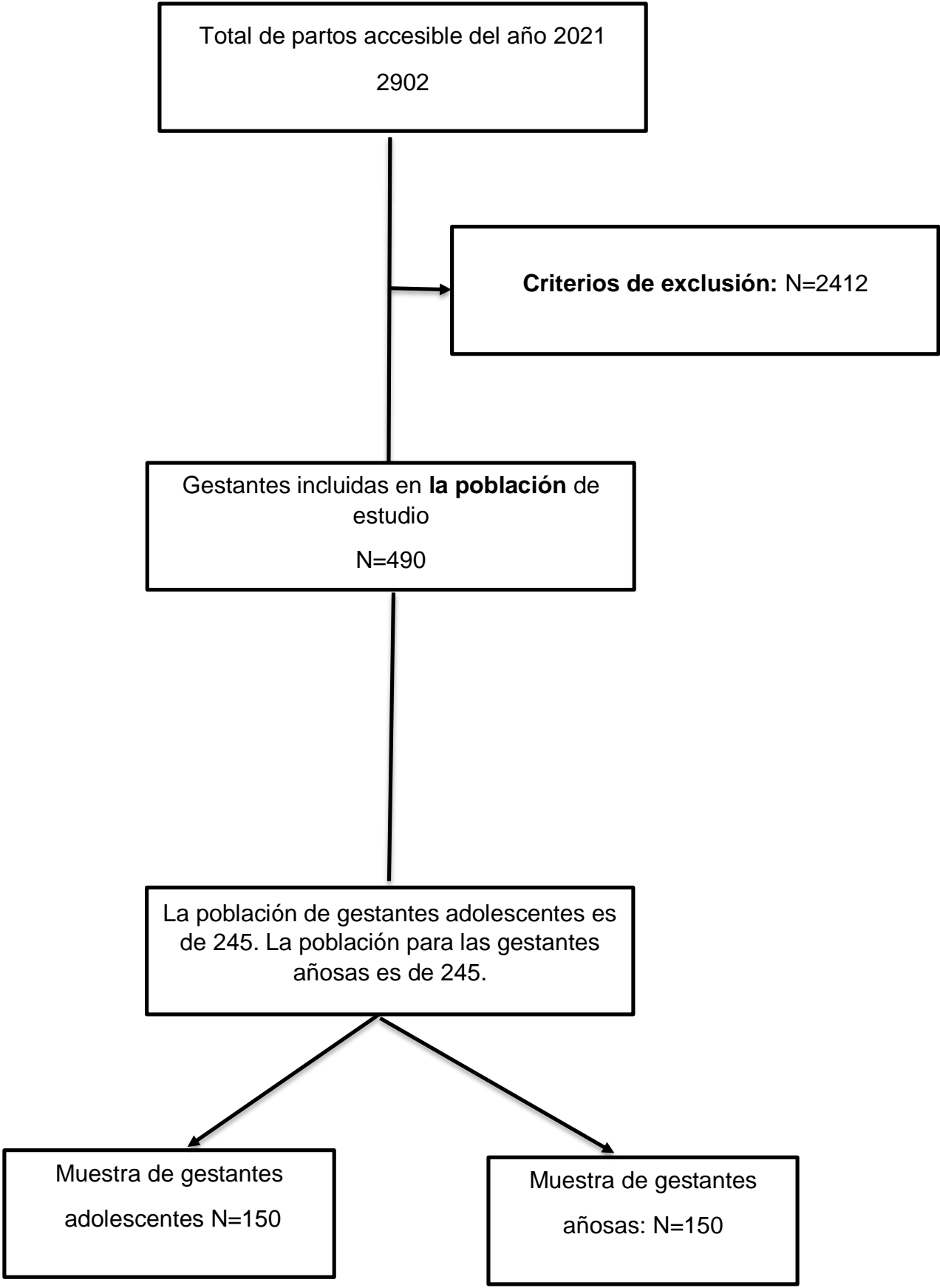
Muestra 2: Gestantes añosas

La muestra para las gestantes añosas es de 150, teniendo en cuenta las consideraciones de la tabla.

N	Población	245
Z	nivel de confianza	95%
p	Prevalencia de complicaciones obstétricas y perinatales	50%
q	No prevalencia de complicaciones obstétricas y perinatales	50%
e	error de estimación máximo aceptado	5%
n	tamaño de muestra	150

3.3. Muestreo

Muestreo probabilístico por aleatorio simple, el cual fue analizado de la población de gestantes con una de las complicaciones. (42)



3.4. Tipo de investigación

El tipo de investigación es básica, porque se va ampliar información sobre las complicaciones obstétricas y perinatales, junto a información nueva de gestantes adolescentes y añosas de manera detallada, sin tener en cuenta su aplicación. Y es tipo cuantitativo ya que se analizarán datos numéricos sobre las complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes adolescentes y añosas, para determinar cuál de los grupos de muestras es la que presenta mayores complicaciones en el proceso de gestación. (9)

La limitación que existe con la investigación básica retrospectiva, es que se analiza datos de un historial pasado y no en tiempo real, ni se interviene en las variables.

3.5. Diseño de investigación

El diseño estadístico de la investigación es no experimental, porque la investigación no pretende manipular una variable y su efecto sobre la otra. Además, el estudio es de corte transversal retrospectivo, ya que se tomarán las historias clínicas en un determinado momento de las pacientes que tuvieron complicaciones en el 2021. Y es descriptivo, ya que solo se conceptualizará los hallazgos y las comparaciones estadísticas de las muestras plasmadas en el informe. (9)

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Variables de estudio	Técnicas	Instrumentos
Variable 1: Complicaciones obstétricas y perinatales	Análisis documental	Historias clínicas

Técnicas:

- Análisis documental: Se realizará para obtener la información necesaria respecto a las complicaciones obstétricas perinatales en las gestantes adolescentes y añosas.

Instrumentos:

- Historia clínica: donde se buscará información de complicaciones obstétricas, complicaciones neonatales, edad materna, grado de instrucción, estado civil, ocupación, número de gestaciones, paridad, edad gestacional, número de controles prenatales, culminación del embarazo, apgar al nacer, sexo del recién nacido, talla del neonato, peso del neonato, la ficha recolectora, no necesita validación externa, ni interna, porque solo va recolectar datos.

3.7. Procedimiento de recolección de datos

Se gestionará el permiso documentado de la Dirección del Hospital La Caleta de Chimbote y de la jefatura del Departamento de Ginecología y Obstetricia de dicho nosocomio, dándose a conocer el propósito de la Investigación y la responsable de la misma. Una vez tenida la aceptación se revisarán las historias clínicas de todas aquellas pacientes gestantes con edades menores de 19 años y mayores de 35 años, atendidas en dicho hospital durante el año 2021 y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión según la cuales se distribuirán en dos grupos ya que se trata de comparar que grupo en edad extrema presenta mayor complicación obstétrica y perinatal.

3.8. Validez y confiabilidad

Los datos serán obtenidos de historias clínicas del período del 2021 del Hospital La Caleta de Chimbote.

Por lo que la validez y la confiabilidad de la historia clínica como instrumento de recolección de datos están probado por el Hospital La Caleta de Chimbote.

3.9. Técnica de procesamiento y análisis de datos

Para el estudio se seguirán los siguientes procesos:

- Realizar revisión bibliográfica estudios previos sobre complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes adolescentes y añosas para construir el marco referencial.
- Identificar las variables del estudio, las dimensiones e indicadores obtenido de la lectura en diversos autores relacionados al tema.
- Recolectar los datos de las gestantes adolescentes y añosas en las historias clínicas del Hospital La Caleta de Chimbote y ordenarlos en Excel.
- Procesar los datos con estadística descriptiva en Excel.
- Comparar las frecuencias y prevalencias de las complicaciones obstétricas y perinatales en los dos grupos.
- Analizar los datos y discutir los resultados con otros autores.
- Sacar conclusiones del estudio.

3.10. Ética de investigación

Por la naturaleza y característica del estudio, esta investigación no pretende vulnerar de ninguna manera los derechos humanos de los pacientes ya que se hará revisión de las historias clínicas incluidas en el estudio, y cuya identificación permanecerá en total reserva; según los códigos de ética que regulan la conducta en la investigación científica, siendo los más conocidos Núremberg de 1947, La declaración de Helsinki de 1964 (revisada en 1965).

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

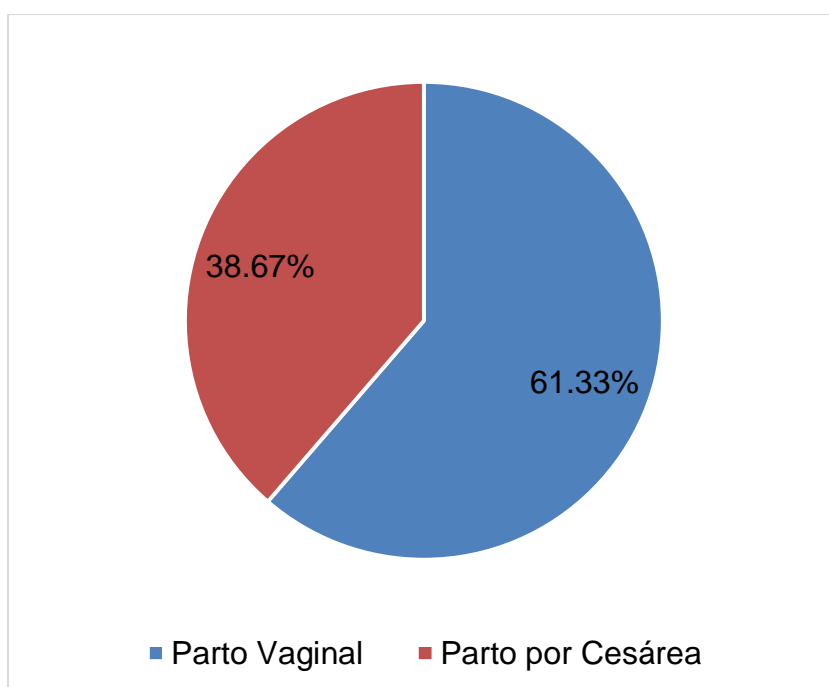
4.1. Determinación y comparación de complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes adolescentes y gestantes añosas.

Tabla 1 Tipo de parto en gestantes adolescentes y gestantes añosas

Tipo de Parto	<19 años		>35 años	
Parto Vaginal	92	61.33%	71	47.33%
Parto por Cesárea	58	38.67%	79	52.67%
Total	150	100.0%	150	100%

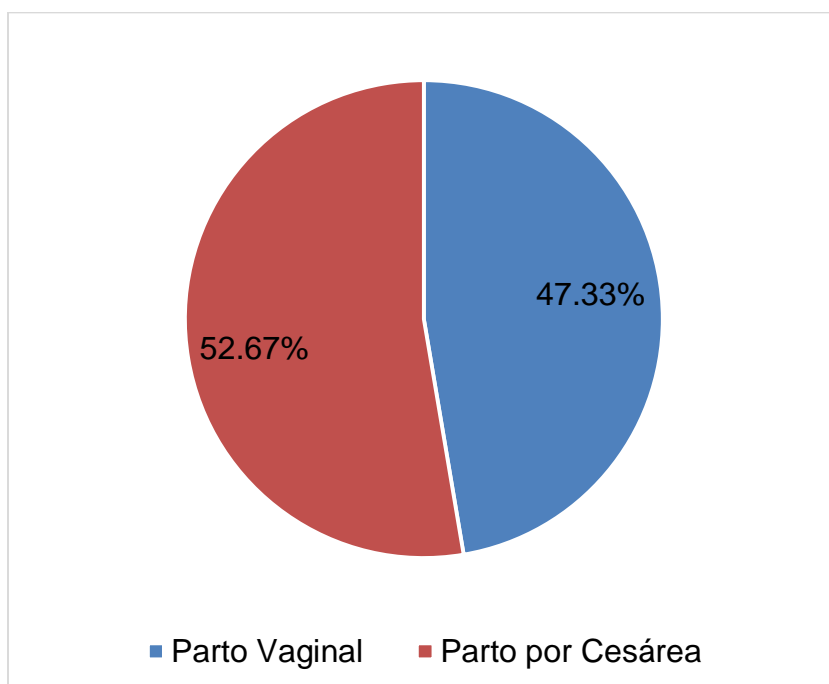
Nota: elaborado a partir de las encuestas

Figura 1 Tipo de parto en gestantes adolescentes menores de 19 años



Nota: elaborado a partir de las encuestas

Figura 2 Tipo de parto en gestantes añosas



Nota: elaborado a partir de las encuestas

Se determinó el tipo de parto en gestantes adolescentes menores de 19 años, en quienes el 61.33% tuvieron parto vaginal y el 38.67% parto por cesárea. Por otro lado, en gestantes añosas mayores de 35 años, el 47.33% tuvieron parto vaginal y el 52.67% parto por cesárea. Se puede observar que las gestantes añosas son las que presentaron mayor porcentaje de parto por cesárea que las gestantes adolescentes. (Ver tabla 1, figura 1 y 2)

Tabla 2 Anemia en gestantes adolescentes y gestantes añosas

Anemia	<19 años		>35 años	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Primer trimestre: Hb < 11 g/dL	20	13.33%	23	15.33%
Segundo trimestre: Hb < 10,5 g/dL	32	21.33%	38	25.33%
Tercer trimestre: Hb < 11 g/dL	81	54.00%	80	53.33%

Nota: elaborado a partir de las encuestas

Se determinó la anemia en gestantes adolescentes, en quienes el primer trimestre el 13.33% registraron un Hb < 11 g/dL, el segundo trimestre el 21.33% registró un Hb < 10,5 g/dL y el tercer trimestre el 54% registraron un Hb < 11 g/dL. Por otro lado, de las gestantes añosas, el primer trimestre el 15.33% registraron un Hb < 11 g/dL, el segundo trimestre el 25.33% presentaron un Hb < 10,5 g/dL y en el tercer trimestre el 53.33% presentaron un Hb < 11 g/dL. Es así que al comparar la anemia en ambos grupos etarios se puede observar que las gestantes adolescentes presentaron mayor riesgo de anemia que las gestantes añosas. (Ver tabla 2)

Tabla 3 Hipertensión arterial gestacional en gestantes adolescentes y gestantes añosas

Hipertensión arterial gestacional	<19 años		>35 años	
Presión arterial $\geq 140/90$	1	0.67%	39	26.00%
Mayor de las 20ss gestación	1	0.67%	40	26.67%
Persistencia después de las 12 semanas	0	0.00%	2	1.33%

Nota: elaborado a partir de las encuestas

Se determinó la hipertensión arterial gestacional en gestantes adolescentes, donde el 0.67% tenían una presión arterial $\geq 140/90$ y el 0.67% mayor de las 20ss gestación. Por otro lado, las gestantes añosas, el 26% presentaron una presión arterial $\geq 140/90$, el 26.67% mayor de las 20ss gestación y el 1.33% presentaron persistencia después de las 12 semanas. Al comparar la hipertensión arterial gestacional en ambos grupos etarios, se puede ver que las gestantes añosas presentaron mayor riesgo que las gestantes adolescentes. (Ver tabla 3)

Tabla 4 Preeclamsia en gestantes adolescentes y gestantes añosas

Preeclamsia	<19 años		>35 años	
PA \geq 140/90mmhg	4	2.67%	12	8.00%
Proteinuria (>300 mg/día)	4	2.67%	12	8.00%
Elevación de transaminasas (TGO-TGP)	4	2.67%	12	8.00%
Trombocitopenia (< 100.000plaquetas x ml)	4	2.67%	12	8.00%
Aumento de la creatinina sérica (> 1.1 mg/dL)	4	2.67%	12	8.00%
Índice de proteínas/creatinina > 0,3.	4	2.67%	12	8.00%

Nota: elaborado a partir de las encuestas

Se determinó la preeclamsia en gestantes adolescentes, donde el 2.67% presentaron complicaciones y que el 8% de las gestantes añosas, presentaron las mismas complicaciones, por lo que son las gestantes mayores de 35 años las que presentaron mayores complicaciones. (Ver tabla 4)

Tabla 5 Eclampsia en gestantes adolescentes y gestantes añosas

Eclampsia	<19 años		>35 años	
PA140/90mmhg	2	1.33%	1	0.67%
Convulsiones	2	1.33%	1	0.67%
Proteinuria (>300 mg/día)	2	1.33%	1	0.67%
Test de ácido salicílico	2	1.33%	1	0.67%
Elevación de transaminasas (TGO-TGP)	2	1.33%	1	0.67%
Trombocitopenia (< 100.000plaq x ml)	2	1.33%	1	0.67%

Aumento de la creatinina sérica (> 1.1 mg/dL	2	1.33%	1	0.67%
Índice de proteínas/creatinina> 0,3.	2	1.33%	1	0.67%

Nota: elaborado a partir de las encuestas

Se determinó la eclampsia en gestantes adolescentes, donde el 1.33% presentaron los síntomas de esta complicación, y el 0.67% de las gestantes añosas presentaron la misma complicación. Es así que las gestantes adolescentes presentaron mayor complicación en comparación de las gestantes añosas. (Ver tabla 5)

Tabla 6 Crisis Hipertensiva en gestantes adolescentes y gestantes añosas

Crisis Hipertensiva	<19 años		>35 años	
PAD>110mmHg/PAS> 160mmHg.	0	0.00%	0	0.00%

Nota: elaborado a partir de las encuestas

Se determinó la crisis hipertensiva en gestantes adolescentes y añosas, en donde se demuestra que ninguna de las dos presentó esta complicación. (Ver tabla 6)

Tabla 7 Síndrome de HELLP en gestantes adolescentes y gestantes añosas

Síndrome de HELLP	<19 años		>35 años	
Bilirrubina total > de 1.2mg/dl	0	0.00%	0	0.00%
Transaminasas séricas >70u/l	0	0.00%	0	0.00%
Plaquetas< 100 000 mm ³	0	0.00%	0	0.00%

Nota: elaborado a partir de las encuestas

Se determinó el síndrome de HELLP en gestantes adolescentes y añosas, donde se demuestra que ninguna de las gestantes presentó los síntomas de esta complicación. (Ver tabla 7)

Tabla 8 Diabetes mellitus gestacional en gestantes adolescentes y gestantes añosas

Diabetes mellitus gestacional	<19 años		>35 años	
Glicemia en ayuno < 92 en la primera consulta	0	0.00%	13	8.67%
Glicemia en ayuno < 92 en la primera consulta + repetición de glucosa en ayuno en las 24-28 semanas >92mg/dl	0	0.00%	12	8.00%
2 glicemias de ayuno (105 mg/dL o o Glicemia 140 mg/dL a las 2 horas con TTG con 75 g)	0	0.00%	1	0.67%

Nota: elaborado a partir de las encuestas

Se determinó la Diabetes mellitus gestacional en gestantes adolescentes, donde se demuestra que ninguna presentó síntomas de diabetes, el 8.67% de gestantes añosas presentaron glicemia en ayuno < 92 en la primera consulta, el 8.00% presentó glicemia en ayuno < 92 en la primera consulta + repetición de glucosa en ayuno en las 24-28 semanas >92mg/d, y el 0.67% presentó 2 glicemias de ayuno (105 mg/dL o o Glicemia 140 mg/dL a las 2 horas con TTG con 75 g). Es así que las gestantes añosas si presentaron diabetes mellitus gestacional en comparación de las gestantes adolescentes. (Ver tabla 8)

Tabla 9 Placenta Previa en gestantes adolescentes y gestantes añosas

Placenta Previa	<19 años		>35 años	
Sangrado vaginal sin dolor	3	2.00%	23	15.33%
Ecografía TV (marginal, oclusiva, inserción baja)	2	1.33%	23	15.33%

Nota: elaborado a partir de las encuestas

Se determinó la placenta previa en gestantes adolescentes, donde se observa que el 2% presentó sangrado vaginal sin dolor, y el 1.33% presentó ecografía TV

(marginal, oclusiva, inserción baja). Por otro lado, en gestantes añosas, corresponde al 15,33% y 15.33%, respectivamente, que presentaron esta complicación. Al comparar la placenta previa en ambas gestantes, se puede demostrar que las gestantes añosas son las que lo presentan en mayor porcentaje. (Ver tabla 9)

Tabla 10 Parto prematuro en gestantes adolescentes y gestantes añosas

Parto prematuro	<19 años		>35 años	
Edad gestacional 22-36 6/7 semanas	24	16.00%	41	27.33%
Contracciones uterinas	20	13.33%	39	26.00%
Modificaciones cervicales	20	13.33%	39	26.00%

Nota: elaborado a partir de las encuestas

Se determinó el parto prematuro en gestantes adolescentes, donde se demuestra que el 16.00% presentó edad gestacional 22-36 6/7 semanas, el 13.33% presentó contracciones uterinas y a su vez, otro 13.33% mostró modificaciones cervicales. Por otro lado, en gestantes añosas, el 27.33% presentó edad gestacional 22-36 6/7 semanas, un 26.00% mostró contracciones uterinas y el otro 26.00% presentó modificaciones cervicales. Por lo cual se concluye que las gestantes añosas presentaron en mayor porcentaje un parto prematuro. (Ver tabla 10)

Tabla 11 Ruptura Prematura de Membranas en gestantes adolescentes y gestantes añosas

Ruptura Prematura de Membranas	<19 años		>35 años	
Pérdida de líquido amniótico vaginal	43	28.67%	32	21.33%
Presencia de LA en la vagina(espéculo)	43	28.67%	32	21.33%

Salida de LA a través del orificio cervical externo(espécúlo)	43	28.67%	32	21.33%
Nitrazina (positiva- negativa)	1	0.67%	1	0.67%

Nota: elaborado a partir de las encuestas

Se determinó la ruptura prematura de membranas en gestantes adolescentes, donde se demuestra que el 28.67% tuvo presencia de LA en la vagina (espécúlo), otro 28.67% presentó salida de LA a través del orificio cervical externo, y el 0.67% nitrazina (positiva – negativa). En el caso de gestantes añosas, el 21.33% presentó pérdida de líquido amniótico vaginal, otro 21.33% tuvo presencia de LA en la vagina, un 21.33% salida de LA a través del orificio cervical externo, y un 0.67% presentó Nitrazina (positiva – negativa). Concluyendo que las gestantes adolescentes presentaron mayores complicaciones. (Ver tabla 11)

Tabla 12 Retardo del crecimiento intrauterino en gestantes adolescentes y gestantes añosas

Retardo del crecimiento intrauterino	<19 años		>35 años	
Conocimiento preciso de la edad gestacional	0	0.00%	5	3.33%
Compromiso fetal (ecografía)	0	0.00%	2	1.33%
Ecografía (diagnóstico por biometría fetal de RCIU)	0	0.00%	0	0.00%
RCIU Simétrico	0	0.00%	0	0.00%
RCIU Asimétrico	0	0.00%	5	3.33%

Nota: elaborado a partir de las encuestas

Se determinó el retardo del crecimiento intrauterino en gestantes adolescentes, donde no hubo gestantes que presenten esta complicación, por otro lado, en gestantes añosas, un 3.33% tuvo conocimiento preciso de la edad gestacional, 1.33% compromiso fetal, y un 3.33% RCIU asimétrico. Por lo que se concluye que

fueron las gestantes añosas quienes presentaron mayor retardo del crecimiento uterino. (Ver tabla 12)

Tabla 13 Asfixia en recién nacidos de gestantes adolescentes y gestantes añosas

Asfixia	<19 años		>35 años	
Clínica de asfixia (daño hepático, renal y neurológico)	2	1.33%	2	1.33%
PH de cordón umbilical < 7.	2	1.33%	2	1.33%
Apgar <3 a los 5 minutos.	2	1.33%	2	1.33%

Nota: elaborado a partir de las encuestas

Se determinó la asfixia en gestantes adolescentes, donde el 1.33% presentaron complicaciones y a su vez, el 1.33% de las gestantes añosas, presentaron las mismas complicaciones, por lo que ambas gestantes presentaron las mismas complicaciones en el mismo porcentaje. (Ver tabla 13)

Tabla 14 Recién nacido prematuro en gestantes adolescentes y gestantes añosas

Recién nacido prematuro	<19 años		>35 años	
RN de 28 semanas y <37 semanas de gestación	23	15.33%	36	24.00%

Nota: elaborado a partir de las encuestas

Se determinó al recién nacido prematuro en gestantes adolescentes, donde el 15.33% presentaron RN de 28 semanas y <37 semanas de gestación, y en gestantes añosas fue el 24.00%. Por lo cual se concluye que las gestantes añosas tuvieron en mayor porcentaje un recién nacido prematuro. (Ver tabla 14)

4.2. Discusión

Las gestantes añosas, presentaron mayores complicaciones a nivel obstétrico y perinatal que una gestante adolescente, esto debido a que presentaron en mayor porcentaje hipertensión arterial, siendo un 26.67% a las 20ss gestación, así mismo, presentan preeclampsia, representado por un 8% y un 8.67% presentó diabetes mellitus gestacional, además el 15.33% tuvo una placenta previa, lo cual originó que un 52.67% tenga que realizar un parto por cesárea. De igual manera, Rivas y Torres (10), en su estudio, obtuvo como resultado que, en el caso de una gestante añosa, el 3.71% tuvo presente placenta previa, el 5.61% una ruptura prematura en la membrana, el 8.94% presentó anemia, un 11.12% preeclampsia o eclampsia y además, un 11.33% tuvo diabetes gestacional, por lo cual son consideradas como las gestantes que presentan más complicaciones. Otro autor que encontró resultados relacionados, es Munguía et al. (11), en donde su periodo de estudio, dio a conocer que se presentaron 440 nacidos de madres añosas, en los cuales hubo gran riesgo de mortalidad.

Las complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes añosas, son presentes desde una anemia que va avanzando, siendo más elevada en el tercer trimestre de gestación con un 53.33%, además presentaron una hipertensión arterial $\geq 140/90$, siendo representada por el 26.00%, y un 26.67% a de las 20ss de gestación, un 0, 67% presentó eclampsia, un 8.67% tuvo presencia de diabetes mellitus, además el 15.33% tuvo placenta previa, por lo cual un 27.33.% asumió un parto prematuro, presentando una ruptura de membranas, siendo un 21.33%, y a su vez un 24.00% tuvo un recién nacido prematuro de 28 semanas y <37 semanas de gestación. Un autor que obtuvo resultados similares es Baldeón et al. (13), en donde su estudio, llega a la conclusión que, en gestantes añosas, las complicaciones durante la etapa gestacional, corresponden al 55%, presentando preeclampsia con un 33% y parto por cesárea 31%.

Una gestante adolescente, suele presentar diversas complicaciones a nivel obstétrico y perinatal, tales como la anemia en un 54.00% durante el tercer trimestre, a su vez, un 0.67% tuvo presencia de hipertensión arterial, el 2.67% presentó una preeclampsia, así como el 1.33% eclampsia, así mismo, el 28.67% en una ruptura de membranas, tuvo pérdida de líquido amniótico vaginal, por lo cual se dio un parto prematuro con el 16%, siendo el 61.33% por vía vaginal. De

igual manera, Berrocal (14), en su estudio realizado a 6475 gestantes adolescentes, obtiene como resultado que, en el caso de las gestantes adolescentes, las complicaciones que se presentan con más frecuencia son RPM, la preeclampsia y anemia. Así mismo, Pasos (15), obtiene como resultado de su estudio a 705 gestantes en la etapa de adolescencia, que éstas tienen un riesgo más elevado de presentar un parto prematuro.

En las complicaciones obstétricas y perinatales de una gestante añosa y una gestante en etapa de adolescencia, se presenta un índice más elevado durante el tercer trimestre para las adolescentes, siendo la anemia representado por un 54.00%, así mismo, las añosas presentan mayores complicaciones respecto a su presión arterial, siendo el 26.00%, y a su vez un riesgo de preeclampsia más elevado, representado por un 8% de gestantes añosas y adolescentes en un 2.67%, la diabetes mellitus gestacional, estuvo presente con un 8.67% en gestantes de edad avanzada, y placenta previa con un 15.33%, sin embargo, ambas gestantes presentaron un parto prematuro, siendo representado por 16.00% en gestantes adolescentes y 27.33% en añosas, un retardo del crecimiento intrauterino con el 3.33% en añosas, lo cual conllevó a un recién nacido prematuro, siendo más común el parto vaginal en adolescentes con un 61.33% y en añosas 47.33%, un parto por cesárea en añosas representado por el 52.67% y en adolescentes representado 38.67%. Por otro lado, Medina (18), en su estudio, obtiene como resultado que la edad materna es un factor bastante influyente en la práctica de cesárea en un parto, siendo presente mayormente en gestantes añosas. A su vez, Rupay y Vargas (20), obtuvo como resultado de su estudio, que las complicaciones más frecuentes son la ruptura de membranas, desgarros perineales y anemia, en cuanto a complicaciones perinatales, se encuentra la prematuridad, siendo representado por un 22.2% en adolescentes y un 13.1% en añosas.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se identificó las complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes añosas, las cuales se encuentran en una edad mayor a los 35 años, presentando en mayor porcentaje un parto por cesárea, representado por el 52.67%, además de presentar placenta previa con un 15.33% y un 27.33% presentó parto prematuro en la edad gestacional 22-36 6/7 semanas.

Se identificó las complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes adolescentes, las cuales se encuentran en una edad menor a los 19 años, en donde un 38.67% presentó parto por cesárea, además el 2% presentó una placenta previa con sangrado vaginal sin dolor, y el 16% tuvo parto prematuro en la edad gestacional 22-36 6/7 semanas.

Se identificó una comparación entre las complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes añosas y adolescentes, en donde las añosas son quienes presentan mayores complicaciones en la etapa de gestación, siendo más común la hipertensión con un 26.00% y preeclampsia con un 8%.

Finalmente, se determinó que, ambos grupos etarios presentaron complicaciones obstétricas y perinatales, debido a que ambas presentan en mayor porcentaje anemia en el tercer trimestre, siendo representado por el 54.00% y 53.33%, respectivamente, además que ambas presentaron asfixia, siendo el 2% por clínica de asfixia (daño hepático, renal y neurológico), PH de cordón umbilical < 7, y Apgar <3 a los 5 minutos.

Se recomienda a otros investigadores de ciencias de la salud, que se siga el estudio referente a las complicaciones obstétricas y perinatales en sus diferentes centros de salud, a fin de tener estudios diversos en la comparación de las complicaciones entre las gestantes adolescentes y las gestantes añosas.

Se recomienda fortalecer el control prenatal en adolescentes y mujeres mayores de 35 años y así evitar las complicaciones maternas y fetales detectándolas a tiempo.

Prevenir las complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes mayores de 35 años mediante la difusión de la información obtenida del presente trabajo de investigación.

Evaluar el riesgo de la RPM, mediante el diagnóstico precoz y oportuno de las ITU, vaginitis, ya que es un actor predisponente a las complicaciones obstétricas y perinatales.

Se recomienda a las mujeres en edad fértil adolescente y añosa a tener una mejor planificación familiar por el riesgo que presentan de tener embarazos continuos y mucho más en edades extremas.

Mejorar los programas de micronutrientes y hierro mediante el seguimiento de las gestantes y así evitar la anemia en el embarazo.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moya Toneut C, Garaboto García ME, Moré Vega A, Borges Fernández R, Moya Arechavaleta N, Moya Arechavaleta A. Resultados maternos y perinatales en gestantes con avanzada edad materna. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* junio de 2017;43(2):1-13.
2. Akseer N, Keats EC, Thurairajah P, Cousens S, Bétran AP, Oaks BM, et al. Characteristics and birth outcomes of pregnant adolescents compared to older women: An analysis of individual level data from 140,000 mothers from 20 RCTs. *eClinicalMedicine* [Internet]. 1 de marzo de 2022 [citado 26 de junio de 2022];45. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(22\)00039-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(22)00039-6/fulltext)
3. Jaimes Pico SD, Sandoval Leon IT, Rodriguez Guevara MJ. Complicaciones perinatales en adolescentes embarazadas. Albarracín E Rodríguez 2008 "Estamos Muy Jóvenes Para Tener Hijos" Vivencias Planif Fam Un Grupo Adolesc En Un Munic Risaralda *Rev Enfermeria Imágen Desarro* 102 115-132 Obtenido <https://revistasjaverianaeducoindexphimpimagenydesarrolloarticleview1605> [Internet]. 5 de abril de 2021 [citado 26 de junio de 2022]; Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/33775>
4. Fory JA, Olivera MJ. Caracterización de la población gestante adolescente atendida en el Hospital Militar Central de Bogotá D.C., Colombia. 2012-2015. *Rev Fac Med* [Internet]. 1 de abril de 2020 [citado 16 de junio de 2022];68(2). Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/70818>
5. Cárdenas García PI, Gutiérrez Aragón AV, Jiménez Manotas FM, Ospina Ojito LP, Romero Castro MS, Díaz Pérez A, et al. CONDICIONES CLÍNICAS DE GESTANTES AÑOSAS Y PERINATALES: UNA REVISIÓN EPIDEMIOLOGICA. 2019;11(1):9-16.
6. Manay Barrera A, Huaripata Rodríguez ME. Embarazo en adolescentes asociado a complicaciones Obstétricas y Perinatales. Hospital Las Mercedes

- Chiclayo, Julio – Diciembre Del 2019. Univ Part Chiclayo [Internet]. 2021 [citado 26 de junio de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.udch.edu.pe/handle/UDCH/986>
7. Chero Gálvez HS. Complicaciones Obstétricas En Gestantes Añosas Atendidas En El Centro De Salud Ciudad Eten, Durante Enero - Diciembre Del 2016. 2019.
 8. Ortega Aparco AF. Complicaciones Obstetricas y Perinatales en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital de Pichanaqui, periodo de enero-diciembre del 2018. Univ Priv Huancayo Frankl Roosevelt [Internet]. 18 de julio de 2019 [citado 26 de junio de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.uroosevelt.edu.pe/handle/ROOSEVELT/166>
 9. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 7.^a ed. Mc Graw Hill Education; 2018.
 10. Rivas Marret KB, Torres Almache JP. Estudio comparativo de los factores de riesgo obstétrico y perinatal entre pacientes gestantes adolescentes y adultas. 2020 [citado 26 de junio de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/51535>
 11. Munguía-Mercado TY, Gutiérrez-Padilla JA, Padilla-Muñoz H, Gutiérrez-González H, Pérez-Rulfo-Ibarra D, Angulo-Castellanos E, et al. Complicaciones perinatales de neonatos hijos de madres adolescentes y añosas. Rev Médica MD. 17 de octubre de 2018;9.10(3):214-9.
 12. Buelvas Ochoa YM, Romero JB, Banda CJC. Resultados maternos y neonatales en mujeres con trastornos hipertensivos en embarazos lejos del término. Rev Colomb Enferm. 13 de julio de 2021;20(1):e032-e032.
 13. Baldeón Córdova AI, Villalva Choez IM. Riesgos obstetricos en gestantes con edades extremas (menores de 15 años; mayores de 35 años) atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil, Agosto 2018– enero 2019. [Internet] [Thesis]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Obstetricia; 2019 [citado 11 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/42249>

14. Berrocal Montejo OA. Comparación de riesgo materno perinatal entre gestantes añosas y gestantes adolescentes Instituto Nacional Materno Perinatal 2012 – 2015. 2019.
15. Pasos Baño AM. Riesgo obstétrico en el embarazo adolescente: estudio comparativo del riesgo obstétrico y perinatal con embarazadas adultas, Hospital Provincial Martín Icaza, Babahoyo, Ecuador - 2014. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2017 [citado 31 de julio de 2022]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/6941>
16. Flores Díaz F, Gil Tenazoa JA. Complicaciones maternas y neonatales durante el embarazo, parto y puerperio: Estudio comparativo en gestantes de edad extrema y óptima. Hospital Amazónico de Yarinacocha, marzo – agosto 2018. Univ Nac San Martín - Tarapoto [Internet]. 2019 [citado 31 de julio de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/3608>
17. Diaz Córdova D. Gestante adolescente y gestante añosa como factores de riesgo para desarrollar embarazo gemelar en pacientes del Hospital Belén de Trujillo. Univ Priv Antenor Orrego [Internet]. 2018 [citado 31 de julio de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/3950>
18. Medina Zuñiga JS. Edad Materna Extrema Como Factor Asociado A Cesárea En Gestantes Atendidas En El Hospital Santa Rosa, Lima 2019. Univ Priv S Juan Baut [Internet]. 2021 [citado 31 de julio de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/3123>
19. López Véliz MJ. Edad materna extrema como factor de riesgo para parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2017. Univ Nac Mayor San Marcos [Internet]. 2018 [citado 31 de julio de 2022]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/9382>
20. Rupay Cosi AN, Vargas Osorio NA. Complicaciones maternas y perinatales en gestantes de edades extremas en un Hospital de Huancayo 2018. Univ Peru Los Andes [Internet]. 2019 [citado 31 de julio de 2022]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2888231>

21. Diaz Córdova D. Gestante adolescente y gestante añosa como factores de riesgo para desarrollar embarazo gemelar en pacientes del Hospital Belén de Trujillo. Univ Priv Antenor Orrego - UPAO [Internet]. 2018 [citado 11 de octubre de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/3950>
22. Ruiz GF. Propuesta de mejora de métodos de trabajo en el proceso de producción de espárrago verde fresco para incrementar la productividad de la asociación agrícola Compositan Alto [Internet]. Trujillo: Universidad Privada del Norte; 2018. Disponible en: <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/13349>
23. González AI, Reyes VGA, Izcoa AR, Rivera GV, Mejía WR, Rivera EV, et al. Incremento del riesgo obstétrico en embarazo adolescente. Estudio de casos y controles. Arch Med. 2016;12(4):3.
24. Cabrera JAC, Cosmelli MIB. Manual Obstetricia y Ginecología. Décima Edición. (2019):652.
25. Friel L. Anemia en el embarazo - Ginecología y obstetricia [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2022 [citado 26 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-no-obst%C3%A9tricas-durante-el-embarazo/anemia-en-el-embarazo>
26. Berrocal Montejó OA. Comparación de riesgo materno perinatal entre gestantes añosas y gestantes adolescentes Instituto Nacional Materno Perinatal 2012 – 2015. Univ Priv S Juan Baut [Internet]. 2019 [citado 26 de junio de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/2103>
27. Carvajal JA, Barriga MI. Manual Obstetricia y Ginecología. XIII. 2022.
28. Palomarez González CD. COMPARACIÓN DE LOS POLIMORFISMOS -5312 C/T EN EL ENHANCER CORIÓNIC Y -11003 G/A EN EL ENHANCER RENAL DEL GEN REN ENTRE MUJERES CON PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA Y EMBARAZO NORMO-EVOLUTIVO [Internet] [Thesis]. 2011 [citado 26 de junio de 2022]. Disponible en: <http://www.repositoriodigital.ipn.mx/handle/123456789/16124>

29. Palmero-Picazo J, Rodríguez-Gallegos MF, Martínez-Gutiérrez R. Crisis hipertensiva: un abordaje integral desde la atención primaria. 2019;22(1):27-38.
30. Jaramillo Castillo MS, Segura Andagua AX. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL [Internet]. 2020. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/7256/1/TESIS%20M%c3%b3nica%20Susana%20Jaramillo%20Castillo%20%20Y%20Alexandra%20Ximena%20Segura%20-MED.pdf>
31. Cabrera M, Giagnoni MI. Diabetes gestacional [Internet]. Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería.; 2011 [citado 26 de junio de 2022]. Disponible en: <https://bdigital.uncu.edu.ar/6022>
32. Arizapana Zamata CA. Factores de riesgo asociados a placenta previa en gestantes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano - Juliaca durante el año 2018. Univ Nac Altiplano [Internet]. 24 de septiembre de 2020 [citado 26 de junio de 2022]; Disponible en: <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3279200>
33. Meneses Ochoa JR, Guerra Remuzgo NE. AMENAZA DE PARTO PREMATURO. HOSPITAL REZOLA, CAÑETE. Univ Priv Ica [Internet]. 15 de octubre de 2020 [citado 26 de junio de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.upica.edu.pe/xmlui/handle/123456789/548>
34. Ruíz Vásquez RJ. Complicaciones maternas y perinatales en gestantes añosas atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar. Enero 2015 a diciembre 2015. Univ Científica Perú [Internet]. 30 de enero de 2018 [citado 26 de junio de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/482>
35. Meléndez Falcon J. Factores asociados a rotura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital II-1 Rioja, 2018. Repos Académico USMP [Internet]. 2021 [citado 26 de junio de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/7046>
36. Barrozo M, Pressiani G. Descripción: Embarazo adolescente entre 12 y 19 años [Internet]. 2011 [citado 26 de junio de 2022]. Disponible en:

https://repositoriosdigitales.mincyt.gob.ar/vufind/Record/BDUNCU_8b9012ce819eaa4abb9f4e277f69ec5e

37. Zumaeta Silva TM. Complicaciones obstétricas en gestantes añosas atendidas en el Hospital Regional de Loreto julio - diciembre 2018. Univ Científica Perú [Internet]. 9 de marzo de 2020 [citado 27 de junio de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/978>
38. Munguía TY, a-Mercado, Gutiérrez JA, rrez-Padilla, Gutiérrez H I, rrez-González, et al. Complicaciones perinatales de neonatos hijos de madres adolescentes y a osadas/Perinatal complications in newborns of adolescent and aged mothers. Rev Medica MD. 1 de febrero de 2018;9(3):215-20.
39. Grisol a LP, Busselo IS, Murgiondo MI. El recién nacido de bajo peso. :7.
40. García-Alix A, Biarge MM, Arnaez J, Valverde E, Quero J. Asfixia intraparto y encefalopatía hipóxico-isquémica. :11.
41. García-Alix A, Martínez Biarge M, Arnaez J, Valverde E, Quero J. Asfixia intraparto y encefalopatía hipóxico-isquémica. 2008; Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/26.pdf>
42. Velasco VM, Martínez O, Verónica A, Roiz J. Muestreo y tamaño de la muestra. Una guía práctica para personal de salud que realiza investigación. [Internet]. Córdoba: El Cid Editor; 2003 [citado 18 de julio de 2022]. Disponible en: <http://site.ebrary.com/id/10022810>

VII. ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos obtenidos en esta ficha de recolección de datos serán tomados de las historias clínicas y se considerarán los siguientes criterios.

1. Edad:

_____ Años.

2. Tipo de Parto

Tipo de Parto	Detalle	Si	No
Parto Vaginal			
Parto por Cesárea			

3. Anemia

Anemia	Valor	Si	No
Primer trimestre: Hb < 11 g/dL			
Segundo trimestre: Hb < 10,5 g/dL			
Tercer trimestre: Hb < 11 g/dL			

4. Hipertensión arterial gestacional

Hipertensión arterial gestacional	Valor	Si	No
Presión arterial $\geq 140/90$			
Mayor de las 20ss gestación			
Persistencia después de las 12 semanas			

5. Preeclamsia

Preeclamsia	Valor	Si	No
PA \geq 140/90mmhg			
Proteinuria (>300 mg/día)			
Elevación de transaminasas (TGO-TGP)			
Trombocitopenia (< 100.000plaquetas x ml)			
Aumento de la creatinina sérica (> 1.1 mg/dL)			
Índice de proteínas/creatinina> 0,3.			

6. Eclampsia

Eclampsia	Valor	Si	No
PA140/90mmhg			
Convulsiones			
Proteinuria (>300 mg/día)			
Test de ácido salicílico			
Elevación de transaminasas (TGO-TGP)			
Trombocitopenia (< 100.000plaq x ml)			
Aumento de la creatinina sérica (> 1.1 mg/dL)			
Índice de proteínas/creatinina> 0,3.			

7. Crisis Hipertensiva

Crisis Hipertensiva	Valor	Si	No
PAD>110mmHg/PAS> 160mmHg.			

8. Síndrome de HELLP

Síndrome de HELLP	Valor	Si	No
Bilirrubina total > de 1.2mg/dl			
Transaminasas séricas >70u/l			
Plaquetas < 100 000 mm ³			

9. Diabetes mellitus gestacional

Diabetes mellitus gestacional	Valor	Si	No
Glicemia en ayuno < 92 en la primera consulta			
Glicemia en ayuno < 92 en la primera consulta + repetición de glucosa en ayuno en las 24-28 semanas >92mg/dl			
2 glicemias de ayuno (105 mg/dL o o Glicemia 140 mg/dL a las 2 horas con TTG con 75 g)			

10. Placenta Previa

Placenta Previa	Tipo placenta	Si	No
Sangrado vaginal sin dolor			
Ecografía TV(marginal, oclusiva, inserción baja)			

11. Parto prematuro

Parto prematuro		Si	No
Edad gestacional 22-36 6/7 semanas			
Contracciones uterinas			
Modificaciones cervicales			

12. Ruptura Prematura de Membranas

Ruptura Prematura de Membranas	Detalles	Si	No
Pérdida de líquido amniótico vaginal			
Presencia de LA en la vagina(espéculo)			
Salida de LA a través del orificio cervical externo(espéculo)			
Nitrazina (positiva- negativa)			

13. Retardo del crecimiento intrauterino

Retardo del crecimiento intrauterino	Detalles	Si	No
Conocimiento preciso de la edad gestacional			
Compromiso fetal (ecografía)			
Ecografía (diagnóstico por biometría fetal de RCIU)			
RCIU Simétrico			
RCIU Asimétrico			

14. Asfixia

Asfixia	Valor	Si	No
Clínica de asfixia(daño hepático, renal y neurológico)			
PH de cordón umbilical < 7.			
Apgar <3 a los 5 minutos.			

15. Recién nacido prematuro

Recién nacido prematuro	Valor	Si	No
RN de 28 semanas y <37 semanas de gestación			

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES ASOCIADOS A GESTANTES CON EMBARAZO ADOLESCENTE Y/O AÑOSO EN EL HOSPITAL LA CALETA 2021

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	medicina.uc.cl Fuente de Internet	3%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
3	tesis.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	www.slideshare.net Fuente de Internet	1%
5	1library.co Fuente de Internet	1%
6	www.fucsalud.edu.co Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
8	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	<1%

9	repositorio.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
10	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1 %
11	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
12	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	<1 %
13	id.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
14	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
15	www.grafiati.com Fuente de Internet	<1 %
16	repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
17	doaj.org Fuente de Internet	<1 %
18	Submitted to Universidad Autónoma de Ica Trabajo del estudiante	<1 %
19	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	<1 %
20	prezi.com	

	Fuente de Internet	<1 %
21	repositorio.uns.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
22	repositorio.udch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
23	repositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
24	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1 %
25	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Ecuador - PUCE Trabajo del estudiante	<1 %
26	Submitted to unsaac Trabajo del estudiante	<1 %
27	fdocuments.net Fuente de Internet	<1 %
28	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %
29	www.raymundomotter.com.ar Fuente de Internet	<1 %
30	es.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
31	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

		<1 %
32	www.manuela.org.pe Fuente de Internet	<1 %
33	mriuc.bc.uc.edu.ve Fuente de Internet	<1 %
34	repositorio.unan.edu.ni Fuente de Internet	<1 %
35	repositorio.unasam.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
36	repositorio.unu.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
37	www.msmanuals.com Fuente de Internet	<1 %
Excluir citas	Activo	Excluir coincidencias < 5 words
Excluir bibliografía	Activo	



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Yuli Castillo Qulliche
Título del ejercicio: INFORME FINAL
Título de la entrega: COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES ASOCIADOS...
Nombre del archivo: UNIVERSIDAD_NACIONAL_DEL_SANTA_TESIS_1.docx
Tamaño del archivo: 375.68K
Total páginas: 41
Total de palabras: 8,153
Total de caracteres: 43,727
Fecha de entrega: 28-feb.-2023 10:55p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega... 2025861192

