



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA

TESIS, PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA DE  
ENFERMERÍA

TEMA: Riesgos obstétricos y perinatales en embarazadas mayores de 35 años  
atendidas en el Hospital San Vicente de Paul 2016.

AUTORA: Jessica Yesenia Morales Quilca

DIRECTORA DE TESIS: Msc. Gladys Edelmira Morejón Jácome

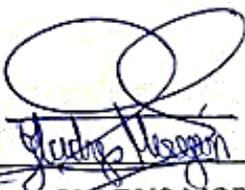
IBARRA – ECUADOR

2017

## CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada “RIESGOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES EN EMBARAZADAS MAYORES DE 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL-2016...”, de autoría MORALES QUILCA JESSICA YESENIA, para la obtener el Título de Licenciado en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, Mayo 2017



MSC. GLADYS MOREJÓN  
DIRECTORA DE TESIS



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**  
**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN**

**A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

**1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA.**

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

<b>DATOS DE CONTACTO</b>	
<b>Cédula de identidad:</b>	1003559026
<b>Apellidos y nombres:</b>	Morales Quilca Jessica Yesenia.
<b>Dirección:</b>	Santa Rosa del Tejar.
<b>Email:</b>	Jessicamq25@hotmail.com
<b>Teléfono fijo:</b>	06-2-653-315
<b>Teléfono móvil:</b>	0982262491

<b>DATOS DE LA OBRA</b>	
<b>Título:</b>	Riesgos obstétricos y perinatales en embarazadas mayores de 35 años atendidas en el Hospital San Vicente de Paul 2016.
<b>Autor:</b>	Jessica Yesenia Morales Quilca
<b>Fecha:</b>	2017/05/05
<b>Solo para trabajos de grado</b>	
<b>Programa:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Posgrado
<b>Título por el que opta:</b>	Licenciatura en Enfermería
<b>Director:</b>	Msc. Gladys Morejón.

## **2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD**

Yo, **Jessica Yesenia Morales Quilca**, con cédula de ciudadanía Nro.**100355902-6**; en calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con Ley de Educación Superior Artículo 144.

## **3. CONSTANCIAS**

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, 04 de Mayo del 2017

**AUTORA:**

A handwritten signature in blue ink that reads "Jessica Morales" is written over a horizontal line.

**Jessica Yesenia Morales Quilca**

**AUTORA C.I.: 100355902-6**

**ACEPTACIÓN:**

**Facultado por resolución del H. Consejo Universitario**



**CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO  
DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

Yo, **Jessica Yesenia Morales Quilca**, con cédula de ciudadanía Nro. **100355902-6**; manifiesta la voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor de la obra o trabajo de grado denominada **“RIESGOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES EN EMBARAZADAS MAYORES DE 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- 2016..”**, que ha sido desarrollado para optar por el título de Licenciatura en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 04 días del mes de Mayo 2017.

**Autora**

**Jessica Yesenia Morales Quilca.**

**C.I.: 100355902-6**

## REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN

Fecha: Ibarra, 02 de Mayo del 2017

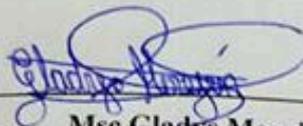
**Jessica Yesenia Morales Quilca** "Riesgos obstétricos y perinatales en embarazadas mayores de 35 años atendidas en el Hospital San Vicente de Paul 2016." Ibarra, 2017." / TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, Mayo del 2017.

**DIRECTOR:** Dr. Gladys Morejón

El principal objetivo de la presente investigación fue,

Determinar los riesgos obstétricos y perinatales en embarazadas mayores de 35 años atendidas en el Hospital San Vicente de Paul, periodo 2016. Entre los objetivos específicos se encuentran; Caracterizar socio demográficamente el grupo en estudio. Identificar los riesgos obstétricos y perinatales más frecuentes en embarazadas mayores de 35 años. Verificar la tasa de embarazos en mujeres mayores de 35 años. Diseñar estrategias de prevención dirigidas a mujeres embarazadas en periodo reproductivo.

Fecha: Ibarra, a los 04 días del mes de Mayo del 2017.



**Msc. Gladys Morejón**

**Directora de Tesis**



**Jessica Morales Quilca**

**Autora**

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi madre, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones.

A mi padre por su amor, por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar dispuesto a escucharme y ayudarme en cualquier momento, a mi hermano y a mi novio por apoyarme y ayudarme en los momentos más difíciles.

**Jessica Yesenia Morales Quilca**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida, en segundo lugar, a cada uno de los que son parte de mi familia a mi padre, mi madre, a mi hermano, a mi amiga Ale por siempre haberme dado su fuerza y apoyo incondicional que me han ayudado y llevado hasta donde estoy ahora.

A mi DIRECTORA DE TESIS Msc. Gladys Morejón por guiarme con sus conocimientos, por su paciencia y dedicación para ayudarme en el desarrollo de este trabajo de investigación

A la Universidad Técnica del Norte, quien me vio formarme en el transcurso de mi camino en la Carrera de Enfermería, por permitirme culminar con mis estudios y alcanzar mí meta.

**Jessica Yesenia Morales Quilca**

## ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS .....	¡Error!
<b>Marcador no definido.</b>	
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN .....	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO;¡Error! Marcador no definido.	
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO .....	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA .....	viii
AGRADECIMIENTO .....	ix
ÍNDICE GENERAL.....	x
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	xiii
RESUMEN.....	xiv
SUMMARY .....	xv
TEMA .....	xvi
CAPÍTULO I.....	1
1. El problema de investigación .....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.3. Justificación .....	4
1.4. Objetivos.....	5
1.4.1 Objetivo General .....	5
1.4.2. Objetivos específicos .....	5
1.5.- Preguntas de investigación .....	6
CAPÍTULO II .....	7
2. Marco Teórico .....	7

2.1. Marco referencial.....	7
2.2. Marco Contextual .....	9
2.2.1 Área de ginecología y obstetricia.....	10
2.2.2 Servicios que ofrece el Hospital San Vicente de Paúl .....	10
2.3. Marco Conceptual.....	11
2.3.1 El embarazo.....	11
2.3.2 Edad Fértil.....	12
2.3.3 Edad gestacional.....	12
2.3.4 Control Prenatal .....	13
2.3.5 Alto riesgo obstétrico .....	14
2.3.6 Clasificación de los embarazos de alto Riesgo: .....	15
2.3.7 Gestación en Madre Añosa .....	15
2.3.8 Implicaciones de ser Primigesta de edad Avanzada .....	16
2.3.9 Riesgos en la Gestante Añosa .....	17
2.3.10 Clasificación de la enfermedad hipertensiva en el embarazo .....	18
2.4. Marco Legal.....	24
2.4.1 Constitución de la República del Ecuador .....	24
2.4.2 Plan Nacional del Buen Vivir .....	27
2.4.3 Objetivos del milenio .....	27
2.5 Marco Ético.....	28
2.5.1 Código de Ética de la Federación Ecuatoriana de Enfermeras/os del Ecuador .....	28
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>30</b>
3. Metodología de la Investigación .....	30
3.1. Diseño de la investigación .....	30
3.2. Tipo de investigación.....	30

3.3 Métodos .....	30
3.4 Localización y ubicación del estudio.....	31
3.5 Población .....	31
3.5.1 Muestra.....	31
Criterios de inclusión y exclusión.....	32
3.6 Operacionalización de las variables.....	33
3.7 Métodos de recolección de información.....	38
3.8 Técnicas e Instrumentos: .....	38
3.8.1 Técnicas.....	38
3.8.2. Instrumentos.....	38
3.9 Análisis de datos .....	38
CAPÍTULO IV.....	39
4. Resultado de la investigación .....	39
4.1. Características obstétricas .....	42
CAPÍTULO V .....	50
5.1. Conclusiones.....	50
5.2 Recomendaciones .....	51
BIBLIOGRAFÍA .....	52
ANEXOS .....	61

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Gráfico 1 .Distribución poblacional según frecuencia de embarazos en mayores de 35 años. ....	39
Gráfico 2 Distribución poblacional según la edad, etnia, instrucción y ocupación ...	40
Gráfico 3 Distribución población según número de gestas.....	42
Gráfico 4 Distribución poblacional según edad gestacional .....	43
Gráfico 5 Distribución poblacional según control prenatal .....	44
Gráfico 6 Distribución poblacional según tipo de parto .....	45
Gráfico 7 Distribución poblacional según Trastornos Hipertensivos .....	46
Gráfico 8 Distribución poblacional según Complicaciones obstétricas.....	47
Gráfico 9 Distribución poblacional según Complicaciones perinatales .....	48
Gráfico 10 Distribución poblacional según anomalías genéticas .....	49

Riesgos obstétricos y perinatales en embarazadas mayores de 35 años atendidas en el Hospital San Vicente de Paul 2016.

Jessica Morales  
Jessicamq25@hotmail.com

## RESUMEN

La Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras definió a la edad materna avanzada a los 35 años, considerada como un riesgo obstétrico para complicaciones materno-perinatales. La presente investigación se realizó en con el objetivo de determinar los riesgos obstétricos y perinatales en embarazadas mayores de 35 años, la metodología que se utilizó fue observacional, descriptiva y de corte transversal con un enfoque cuantitativo; para la recopilación de información se utilizó una guía de observación a través de la cual se registró los datos sociodemográficos y los riesgos tanto obstétrico como perinatales, la información fue tomada de 12 meses, basada en los registros de las Historias Clínicas, de una muestra constituida por 172 casos, entre los principales resultados se tiene que las madres añosas representan el 12% del total de partos atendidos en esta casa de salud, el 76% fueron multigestas, presentaron edad gestacional de 38 semanas, se realizaron más de 5 controles prenatales, la terminación de embarazo fue por cesárea y en lo referente a los riesgo podemos evidenciar que las pacientes presentaron un 63% preeclampsia, un 26.79% hipertensión gestacional, un 7,14% síndrome de Hellp; el 3.75% presentó, eclampsia, 12.20% ruptura prematura de membranas, 6% amenaza de parto pre término, un 4% diabetes gestacional, un 12.33% placenta previa, y el 3.48% embarazo gemelar en cuanto a las complicaciones perinatales se evidencia que existe un mayor riesgo de bajo peso al nacer con un porcentaje de 23,24%; el 15 % riesgo de compromiso de bienestar fetal, prematuridad con 9.%, síndrome de dificultad respiratoria 9%, óbito fetal 3%, síndrome de Down y polidactilia 0.58%.

**Palabras claves:** gestante mayor de 35 años, riesgos obstétricos y perinatales.

## SUMMARY

The International Gynecologists and Obstetricians federation defined thirty five years old as advanced maternal age and obstetric risk for maternal-perinatal complications. This research was carried out to determine the obstetric-perinatal risks for pregnant women over thirty five years old. The methodology was observational, descriptive and cross-sectional with a quantitative approach; to collect information, an observation guide was used to get sociodemographic data, so the obstetric and perinatal risks were recorded. The information was taken for 12 months, it was based on the records of the Clinical Histories, the sample was 172 cases, the main results were that the mothers aged over 35 years old represented 12% of the total number of deliveries attended in this health home, 76% were multiple-gestive, they presented 38 weeks of gestational age, they had more than 5 prenatal controls. They finished their pregnancy by cesarean and in relation to their risk, it was known that 63% of these patients suffered preeclampsia, 26.79% gestational hypertension, 7.14% Hellp syndrome; 3.75% eclampsia, 12.20% premature rupture of membranes, 6% preterm delivery, 4% gestational diabetes, 12.33% afterbirth, and 3.48% twins pregnancy, it was in terms of perinatal complications. Therefore, there is a higher risk of low weight birth in a percentage of 23.24%; 15% of fetal wellbeing risk, 9% of prematurity, 9% of respiratory distress syndrome, 3% of fetal death and 0.58% of Down syndrome and polydactyly.

Key words: pregnant older than 35 years, obstetric and perinatal risks.

## **TEMA**

Riesgos obstétricos y perinatales en embarazadas mayores de 35 años atendidas en el Hospital San Vicente de Paul 2016.

## **CAPÍTULO I**

### **1. El problema de investigación**

#### **1.1. Planteamiento del problema**

Hasta hoy en la actualidad existen cifras alarmantes que demuestran que la edad materna constituye un factor de riesgo muy importante en todo el proceso del embarazo, parto y puerperio. El embarazo trae consigo complicaciones obstétricas y perinatales tanto en mujeres menores de 18 años como en mujeres mayores de 35 años, siendo estos embarazos denominados como embarazo en edad materna avanzada. (1)

Según la Organización Mundial de la Salud cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por complicaciones que se producen durante el embarazo, parto y puerperio, cabe recalcar que la atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. La mortalidad materna mundial se ha reducido alrededor del 44% entre el año 1990 y 2015 (2)

La muerte materna ha ido disminuyendo con el paso de los años, en el año 2000 la tasa de mortalidad materna a nivel mundial fue de 341 fallecidas, en el 2005 fue de 282, en el 2010 fue de 246 y en el 2015 de 216 muertes maternas. El 99% de las muertes maternas que se registran en el mundo corresponden a los países en desarrollo y las principales complicaciones, causantes del 80% fueron las hemorragias graves en el postparto, infecciones postparto, hipertensión gestacional como pre eclampsia y eclampsia y abortos. (3) (4)

Según la Organización Panamericana de la Salud cada día fallecen en la región alrededor de 16 mujeres por causas relacionadas con el embarazo o el parto, la mayoría de las cuales se pueden evitar. Las hemorragias son una de sus principales causas, se estima que el 8,2% de las mujeres que dan a luz en América Latina

sufrirán una hemorragia postparto grave que requerirá una transfusión. Entre 1990 y 2010, la mortalidad materna en América Latina se redujo 43% y 30% en el Caribe. Sin embargo, ese progreso no alcanzaría para lograr el 75% de reducción acordado para 2015 por los países del mundo en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de Naciones Unidas. (5)

La OMS, el UNICEF y el UNFPA, realizaron con anterioridad tres intentos de desarrollar estimaciones de la mortalidad materna internacionalmente comparables en 1990, 1995 y 2000 desde una perspectiva que englobara diferentes fuentes de datos. La muerte materna en el Ecuador en el año 1990 fue de 185, observándose una gran disminución en el año 2015 siendo de 64 muertes maternas. (6) (7)

En la actualidad el número de embarazos en los extremos de la vida a tenido un incremento importante, sobre todo en mujeres de edad materna avanzada mayores de 35 años, las cuales al tener un mayor porcentaje de participación en los entornos de la sociedad han priorizado factores como estudios, trabajo y viajes antes que adoptar el rol de madre. En Ecuador según publicación del Diario El Comercio, (8) 2017 del 6 de marzo del 2017, aumentó el número de nacidos vivos en mujeres de entre 40 y 49 años en los últimos seis años, el 2010 se registraron 7.691 nacimientos, mientras que en el 2014 se contabilizaron 8.416. En el primer semestre del 2015 hubo 7.159. Aunque las cifras suenan alentadoras este tipo de embarazo es considerado como embarazo de alto riesgo.

El embarazo y el parto son procesos totalmente naturales. Sin embargo, en determinadas condiciones y circunstancias la gestante presenta mayores, riesgos de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. La mayoría de las muertes maternas son evitables. Existen soluciones sanitarias para prevenir o tratar complicaciones. Es por ello que todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas (9)

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuáles son los riesgos obstétricos y perinatales en embarazadas mayores de 35 años atendidas en el Hospital San Vicente de Paul 2016?

### **1.3. Justificación**

La presente investigación se realizó con la finalidad de dar a conocer los riesgos obstétricos y perinatales en embarazadas mayores de 35 años, realizado en el Hospital San Vicente de Paul se considera que la investigación es oportuna y reformadora ya que da a conocer las complicaciones de tener un embarazo en edades tardías, y esto conllevan a mayores tasas de morbi-mortalidad.

La identificación y socialización de los riesgos obstétricos y perinatales asociados a este tipo de embarazo permite mitigar el riesgo, así como, prevenir y detectar oportunamente las complicaciones tanto obstétricas y perinatales; como preeclampsia, eclampsia, partos prematuros, síndrome de Down entre otros. Bajar el porcentaje de mortalidad materna, así como, mejorar la calidad de vida en las mujeres mayores de 35 años que decidieron adoptar un rol de madres debió ser una constante investigativa de los y las personas asociadas al cuidado de la salud, incrementando el beneficio a las mujeres en edad gestante y familias que forman parte de ellas.

En el hospital San Vicente de Paúl no existen registros previos de estudios orientados a la identificación de riesgos obstétricos y perinatales en mujeres mayores de 35 años. Mediante este estudio se proyecta orientar a las pacientes hacia una información objetiva basada en la recolección de datos históricos, y experiencia de los profesionales de la salud, con el objetivo de aportar a la consecución de una sociedad más justa y equitativa.

Para Ello los beneficiarios directos de la investigación son las mujeres en edad fértil, la familia; indirectamente el hospital San Vicente de Paul y la sociedad, y así ayudara a mejorar esta problemática de salud.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo General**

Determinar los riesgos obstétricos y perinatales en embarazadas mayores de 35 años atendidas en el Hospital San Vicente de Paul, periodo 2016.

### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Caracterizar socio demográficamente el grupo en estudio.
- Identificar los riesgos obstétricos y perinatales más frecuentes en embarazadas mayores de 35 años.
- Verificar la tasa de embarazos en mujeres mayores de 35 años.
- Diseñar estrategias de prevención dirigidas a mujeres en periodo reproductivo.

### **1.5.- Preguntas de investigación**

- ¿Cuáles son las características socio demográficas de la población en estudio?
- ¿Cuáles son los riesgos obstétricos y perinatales más frecuentes en embarazadas mayores de 35 años?
- ¿Cuál es la tasa de embarazos en mujeres de 35 años en relación al total de nacidos vivos en el periodo de estudio?
- ¿La educación continua en prevención dirigida a mujeres en periodo reproductivo disminuye los riesgos obstétricos y perinatales?

## CAPÍTULO II

### 2. Marco Teórico

#### 2.1. Marco referencial

Según el estudio realizado por Peña William et al, en el año 2010 en Embarazadas del Hospital Regional de Huacho tuvo como objetivo determinar los riesgos y complicaciones de la primigesta añosa. Se obtuvo como resultado que las primigesta mayores de 35 años pueden contribuir a las causas de morbimortalidad materna infantil, afecciones médicas y obstétricas lo que puede ocasionar complicaciones al momento del parto y riesgo de salud del recién nacido, las mismas que se plasmas en los siguientes porcentajes el 6,9% hipertensión inducida el 4,2 % hemorragias del primer trimestre y en índices más altos el 68,5% de los partos fueron por cesárea, el 13,8% de recién nacidos fueron de bajo peso, el 11,1 % tuvieron hiperbilirrubinemia y el 4,2 % patologías neurológicas (10).

Baranda Nájera et al, en el año 2013, analizó los resultados obstétricos del embarazo en mujeres añosas en el Hospital de la Mujer; esta investigación se realizó a 113 embarazadas, en la cual se demostró que en el primer trimestre hubo un 24,82% de abortos, en el segundo trimestre el 25,66% que representa a 29 pacientes tenía diabetes gestacional, 41,37% que refleja 12 pacientes tenía hipertensión gestacional y 20,61% que plasma 6 pacientes tenía ruptura prematura de membranas. Para el tercer trimestre de gestación 10 pacientes que corresponden al 8,84% presentaron pre eclampsia severa y tan solo un paciente que representa al 10,0% mostro patologías como placenta previa, oligohidramnios severo. De los embarazos estudiados 85 nacieron vivos, siendo el 38,82% vía vaginal y 61,18% por cesárea. Cabe recalcar que en el estudio existe una relación entre mujeres añosas embarazadas y riesgo de parto por cesárea, además del aumento de diabetes gestacional, y el riesgo de prematures, por lo que se debería reportar a las personas de los riesgos de un embarazo a edad mayor de 35 años (11)

Iván García et al, en el año 2010 en su estudio sobre Riesgos del embarazo en la edad avanzada en el Policlínico de Falcón tuvo como objetivo identificar las características demográficas y obstétricas de las embarazadas añosas y también indicar las causas de morbilidad materna. Como resultados se obtuvieron 176 nacimientos de los cuales 21 que corresponden al 11,93% fueron mujeres añosas, 74 que corresponden al 42,86% sufrían de sobrepeso, 67 que corresponden al 38,09% eran obesas y del grupo de control 57,14% con peso normal. Referente a los antecedentes patológicos personales los datos más relevantes en el grupo de estudio fueron el 57,14% con hipertensión arterial crónica, 28,57% asma bronquial y 23,81% para el grupo de control. En las causas de morbilidad durante el embarazo las más influyentes fueron, trastornos hipertensivos gestaciones 42,86% en el grupo de estudio y 16,67% en el grupo de control (12).

Anna Kristell Nolasco et al, en el año 2012 analizo los Hallazgos perinatales de embarazos en edad avanzada, tuvo como objetivo dar a conocer los riesgos materno-fetales que conlleva un embarazo a partir de los 40 años, para esto se tomó en cuenta a 167 pacientes con edades de 40 años en adelante, esto represento un 0,72% del total de pacientes atendidas, un 24,8% de 144 pacientes, que no presentaba ninguna complicación en el inicio de la gestación pero presento durante la gestación tanto complicaciones obstétricas como perinatales, los resultados más relevantes fueron, un 17,3% con diabetes gestacional, un 10,4% con trastorno hipertensivo por el embarazo y un 11% ruptura prematura de membranas se consideró que el promedio de semanas de gestación fue de 38, en cuanto a los nacimientos el 71,2% fue por cesárea, 21/170 de los recién nacidos que representa el 12.3%, presentaron prematures, el 23,8% retención de líquido pulmonar, el 2.9% de malformaciones congénitas y un 9,52%. Asfixia perinatal (13).

Balestena Sánchez, et al, examino La edad materna avanzada como elemento favorecedor de complicaciones obstétricas y del nacimiento, para esto se tomó en cuenta a 11497 pacientes en estado de gestación del hospital general docente Abel Santamaría Cuadrado, se tomaron dos grupos, el primero de mujeres añosas y el segundo correspondía a mujeres entre 25 y 30 años, y de ahí se consideró los

primeros 15 y 30 nacimientos de cada mes respectivamente, que dieron como resultado un 92,8 % multíparas y un 71 % primigesta, las complicaciones que presentaron durante la gestación del grupo de mujeres añosas demostró el 34,4% y 26% del grupo de control presento anemia durante el embarazo, también se pudo evidenciar la presencia de hipertensión inducida en él embarazo con un porcentaje de 11,4 % para el grupo de estudio y un 2.2% para el grupo de control, además, diabetes gestacional con un porcentajes correspondientes al 3,3% para el grupo de estudio y 1.1% para el grupo de control y en un porcentaje menor en el grupo de estudio tenemos 1,1% con placenta previa y polihidramnios. Un 13,1% y 7,6 % corresponde a la morbilidad materna intraparto y 26,7% y 16,4% representa la morbilidad materna puerperal de mujeres añosas y del segundo grupo respectivamente. (14)

## **2.2. Marco Contextual**

Esta investigación se efectuó en el Hospital San Vicente de Paul” ubicado en la Provincia de Imbabura, el cual en la actualidad consta de 166 camas distribuidas las diferentes especialidades, mismas que están conformadas con personal de salud capacitado con la finalidad de brindar atención de calidad y calidez a la población.

- **Misión** Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social. (15)
- **Visión.** - Ser reconocidos por la ciudadanía como hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y recursos públicos de forma eficiente y transparente. (16)

### **2.2.1 Área de ginecología y obstetricia**

El servicio atiende en la especialidad ginecología a las mujeres ecuatorianas, teniendo como objetivo procurar la más alta calidad de servicios en el área desde el punto científico, tecnológico y humano, a fin de educar, prevenir y recuperar la salud de las usuarias, cuenta con 40 camas. (17)

#### **Personal**

Está conformado por 5 médicos especialistas, y 7 médicos residentes

### **2.2.2 Servicios que ofrece el Hospital San Vicente de Paúl**

- Especialidades quirúrgicas:
  - Cirugía general
  - Cirugía plástica
  - Cirugía ginecológica
  - Otorrinolaringológica
  - Urológica
  - Traumatología
  
- Especialidades clínicas:
  - Medicina interna
  - Gastroenterología
  - Nefrología
  - Cardiología
  - Geriátrica Clínica
  - Dermatología
  - Psicología

- Infectología
- Proctología
- Unidades de apoyo diagnóstico y terapéutico:
  - Farmacia
  - Laboratorio Clínico
  - Imagenología
  - Rehabilitación Y Terapia Física
  - Salud Mental
  - Nutrición Clínica
- Unidades críticas:
  - Emergencias
  - Centro Quirúrgico
  - Unidad de Terapia Intensiva
  - Unidad de Terapia Intensiva Y Neonatales

## **2.3. Marco Conceptual**

### **2.3.1 El embarazo**

Estado de la mujer en el cual se desarrolla el feto en el útero comprende desde la fecundación hasta el parto o expulsión del feto al exterior (18) (19). Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo se inicia cuando se termina la implantación del embrión en el útero completándose el proceso de fecundación y finaliza en el momento del parto. Se producen significativos cambios fisiológicos, morfológicos y metabólicos en la mujer, para permitir el desarrollo, nutrición y protección del feto en el interior del útero. (20)

### **2.3.2 Edad Fértil**

Según el Ministerio de Salud Pública la edad reproductiva está comprendida entre 12 y 49 años, considerando como edad óptima reproductiva entre 15 y 34 años.

La mejor edad reproductiva de una mujer es alrededor de los 20 años, esto asociado a la mejor calidad de óvulos y mayor reserva ovárica, así como también a la menor tasa de complicaciones, por lo general, las mujeres comienzan a experimentar una disminución en su fertilidad a partir de los 30 años, esta disminución de la fecundidad se atribuye a distintas causas, incluyendo cambios en los ovocitos, disminución de la frecuencia y la eficacia de la ovulación, disminución de la frecuencia coital, disminución de la receptividad uterina y como último punto complicaciones en el embarazo por lo que es frecuente que a una mujer de más de 35 años le lleve más tiempo quedar embarazada que a una mujer joven. En algunos casos, la disminución de la fertilidad en las mujeres de más de 35 años se debe a que tienden a ovular (liberar un óvulo de los ovarios) con menor frecuencia que las mujeres más jóvenes, o también influyen ciertos problemas de salud que son más comunes después de esta edad, como, la endometriosis, que ocasiona que los tejidos se adhieran a los ovarios o a las trompas de Falopio e interfieran con la concepción, entre otros (21). (22)

### **2.3.3 Edad gestacional**

La duración de la gestación o edad gestacional es un reflejo del desarrollo intrauterino, como también el incremento del peso del feto es una de las primeras manifestaciones de dicho desarrollo y del bienestar fetal. Tanto la duración del embarazo como el peso al momento de la expulsión dependen del desarrollo fetal. La edad gestacional está determinada por el momento de la expulsión, lo cual va a depender del desempeño de una serie de mecanismos reguladores del embarazo. Si todo marcha normalmente, ha de esperarse una permanencia en útero adecuada (a las 37 semanas el feto está a término), lo que debe garantizar la expulsión de un nacido vivo saludable. Si esos mecanismos reguladores funcionan mal, entonces la

expulsión puede anticiparse o retardarse en demasía, lo cual no es favorable para el feto. Consecuentemente, el peso guarda una relación íntima con la permanencia del producto de la concepción en el vientre materno (23).

La gestación tiene una duración media de 40 semanas 280 días a partir del primer día del último período menstrual de la fecha estimada de parto. (24)

De acuerdo con la edad de gestación, el recién nacidos clasifica en:

**Recién nacido pre término:** Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

**Recién nacido inmaduro:** se considera desde las 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos.

**Recién nacido prematuro:** Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos.

**Recién nacido a término:** Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más.

**Recién nacido pos término:** Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación. (25)

#### **2.3.4 Control Prenatal**

Conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. Los componentes que abarca el control prenatal son: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional (26).

Según la OMS el cuidado del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal; además propicia una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos/as en los períodos inmediatamente posteriores al nacimiento y disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita 5 (27).

Un control prenatal óptimo en el embarazo de bajo riesgo según la OMS comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado (médico u obstetrix) 5-6. No obstante, el solo cumplimiento de estos controles no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que, en cada visita se brinde un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido (28)

### **2.3.5 Alto riesgo obstétrico**

Se define al embarazo de alto riesgo, como aquel en el que la madre, el feto o el recién nacido tiene o pueden tener un mayor riesgo de morbilidad o mortalidad antes, durante o después del parto. El embarazo de alto riesgo constituye el 10 al 20% del total de embarazos y es el responsable del 75% de la morbilidad y mortalidad del feto y del recién nacido (29)

Etimológicamente, la palabra riesgo se deriva de la palabra *riscare*, es decir, se atreven. El concepto de riesgo se asocia a varias posibilidades y la unión entre un factor de riesgo y un daño no siempre es explicada. Específicamente, el concepto de riesgo en el embarazo parece identificar los grados de vulnerabilidad durante los períodos de embarazo, parto, posparto y la vida del niño en su primer año (30).

### **2.3.6 Clasificación de los embarazos de alto Riesgo:**

#### **Se dividen en 3 grupos**

- Alto Riesgo Tipo I.- Aquellas embarazadas que se encuentran en buen estado de salud en el embarazo actual y no tienen antecedentes de complicaciones en embarazos anteriores ni de muerte perinatal, pero existen riesgos biopsicosociales que las predisponen a complicaciones posteriores tales como: analfabetismo, pobreza, tabaquismo y/o alcoholismo, un embarazo no deseado, talla menor de 1,50 m., peso menor de 45 Kg., edad menor de 15 años o mayor de 35 años para su primer embarazo, entre otros.  
(31)
- Alto Riesgo TipoII.- Aquellas embarazadas que se encuentran en buen estado de salud en el embarazo actual, sin antecedentes de muerte perinatal, pero tienen antecedentes gineco-obstétricos tales como: recién nacido con bajo peso al nacer, sensibilización al factor Rh, preeclampsia o eclampsia, cesárea anterior, entre otras. (32)
- Alto Riego tipo III.- Aquellas embarazadas que se encuentran en buen estado de salud en el embarazo actual con antecedentes de muerte perinatal; o embarazadas que presentan complicaciones en el embarazo actual con o sin antecedentes de muerte perinatal; así como también embarazadas que presentan enfermedades de base, tales como diabetes, HTA crónica, nefropatía, cardiopatía, VIH, entre otros (33)

### **2.3.7 Gestación en Madre Añosa**

En 1958, la International Federation of Gynecology and Obstetrics definió como añosa a toda mujer que se embaraza desde los 35 años, y generalmente esta

característica se asocia a un aumento de riesgo de problemas tanto para la madre como para el recién nacido (34).

El embarazo y el parto son procesos fisiológicos naturales que deberían desarrollarse sin problemas para la madre y el producto. Sin embargo, durante estos procesos se pueden presentar complicaciones que ocasionan morbilidad, secuelas y en última instancia, la muerte de la madre, el feto o el recién nacido. (35)

El embarazo en mujeres de 35 o más años se asocia a un aumento del riesgo de presentar una serie de patologías propias de la gestación y una mayor frecuencia de patologías maternas crónicas, que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal (36)

### **2.3.8 Implicaciones de ser Primigesta de edad Avanzada**

Desde el punto de vista obstétrico, es importante considerar en estas pacientes los siguientes:

- El periné adquiere en su estructura músculo- aponeurótica una mayor fibrosis.  
20
- Los ligamentos pélvicos tienen mayor grado de calcificación, por lo que condiciona cierta rigidez pélvica.
- El aspecto psicológico de la paciente se modifica al tratarse de un producto generalmente más deseado.
- Hay relación directa entre la edad materna y la presencia de patología general como: diabetes, pielonefritis, obesidad, problemas venosos, etcétera.
- Existe una mayor tendencia de que ocurra patología obstétrica directa; insuficiencia placentaria, distocias diversas, trabajos de parto prolongado, que pueden condicionar sufrimiento fetal agudo y productos de bajo peso al nacer.
- Ocurre con mayor frecuencia malformaciones congénitas, principalmente síndrome de Down.

- Hay aumento en el número de muertes ante parto sin explicación aparente.
- Se presenta con mayor frecuencia laceraciones cervicales, vaginales y perineales por el mayor grado de fibrosis en los tejidos.
- Existe predisposición a la infección posparto por los factores anteriores. (37)

Todas las condiciones señaladas condicionan que el médico sea más intervencionista en estas pacientes, aumentando la frecuencia de operación cesárea en ellas.

### **2.3.9 Riesgos en la Gestante Añosa**

La mujer de edad materna avanzada tiene posibilidades de presentar complicaciones, tales como los trastornos hipertensivos gestacionales, diabetes gestacional, placenta previa, preeclampsia, parto prematuro, presentaciones anormales, embarazos múltiples, distocias cervicales, distocias dinámicas, atonía uterina, parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino y aumento de la mortalidad materna perinatal. la tasa de aborto se incrementa con la edad. Dentro de la patología neonatal más frecuente, Las anomalías genéticas son frecuentes en añosas, diversas trisomías son mucho más frecuentes tras los 35 años de edad, especialmente la trisomía 21, Además diferentes anomalías somáticas genéticas no cromosómicas se asocian a edad materna avanzada durante el embarazo: malformaciones cardíacas, sindáctilia, polidactilia, labio leporino, bajo peso al nacer prematuridad, nacimiento por cesárea. (38)

La evidencia medica señala algunos riesgos de presentar un embarazo pasados los 35 años.

### **Diabetes gestacional**

Se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que es reconocido o identificado por primera vez en el embarazo, especialmente en el tercer trimestre de gestación. (39)

La DMG aumenta las complicaciones de la madre como del producto. En la madre, la enfermedad aumenta el riesgo a desarrollar preeclampsia y la frecuencia de cesáreas. En el caso del producto, la DMG se asocia con macrosomía (peso al nacer > 4000g), distocia de hombros/trauma obstétrico, mortalidad perinatal, hipoglucemia al nacer y obesidad infantil en etapas posteriores de la vida. La presencia de la DMG también puede traer consecuencias a largo plazo en la madre, siendo que el 50% de ellas tienen un mayor riesgo a desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) en los siguientes cinco años, y tienen una mayor probabilidad de desarrollar DMG en un siguiente embarazo (40)

### **Trastornos hipertensivos**

Los estados hipertensivos del embarazo constituyen una de las principales causas de morbimortalidad materno-fetal y son la principal causa de muerte materna en muchos países en vías de desarrollados. (41)

Los países en vías de desarrollo continúan registrando tasas comparativamente más elevadas de muertes maternas y perinatales por embarazos complicados debido a la hipertensión como resultado de la escasa utilización de los servicios de control prenatal y de asistencia obstétrica así como la presentación tardía a las unidades especializadas para la atención de emergencia. La preeclampsia-eclampsia es una de las principales causas de morbimortalidad materna y perinatal mundial; en el año 2010, en Ecuador, fue catalogada como la primera causa de muerte materna (INEC 2010) (42)

El término hipertensión en el embarazo (o estado hipertensivo del embarazo) describe un amplio espectro de condiciones cuyo rango fluctúa entre elevación leve de la tensión arterial a hipertensión severa con daño de órgano blanco y grave morbilidad materno-fetal.

#### **2.3.10 Clasificación de la enfermedad hipertensiva en el embarazo**

- **Hipertensión gestacional:** Tensión arterial  $\geq 140/90$  mm Hg en dos tomas separadas por seis horas, descubierta después de las 20 semanas de gestación. El diagnóstico es confirmado si la TA retorna a lo normal dentro de las 12 semanas posparto. (43)
- **Preeclampsia:** Diagnóstico a partir de las 20 semanas de gestación TA  $\geq 140/90$  mm Hg con presencia de Proteinuria. Por excepción antes de las 20 semanas en Enfermedad Trofoblástica Gestacional o Síndrome Antifosfolipídico Severo. (44)
- **Preeclampsia leve** • Tensión arterial  $\geq 140/90$  mm Hg, en dos ocasiones separadas por al menos cuatro horas, con proteinuria  $\geq$  a 300 mg/24 h sin criterios de gravedad. (45)
- **La preeclampsia grave** se produce cuando la tensión arterial  $\geq 160/110$  mm Hg, con proteinuria positiva y asociada a uno o varios de los siguientes eventos clínicos o de laboratorio (indicativos de daño endotelial en órgano blanco)
  - Proteinuria  $>5g/24$  h,
  - Alteraciones hepáticas (aumento de transaminasas, epigastralgia persistente, náuseas/vómitos, dolor en cuadrante superior en el abdomen.
  - Alteraciones hematológicas (Trombocitopenia  $<100.000/mm^3$ ), Hemólisis, Coagulopatía intravascular diseminada).
  - Alteraciones de función renal (Creatinina sérica  $>0,9$  mg /dL,
  - Oliguria de  $<50$  mL/hora). Alteraciones neurológicas (hiperreflexia tendinosa, cefalea persistente, hiperexcitabilidad psicomotriz, alteración del sensorio - confusión).
  - Alteraciones visuales (visión borrosa, escotomas centellantes, diplopía, fotofobia).
  - Restricción del crecimiento intrauterino,
  - oligoamnios,

- desprendimiento de placenta,
  - cianosis y edema Agudo de Pulmón. (46)
- **Hipertensión crónica:** es la presencia de hipertensión arterial detectada antes de la gestación o antes de la semana 20 del embarazo o que persista después de la semana 12 posparto (47)
- **Hipertensión arterial crónica más preeclampsia sobreañadida:** aparición de proteinuria luego de las 20 semanas o brusco aumento de valores basales conocidos de proteinuria previos, o agravamiento de cifras de TA y/o aparición de síndrome HELLP y/o síntomas neurosensoriales en una mujer diagnosticada previamente como hipertensa. La preeclampsia sobreimpuesta empeora significativamente el pronóstico materno-fetal en mujeres con hipertensión crónica (48)
- **Síndrome Hellp:** Grave complicación caracterizada por la presencia de hemólisis, disfunción hepática y trombocitopenia en una progresión evolutiva de los cuadros severos de hipertensión en el embarazo. (49)
- **Embarazo gemelar.-** es un embarazo de alta complejidad, asociado a una mayor morbilidad y mortalidad perinatal, comparado con embarazos únicos. Una de sus complicaciones es la muerte de un gemelo in útero, descrito hasta en el 6,2% de los gemelos. El riesgo de muerte in útero de un gemelo es hasta tres veces mayor en el embarazo monoco-rial comparado con el bicorial (50) .
- **Placenta previa,-** inserción de la placenta total o parcial en el canal del parto, o sea, en el segmento inferior y en el cuello, por lo general suele ocurrir durante el segundo o tercer trimestre, aunque puede también suceder en la última parte del primer trimestre. La placenta previa es una de las principales causas de hemorragia antes del parto y suele impedir la salida del feto a través del canal del parto por obstrucción a este nivel (51)

- **Rotura prematura de membranas:** Rotura espontánea de las membranas corioamnióticas producidas antes del inicio del trabajo de parto, en una gestación posterior a las 22 semanas (52).

La ruptura prematura de membranas (RPM) se produce en el 10% de las gestaciones, y la ruptura prematura de membranas pre término (RPMP) ocurre en el 3% y se asocian a un 30-40% de los casos de prematuridad. Esta patología obstétrica puede afectar a todos los embarazos y complicar los mismos con mayor riesgo de morbilidad materno perinatal, entre las principales complicaciones tenemos: corioamnionitis, infección posparto, desprendimiento prematuro de placenta, sepsis materna, membrana hialina, sepsis neonatal, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, mayor compromiso neurológico y mayor riesgo de compresión de cordón umbilical, etc (53)

- **Parto prematuro:** se define el parto prematuro o pretérmino como el nacimiento que tiene lugar después de las 20 semanas y antes de completadas las 37 semanas de edad gestacional. El parto prematuro es un síndrome al que se le relaciona con la morbilidad neonatal y tiene consecuencias adversas para la salud a largo plazo, la sumatoria de complicaciones en la vida de los recién nacidos pretérmino ocasiona altas tasas de mortalidad neonatal (54)
- **El síndrome de Down:** es una enfermedad genética resultante de la trisomía del par 21 por la no disyunción meiótica, mitótica o una translocación desequilibrada de dicho par, que se presenta con una frecuencia de 1 en 800.000 habitantes, incrementándose con la edad materna (55)
- **La polidactilia:** es un trastorno genético caracterizado por la presencia de más de cinco dedos en las manos, los pies o ambos; puede ser unilateral o bilateral. Es más frecuente en la raza negra y en el sexo masculino, afecta de 1,7 a 2,4 de cada 1 000 nacidos vivos como malformación aislada. (56)

- **Dificultad para respirar en el RN o Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR):** es un cuadro que comienza poco después del nacimiento o en las primeras horas de vida y está caracterizado por taquipnea, cianosis, quejido, retracción subcostal y grados variables de compromiso de la oxigenación. (57)
- **Taquipnea transitoria del RN (TTRN):** es un padecimiento respiratorio neonatal de evolución aguda, autolimitada y benigna, provocada por la retención, luego del nacimiento, del líquido pulmonar fetal, que en condiciones normales, es removido gracias a que el epitelio alveolar cambia de secretar cloro a absorción de sodio y las prostaglandinas dilatan los vasos linfáticos y favorecen el paso del fluido hacia la circulación pulmonar que se establece a plenitud luego de la primera respiración. (58)
- **Prematuridad:** Es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el nacimiento que ocurre antes de completarse las 37 semanas o antes de 259 días de gestación. Se subdivide en extremadamente prematuros <28 semanas (5,2% de todos los <37 semanas, muy prematuros 28-31 semanas (10,4% de todos los <37 semanas; y moderadamente prematuros 32-36 semanas (84,3% de todos los <37 semanas. Entre estos moderadamente prematuros, se ha clasificado a un subgrupo denominado, "prematuros tardíos" (34-36 semanas) (59).
- **Riesgo de compromiso de bienestar fetal:** Sospecha o confirmación de perturbación del estado metabólico causada por una variación de los intercambios materno fetales de evolución rápida, que altera la homeostasis fetal y ocasiona hipoxia, hipercapnia, hipoglucemia y acidosis, lo cual conduce a lesiones hísticas con secuelas y puede producir la muerte. Se manifiesta clínicamente por las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal y la expulsión de meconio, y la evolución del cuadro clínico depende de su duración, la gravedad de la noxa y la capacidad de los mecanismos compensatorios fetales (60).

- **Bajo peso al nacer:** recién nacido con peso inferior a los 2 500g, de peso independientemente de su edad gestacional. El bajo peso al nacer es una de las causas más importantes de la morbilidad y mortalidad perinatales e infantiles (61).

La repercusión negativa del bajo peso se extiende habitualmente más allá del período perinatal, de la niñez y puede llegar hasta la edad adulta. Los avances en la atención médica neonatal han reducido considerablemente la tasa de mortalidad asociada con el bajo peso, sin embargo, un pequeño porcentaje de los bebés que sobreviven experimenta retraso mental, problemas de aprendizaje, parálisis cerebral, pérdida de la vista y la audición; pueden sufrir alteraciones del sistema inmunológico y a tener, más adelante en la vida, una mayor incidencia de enfermedades crónicas, como diabetes y cardiopatías; pueden también tener dificultades en su adaptación al medio o diferentes impedimentos físicos y mentales que atentan contra un adecuado desenvolvimiento social y que se hacen innegables al llegar a la edad escolar. (62)

- **Restricción del crecimiento intrauterino:** incapacidad del feto para poder alcanzar un potencial genético de crecimiento de acuerdo a las condiciones propias de la gestación y el entorno (63).

La restricción del crecimiento intrauterino es una importante causa de morbilidad y mortalidad perinatal, con consecuencias que pueden tener implicancias hasta en la vida adulta. No existen estrategias terapéuticas a la fecha por lo que, su manejo consiste principalmente en su diagnóstico y seguimiento para definir el momento de finalizar el embarazo, equilibrando los riesgos de prematuros con la morbimortalidad esperada para cada condición fetal. (64).

- **La asfixia perinatal.** se define como lesiones al feto o al recién nacido, causada por hipoxia e isquemia de varios órganos de magnitud suficiente para producir cambios bioquímicos y / o funcional (65).

- **Muerte fetal:** ausencia de latido cardíaco, pulsación de cordón, respiración espontánea y movimientos del feto, antes de la separación completa del cuerpo de la madre desde las 22 semanas de gestación hasta el parto o desde que el feto pesa 500 g (66).
- **Muerta materna.** es definida como la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro del periodo de 42 días después de terminar el embarazo, independientemente de la duración o del estado del embarazo, de cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o por su administración, pero no debido a accidente. La Mortalidad Materna Obstétrica, más específicamente, está relacionada a complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto o al puerperio, debido a intervenciones, omisiones y tratamiento incorrecto, o a una cadena de eventos provenientes de cualquiera de esas causas (67)

## **2.4. Marco Legal**

Para este estudio se ha tomado en cuenta a la Constitución de la República del Ecuador, al Plan Nacional del Buen Vivir, Objetivos del milenio y a la Ley del Ejercicio Profesional de las/os Enfermeros del Ecuador

### **2.4.1 Constitución de la República del Ecuador**

La Constitución aprobada en el 2008 constituye el marco normativo que rige la organización y vida democrática del país, representa un nuevo pacto social para la garantía y ejercicio de los derechos y responsabilidades en función del logro del Buen Vivir, el Sumak Kawsay, a continuación se hace referencia a diferentes artículos relacionados con la salud (68)

## **Sección séptima**

### *Salud*

*“Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.*

*El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”*

*“Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.*

*Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:*

- 1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.*

*2. La gratuidad de los servicios de salud materna.*

*3. La protección prioritaria y cuidada de su salud integral y de su vida durante el 20 embarazo, parto y posparto.*

*4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.*

**Art. 363.-** *“El Estado será responsable de:”*

*1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.*

*2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.*

*3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.*

*4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.*

*5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.*

*6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.*

*7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.*

*8. Promover el desarrollo integral del personal de salud*

#### **2.4.2 Plan Nacional del Buen Vivir**

El Plan Nacional del buen vivir redacta en sus objetivos la importancia del equilibrio de la salud con la calidad de vida mediante los siguientes objetivos (69)

*Objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la población. - Buscamos condiciones para la vida satisfactoria y saludable de todas las personas, familias y colectividades respetando su diversidad. Fortalecemos la capacidad pública y social para lograr una atención equilibrada, sustentable y creativa de las necesidades de ciudadanas y ciudadanos*

#### **2.4.3 Objetivos del milenio**

##### **Mejorar la salud materna**

*Meta 5.A. Reducir en tres cuartas partes, entre 199 y el 2015, la mortalidad materna.*

*Meta 5.B. Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.*

*En 2013, 289 000 mujeres fallecieron durante el embarazo o el parto, un descenso del 45% respecto a los niveles de 1990. La mayoría muere porque no se dispone de suficiente personal competente en la prestación de atención de rutina o de emergencia. Desde 1990, algunos países de Asia y África del Norte han reducido en más de la mitad la mortalidad materna.*

*Se han registrado progresos en el África subsahariana, una de cada 38 mujeres corre riesgo de morir durante el embarazo o el parto en algún momento de su vida, cuando en los países desarrollados esa proporción es de una de cada 3700 mujeres.*

## **2.5 Marco Ético**

### **2.5.1 Código de Ética de la Federación Ecuatoriana de Enfermeras/os del Ecuador**

El código de ética establece las diferentes características que los profesionales de enfermería deben cumplir (70):

#### ***Título Primero***

- 1. Se basa en principios morales que deben ser aplicados honestamente por las y los profesionales de la enfermería, para garantizar el ejercicio profesional con una conducta honorable, con justicia, solidaridad, competencia y legalidad.*

2. *La concepción integral del proceso salud - enfermedad, deben aplicar las y los profesionales de enfermería, para la defensa de la salud y la vida de la población.*

3. *La salud y la enfermedad tienen condicionantes en todas las esferas de la Vida humana, por lo tanto, los o los profesionales de enfermería deben incorporar a su ejercicio los conocimientos, metodologías y técnicas de la economía, política, comunicación, educación, antropología, cultura, bioética y ecología; en la perspectiva de contribuir a la solución de los problemas inmediatos y particulares de salud, así como para elevar el bienestar y calidad de vida de los pueblos.*

....

8. *La salud es un derecho humano, por lo tanto, la enfermera y el enfermero, deben respetarla y trabajar para que la sociedad y el estado la pongan en vigencia*

## CAPÍTULO III

### 3. Metodología de la Investigación

#### 3.1. Diseño de la investigación

La investigación es no experimental con un enfoque cuantitativa, ya que permite cuantificar para describir o tratar de explicar fenómenos a partir de observaciones, es no experimental ya que tiene que limitarse a la observación de situaciones ya existentes, cuyo propósito se centra conocer los riesgos obstétricos y perinatales en embarazadas mayores de 35 años en el hospital san Vicente de Paul 2016.

#### 3.2. Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal. Buscó determinar y analizar los riesgos obstétricos y perinatales en embarazadas mayores de 35 años, se centra en describir las preguntas directrices que plantean los riesgos obstétricos y perinatales. Es de corte transversal porque los datos fueron tomados en un solo momento y en un tiempo determinado.

#### 3.3 Métodos

**Método Bibliográfico.** Para la realización del marco teórico se utilizó la navegación documental existente en la Plataforma de la Universidad técnica Norte Biblioteca virtual, se revisó bases de datos bibliográficas como tesis, libros; así como también revistas científicas como Scielo, Enfermería Científica etc. Utilizando los Descriptores, embarazo en mujeres añosas – riesgos obstétricos y perinatales, Complicaciones obstétricas.

**Método Emperico.** Fuentes primarias a través de las historias clínicas conforme a objetivos y variables establecidas.

### 3.4 Localización y ubicación del estudio

La investigación se realizó con datos de las historias clínicas de las embarazadas mayores de 35 años de edad, del Hospital “San Vicente de Paúl” ubicado en la Luis Vargas Torres 1-25 y Gonzalo Gómez Jurado parroquia El Sagrario de la ciudad de Ibarra, del área de Ginecología.

### 3.5 Población

La Población que constituyo la investigación fueron 470 embarazadas mayores de 35 años que fueron atendidas durante el periodo enero- diciembre 2016, para la cual se tomó una muestra, a través de formula estadística, quedando 172 pacientes .

#### 3.5.1 Muestra

**La muestra fue calculada con la siguiente fórmula**

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

Dónde:

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

$\sigma$  = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador.

e = Límite aceptable de error muestra que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), valor que queda a criterio del encuestador.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

**Criterio de Inclusión.** - Embrazadas mayores de 35 años que acudieron al hospital San Vicente de Paul en el año 2016.

**Criterio de exclusión.** - Se excluyeron a las pacientes embarazadas menores de 35 años,  
Pacientes que las historias clínicas que no se encuentre la información completa  
Paciente que fueron transferidas a otra casa de salud.

### 3.6 Operacionalización de las variables

Objetivo	Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Escala.
<b>Caracterizar socio demográficamente el grupo de estudio</b>	Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Grupos de edad	<b>Población por grupo de edad</b>	<b>35-39 40-45</b>
	Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Social	<b>Población según estado civil</b>	<b>Soltero Casado Viudo Unión libre</b>
	Etnia	Se trata de una comunidad humana que comparte una afinidad cultural que permite que sus integrantes puedan sentirse identificados entre sí. Más allá de la historia compartida, los miembros mantienen en el presente prácticas culturales y comportamientos sociales similares.	Auto-identificación	<b>Población según su consideración étnica.</b>	<b>Mestizo Indígena afroamericano Blanco</b>

	Nivel de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Años de escolaridad	Población según su nivel de instrucción.	Primaria Secundaria Superior
	Ocupación	Actividades de producción que desarrollan las personas.	Social	Población según su ocupación.	Actividad laborar Sin actividad laborar
	Pre eclampsia	Es una alteración que se presenta a partir de la semana 20 de embarazo. Cursa con hipertensión arterial (valores superiores a 140/90 mmHg) y proteínas en la orina.	Riesgo materno	Población que presenta la patología	SI NO
	Eclampsia	TA > 140/90 mm Hg en el embarazo > 20 semanas, proteinuria > 300 mg en 24 horas Convulsiones tónico clónicas o coma	Riesgo materno	Población que presenta la patología	SI NO

	Hipertensión Gestacional	TA sistólica $\geq 140$ mm Hg o TA diastólica $\geq 90$ mm Hg en embarazo $>20$ semanas en mujer previamente normotensa. Proteinuria en 24 h $<$ a 300 mg / tirilla reactiva NEGATIVA	Riesgo materno	Población que presenta la patología	SI NO
	Amenaza de parto Prematuro	Se define como la presencia de contracciones con un ritmo de 4 cada 20 minutos o de 8 en 60 minutos entre las 22 y 37 semanas de gestación. Este hecho se debe asociar al menos a una de las siguientes circunstancias: modificación progresiva del cérvix y dilatación cervical $\geq$ a 2 cm y borramiento $\geq 80\%$	Riesgo materno	Población que presenta la patología	SI NO
	Diabetes gestacional	Intolerancia a la glucosa que se inicia o es reconocida por primera vez durante el embarazo. Puede persistir o no después del embarazo.	Riesgo materno	Población que presenta la patología	SI NO
	RPM	Es la rotura espontánea de las membranas fetales antes del inicio de la	Riesgo materno	Población que presenta la	SI NO

		labor de parto independiente de la edad gestacional		patología	
	Compromiso de bienestar fetal	Sospecha o confirmación de perturbación del estado metabólico basal del feto. Disminución del intercambio materno fetal de oxígeno que se expresa con disminución de movimientos fetales, alteraciones de la FCF y acidosis fetal. Si es severo puede llegar a la muerte feta	Riesgo perinatal	Población que presenta la patología	SI NO
	Bajo peso al nacer	Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el bajo peso al nacer se da cuando un niño pesa menos de 2,500 g al nacer.	Riesgo perinatal	Población que presenta la patología	SI NO
	Prematuros	Cuando el nacimiento se produce antes de la semana 37 de gestación.	Riesgo perinatal	Población que presenta la patología	<b>SI</b> <b>NO</b>
	Síndrome de dificultad	Es un trastorno entre los recién	Riesgo perinatal	Población que presenta la	SI NO

	respiratoria neonatal	nacidos prematuros, cuyos pulmones no están completamente maduros, de tal forma que cuanto más baja es la edad gestacional más probabilidades tienen de padecer la enfermedad		patología	
	Anomalías genéticas	son alteraciones estructurales o funcionales, visibles o no, que están presentes desde el nacimiento	Riesgo perinatal	Población que presenta la patología	SI NO
Determinar la tasa de embarazos del grupo en estudio	Total de nacidos	Es la cantidad proporcional de nacimientos que tiene lugar en una comunidad en un lapso de tiempo determinado.  Dónde:  b: Tasa bruta de nacimiento B: Número total de nacimientos en un año P: Población total	Número de embarazos	Tasa específica de partos en mayores de 35 años.	total, de embarazos

### **3.7 Métodos de recolección de información**

Para la recolección de la información, según los objetivos delineados y el tipo de estudio planteado se usó como técnica de investigación la revisión documental de historias clínicas del hospital san Vicente de Paul hoja perinatal que ayudó a recolectar la información necesaria; como instrumento se empleó una guía de observación de riesgos obstétricos y perinatales en embarazadas mayores de 35 años, que se elaboró en función a las variables.

### **3.8 Técnicas e Instrumentos:**

#### **3.8.1 Técnicas**

La recolección de información fue mediante la revisión de la historia clínica de las embarazadas añosas.

#### **3.8.2. Instrumentos.**

Los instrumentos que se utilizó para la recopilación de información fue la guía de Observación que permitió determinar la frecuencia de riesgos obstétricos y perinatal en embarazadas añosas.

### **3.9 Análisis de datos**

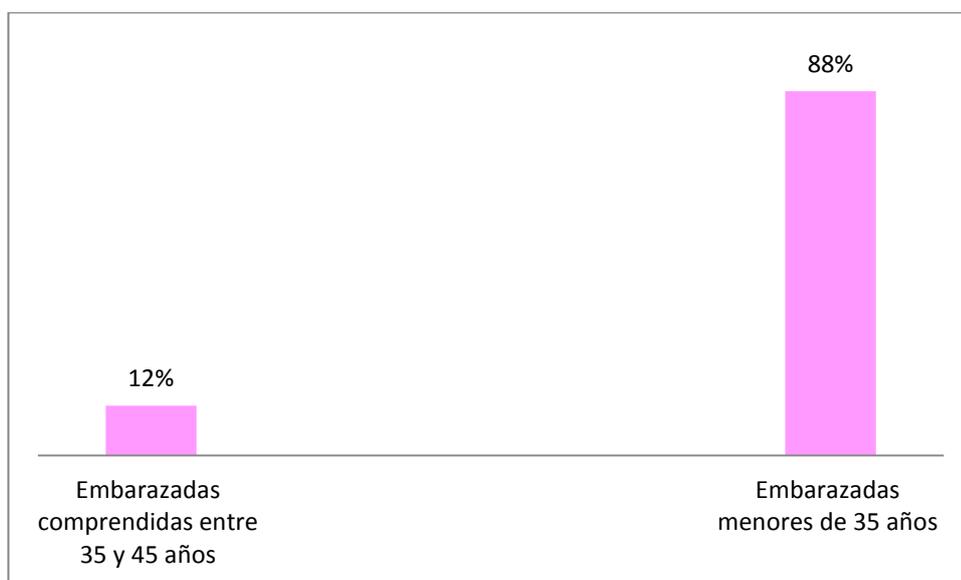
Como se realizó un trabajo cuantitativo se ejecutó un análisis mediante cuadros de interpretación de la guía la de observación, en el cual se elaboró la categorización de los riesgos obstétricos y perinatales en embarazadas mayores de 35 años.

Los datos recolectados de la guía de observación serán integrados en una base de datos en Excel para su procesamiento y tabulación.

## CAPÍTULO IV

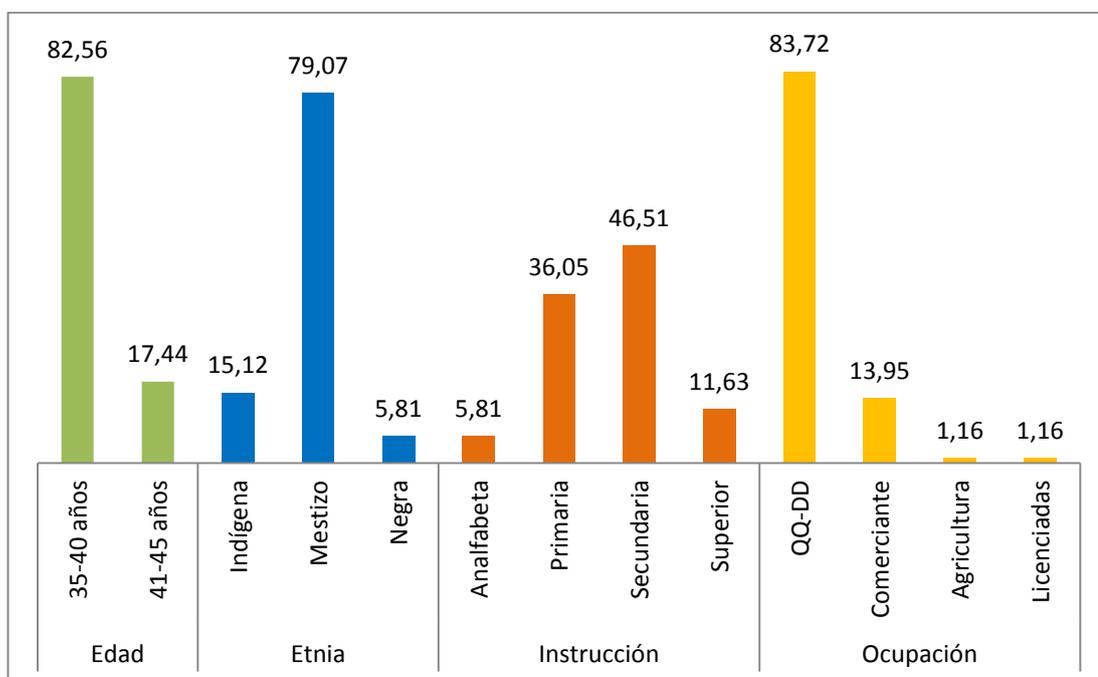
### 4. Resultado de la investigación

**Gráfico 1 .Distribución poblacional según frecuencia de embarazos en mayores de 35 años.**



Las embarazadas mayores de 35 años atendidas en el Hospital San Vicente de Paul durante el año 2016 representan el 12 % del total de partos. Al comparar con datos de la investigación realizada por José Fernández en el año 2016, se observa una gran semejanza en los resultados ya que la frecuencia de embarazos en las gestantes añosas en ese estudio fue de 13.5% (71). Datos que coinciden con los de la investigación realizada en el hospital San Vicente de Paul podemos decir que la tendencia indica que el número de gestantes con más de 35 años va ir en aumento, posiblemente se deba al mejor desenvolvimiento de la mujer en la sociedad, y es importante conocer los riesgos de postergar la maternidad hasta después de los 35 años, tanto para la madre como para el recién nacido,

**Gráfico 2 Distribución poblacional según la edad, etnia, instrucción y ocupación**



El 83% de embarazadas corresponde a mujeres añosas comprendidas entre 35 y 40 años de edad y el 17,44% corresponde a embarazadas entre 41 y 45 años, siendo esta una de la posible causa de morbilidad materna. Al comparar con datos de la investigación realizada por Napoleón Baranda Nájera en el año 2015 se observa una gran semejanza en los resultados ya que la edad media de las gestantes del estudio fue de 37,8 años de edad (11). Los resultados se asemejan a los obtenidos en el Hospital San Vicente de Paul lo cual probablemente se deban a una participación de la mujer en los entornos de la sociedad y han priorizado factores como estudios, trabajo y viajes antes que adoptar el rol de madre.

En cuanto a la edad las gestantes añosas en su mayoría (79,06%) se autoindentifican con la etnia mestiza; el 15,11% indígena, y un 5,81% son de etnia negra. Según los datos del INEC -2010, se ratifica que la etnia predominante en la provincia de Imbabura y específicamente en el cantón Ibarra es la etnia mestiza que corresponde al 65,7% (72).

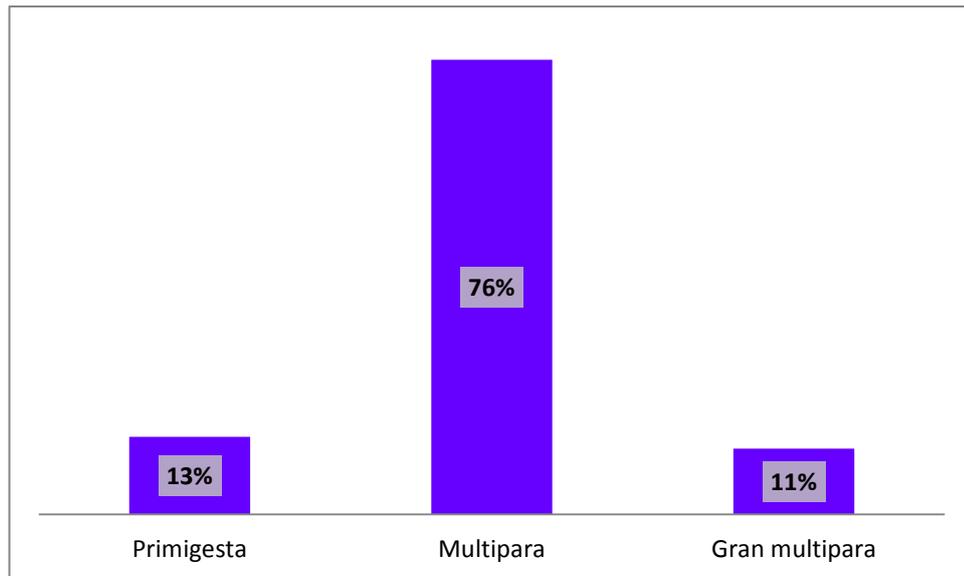
El 62,2% de las gestantes son casadas, seguidos del 30% que son de unión libre y 8,13% son solteras. Datos que se corrobora con las tablas del INEC- 2010 donde se menciona que el 41,5% de las mujeres Imbabureñas son casadas (73).

El 46,51 % de las gestantes tienen un nivel de educación secundaria, seguido del 36,04% que tienen educación primaria, mientras que el 11,52% tiene educación superior y solo el 6% no posee ningún nivel de educación. El nivel educativo de la madre es un factor de riesgos especialmente para el recién nacido, ya que de ello depende directamente la calidad de cuidados que se le brinde al bebe.

El 84% de las gestantes se dedican a los quehaceres domésticos, y únicamente el 15,11% indican tener algún tipo de trabajo, que en su totalidad no es trabajo formal. Lo que se confirma con los datos presentados por el Censo de Población y Vivienda 2010 sobre las características de la ocupación donde muestra que 26% de las mujeres realizan trabajo no remunerado, indicando que las mujeres mayores de 35 años que dan a luz en el Hospital, superan en 4 veces los datos de acceso al trabajo de la mujer (72).

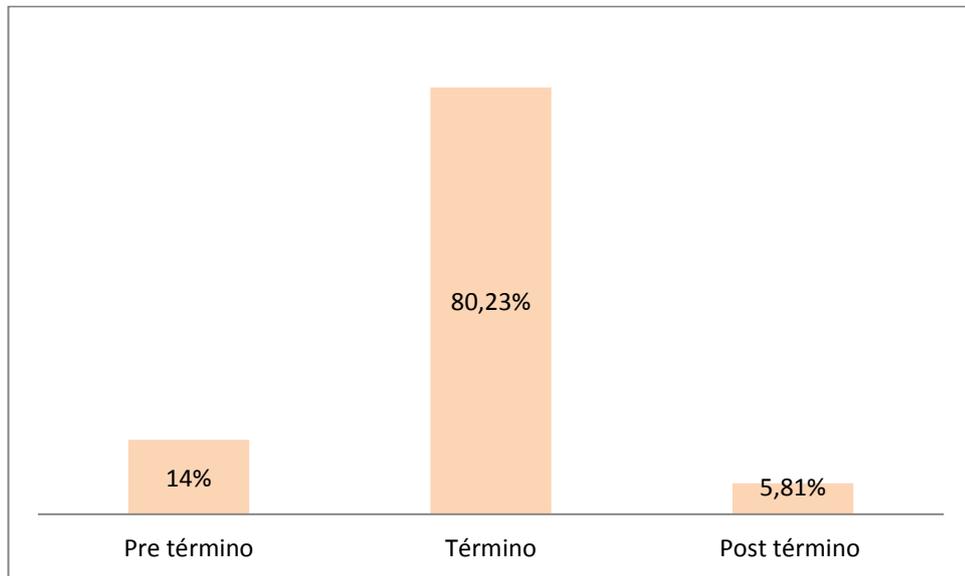
#### 4.1. Características obstétricas

**Gráfico 3 Distribución población según número de gestas.**



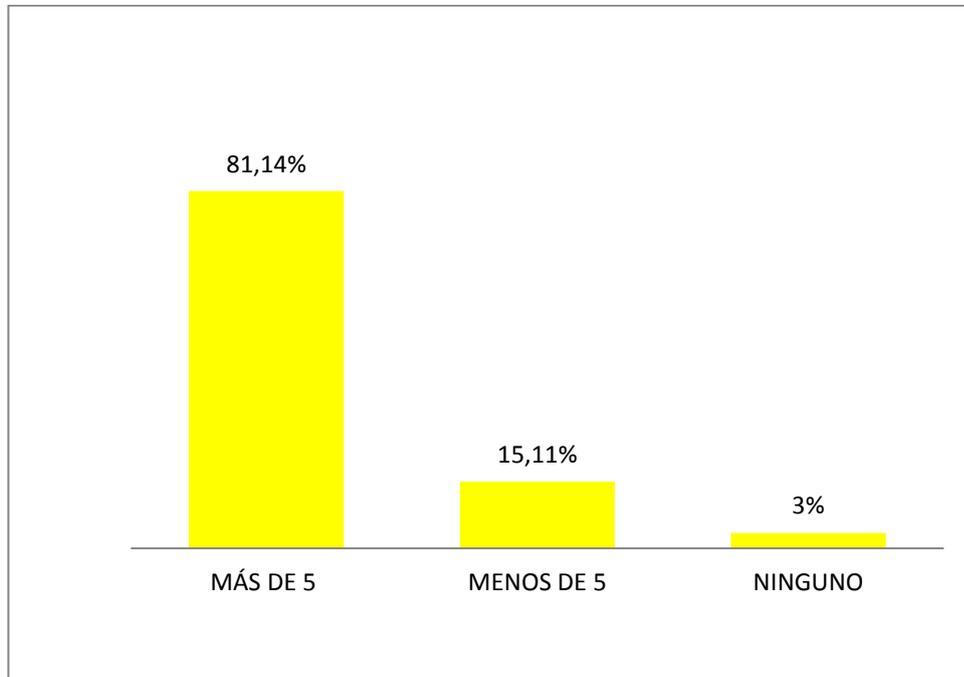
El 76% de las pacientes son múltiparas y tan solo el 13% es primigesta y al comparar con datos de la investigación realizada por Balestena Sánchez et al, en el año 2015 se observa semejanza en su estudio la edad materna avanzada es un elemento favorecedor de las complicaciones obstétricas y del nacimiento dando como resultado un 92,8 % de pacientes múltiparas (14). Datos que coinciden con los de la investigación.

**Gráfico 4 Distribución poblacional según edad gestacional**



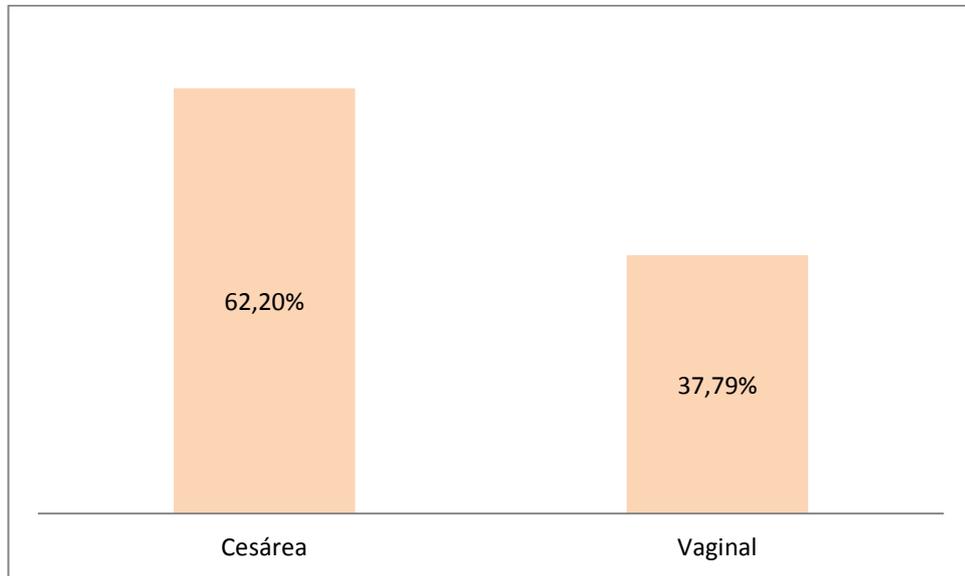
La edad gestacional no es una causa de riesgos obstétrica en las gestantes mayores de 35 años de edad atendidas en el hospital San Vicente de Paúl ya que el 80,23% de embarazadas se producen partos a término y solo en el 14% se produce partos pre término. Al comparar con datos de la investigación realizada por Nolasco Blé et al, en el año 2011 se observa gran semejanza en los resultados ya que la edad gestacional más predominante en el estudio fue de 38 semanas de gestación, siendo esta la edad apropiada para el nacimiento del recién nacido (13). Lo cual confirmaría los resultados encontrados en la investigación.

**Gráfico 5 Distribución poblacional según control prenatal**



El 81.14% de la paciente tuvieron un adecuado control prenatal (más de 5). De acuerdo a la normativa establecida en el país se recomienda como mínimo 5 controles durante la gestación, este es un indicador que demuestra la eficiencia de los servicios de salud. Conforme al estudio realizado por Claudia Arispe en el año 2011 indica que las pacientes deberán tener un mínimo de 5 controles prenatales con la finalidad de controlar los principales factores de riesgo de complicaciones obstétricas y perinatales (74) Lo que evidencia que las embarazadas mayores de 35 años si conocen la importancia del control prenatal.

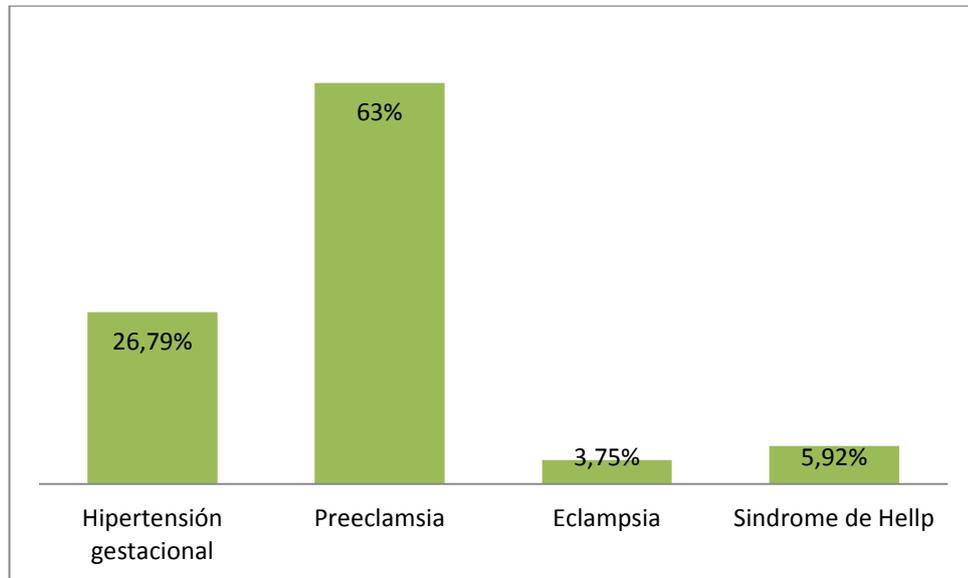
**Gráfico 6 Distribución poblacional según tipo de parto**



Más del 50% de los partos producidos en gestantes mayores de 35 años de edad fueron por cesárea. Al comparar con datos de la investigación realizada por Baranda Nájera et al, en el año 2015 se observa semejanza en los resultados ya que el 52.2% de los partos también fueron por cesárea y la indicación más frecuente fue riesgo de compromiso de bienestar fetal (11). No obstante, la cesárea ha contribuido a disminuir algunas causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

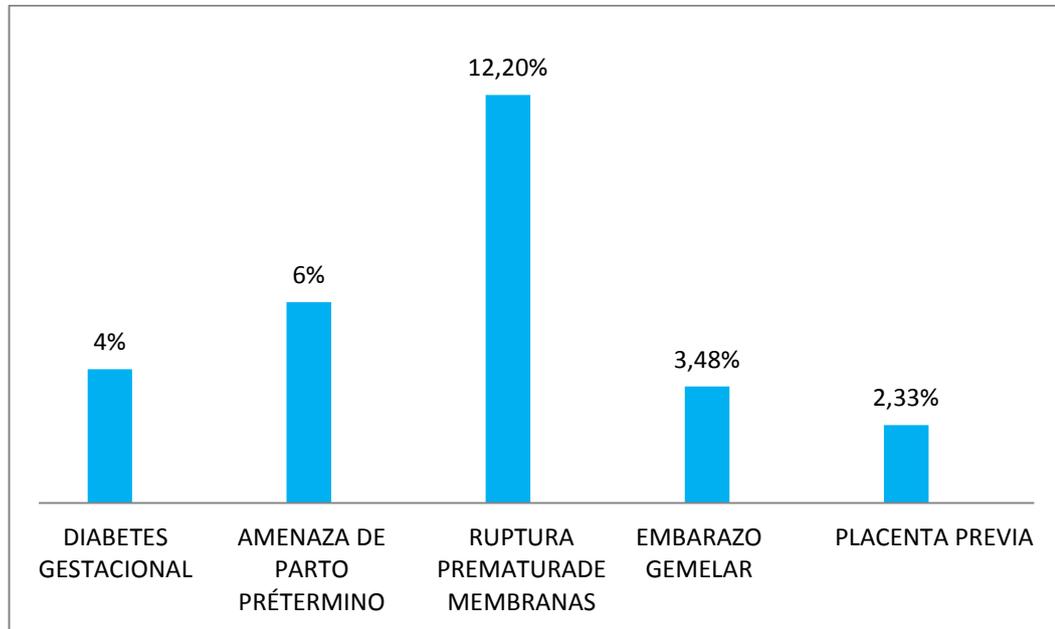
## 4.2. Complicaciones Obstétricas

**Gráfico 7 Distribución poblacional según Trastornos Hipertensivos**



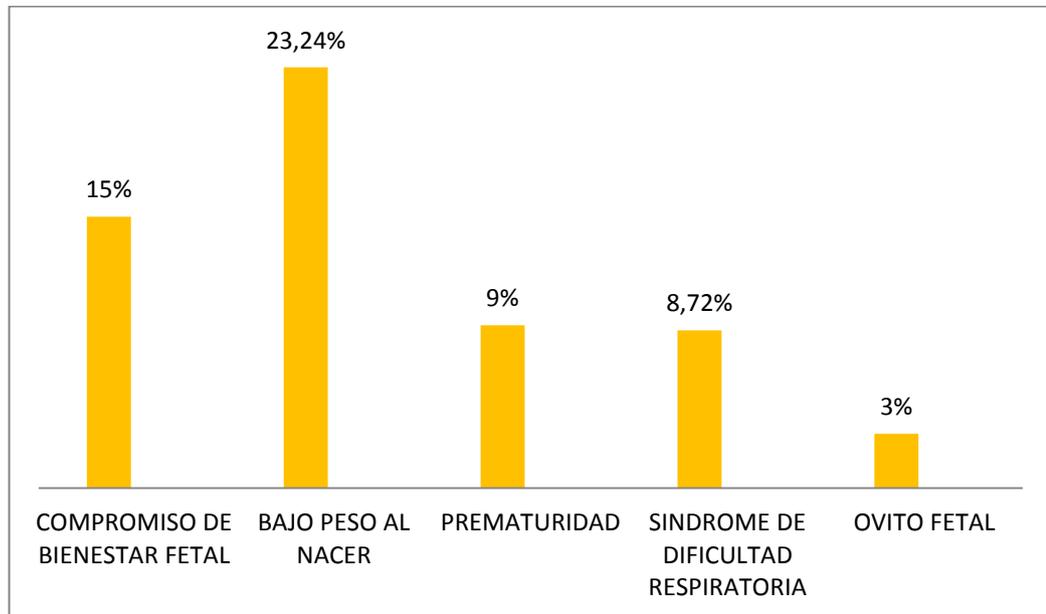
Las gestantes añosas atendidas en el hospital San Vicente de Paúl presentaron trastornos hipertensivos, el 63% presentó preeclampsia el 26.79 % Hipertensión gestacional, el 5.92% síndrome de hellp y el 3.75% eclampsia siendo estas las complicaciones más frecuentes en la morbilidad materna. Al comparar con los datos de la investigación realizada por Baranda Nájera en el año 2015 se observa que no hay semejanza en los resultados ya que en el estudio solo el 10% de las pacientes presentaron preeclampsia durante el tercer trimestre de embarazo (11). Los resultados obtenidos en el presente trabajo difieren en cierta medida con los encontrados por, Baranda Nájera en el año 2015. Sin embargo esto puede deberse a la que las gestantes añosas de ese estudio se realizaron mayores controles prenatales y los riesgos se detectaron a tiempo.

**Gráfico 8 Distribución poblacional según Complicaciones obstétricas**



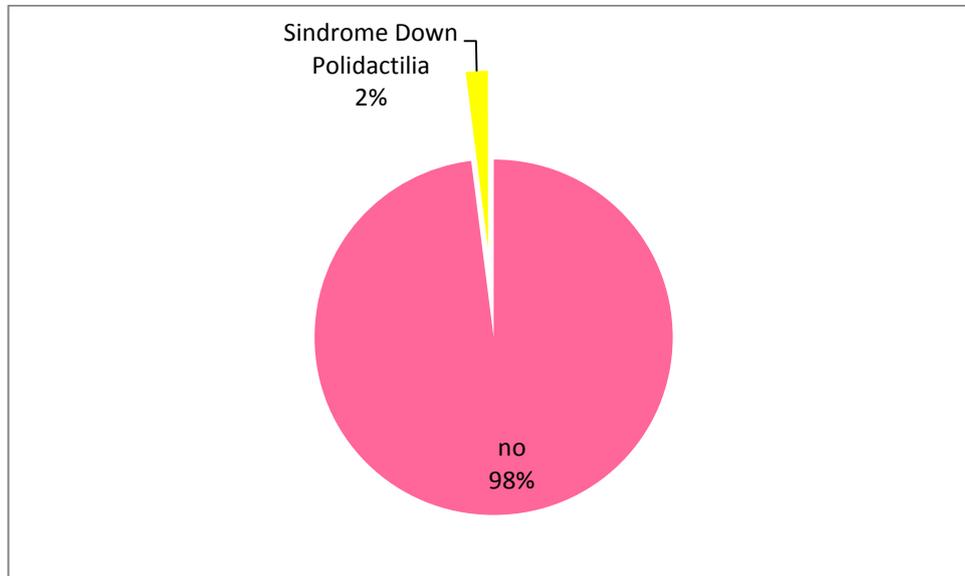
El 12,20%, de las embarazadas mayores de 35 años presentaron ruptura prematura de membranas, el 6% amenaza de parto pre término, el 4% diabetes gestacional, el 3,48% embarazo gemelar, y el 2,33% placenta previa, siendo esta una de las posibles complicaciones de riesgo perinatal y obstétrico, ya que a mayor edad mayor riesgo de que se presenten estas patologías, al comparar con datos de la investigación realizada por Nolasco Blé et al, en el año 2010 se observa similitud en los resultados ya que el 11% de las pacientes presentaron también ruptura prematura de membranas (13). Del análisis de contenido realizado en la guía, se puede asegurar que el riesgo más frecuentemente fue la ruptura prematura de membranas.

**Gráfico 9 Distribución poblacional según Complicaciones perinatales**



El 23,24% los recién nacidos de las pacientes añosas presentaron bajo peso al nacer, el 15% compromiso de bienestar fetal, el 9% prematuridad, el 8,72% síndrome de dificultad respiratoria y el 3% óbito fetal, siendo la complicación perinatal más prevalente este caso el bajo peso al nacer siendo esta un riesgo para desarrollar las demás complicaciones perinatales, al comparar con datos de la investigación realizada por Peña William et al, en el año 2010 se observa diferencia en los resultados ya que en esta investigación solo el 13,8% presentaron bajo peso al nacer. Siendo esta complicación una de las principales causas de la mortalidad neonatal, (10). Probablemente esta diferencia sea producto de factores nutricionales y sociales de sociedades industrializadas.

**Gráfico 10 Distribución poblacional según anomalías genéticas**



Las anomalías congénitas se presentan con menos frecuencia en las gestantes mayores de 35 años ya que solo el 0,58% de recién nacidos presentaron polidactilia bilateral de miembros superiores y síndrome de Down al nacimiento. Al comparar con datos de la investigación realizada por Alejandro Lemor en el año 2012 se observa semejanza en los resultados ya que solo el 1,3 % de las mujeres añosas presentaron síndrome de Down (75). Argumento que corrobora los resultados de la presente investigación. A pesar de que a medida que aumenta la edad de la mujer aumenta al mismo tiempo la probabilidad de ocurrencia de un grupo de defectos genéticos, fundamentalmente los problemas cromosómicos, de los cuales el síndrome de Down es el más frecuente.

## CAPÍTULO V

### 5.1. Conclusiones

- La mayoría de las embarazadas mayores de 35 años que fueron atendidas en el hospital San Vicente de Paul, tenía una edad media de 38 años de edad, tienen instrucción secundaria, la mayoría se auto identifica con la etnia mestiza, y tienen como ocupación los quehaceres domésticos, fueron multigestas, tuvieron más de 5 controles prenatales.
- Existe una relación significativa entre la edad materna y la presencia de riesgos obstétricos y perinatales durante el embarazo las más frecuentes fueron: los trastornos hipertensivos del embarazo de este el más relevante fue la preeclampsia, ruptura prematura de membranas, diabetes gestacional, placenta previa y embarazo gemelar. Al mismo tiempo se comprobó que los recién nacidos de madres añosas tuvieron un mayor riesgo de bajo peso al nacimiento, compromiso de bienestar fetal, prematuridad, síndrome de dificultad respiratoria, óbito fetal, polidactilia y síndrome de Down.
- Las mujeres añosas que dieron a luz en el Hospital San Vicente de Paul, representan el 12% del total de partos que fueron atendidos en el hospital; datos muy contradictorios si se compara con países desarrollados donde la edad promedio para el primer hijo es de 27 y los 35 años es la edad en las que las mujeres dan a luz.
- Una de las estrategias utilizadas en este estudio, fue la elaboración del tríptico el cual fue una herramienta de capacitación para concienciar a las mujeres en edad reproductiva sobre los riesgos obstétricos y perinatales de tener un embarazo en edades tardías.

## 5.2 Recomendaciones

- Que la mujer de 35 años y más que decida embarazarse asuman con responsabilidad el cumplimiento del control prenatal precoz y oportuno de tal manera que reconozca el rol que desempeña el control prenatal para detectar oportunamente los factores desfavorables y minimizar las posibles repercusiones materno-fetales que se puedan presentar en este tipo de pacientes.
- Al hospital San Vicente de Paul vigilar que exista un llenado correcto y completo de la historia clínica como una herramienta válida para el diagnóstico oportuno que garantice el tratamiento adecuado en las mujeres mayores de 35 años.
- A los futuros profesionales de enfermería para que en el futuro realicen más investigaciones con mayor alcance con la finalidad de mantener actualizada la información y el conocimiento sobre el riesgo obstétrico y perinatales en embarazadas mayores de 35 años
- Se recomienda al Hospital San Vicente de Paúl que el tríptico sea utilizado como material de apoyo continuo para la capacitación de mujeres en edad reproductiva.

## BIBLIOGRAFÍA

1. CRISTINA GE. Complicaciones Obstetricas y Perinatales en Gestantes mayores de 35 años en el Hospital Rezola- Cañete. 2014. Tesis.
2. Organizacion Mundial de la Salud. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 2016 [cited 2017 enero 3. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
3. Ministerio de Salud. Tasa de mortalidad materna (estimado mediante modelo, por cada 100.000 nacidos vivos). [Online].; 1990-2015 [cited 2016 Enero 5. Available from: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT>.
4. GUTIÉRREZ EC. Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes mayores de 35 años en el Hospital Rezola-Cañete. 2014..
5. Organización Mundial de Salud. Iniciativa de la OPS/OMS busca reducir las muertes maternas por hemorragias en países de las Américas. [Online].; 2015 [cited 2016 enero 5. Available from: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10592%3A2015-pahowho-initiative-seeks-to-reduce-maternal-deaths-from-hemorrhage&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10592%3A2015-pahowho-initiative-seeks-to-reduce-maternal-deaths-from-hemorrhage&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es).
6. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. [Online].; 2005 [cited 2016 diciembre 10. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43849/1/9789243596211\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43849/1/9789243596211_spa.pdf).
7. Organización Mundial de la Salud. Tasa de mortalidad materna (estimado mediante modelo, por cada 100.000 nacidos vivos). [Online].; 2015 [cited 2016 diciembre 11. Available from: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT>.
8. Gavilanes P. La maternidad se extiende hacia los 40. El Comercio. 2017 marzo: p. 5.
9. GUTIERREZ EC. Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes mayores de 35 años en el Hospital Rezola-Cañete. [Online].; 2014 [cited 2017 febrero 5. Available from: [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2158/3/gutierrez\\_e.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2158/3/gutierrez_e.pdf).

10. Rogelio PW. El primer embarazo en mujeres mayores de 35 años de edad. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2010 Noviembre; 57(1, 2011, pp. 49-53).
11. Napoleón BN. Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica. Evidencia Médica Investigación en Salud. 2015 Septiembre; 7(3).
12. Iván GA. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010 Octubre; 6(5).
13. Nolasco-Blé AK. Hallazgos perinatales de embarazos en edad materna avanzada. Ginecol Obstet Mex. 2010 Octubre; 5(3).
14. Sánchez JMB. La edad materna avanzada como elemento favorecedor de complicaciones obstetricas y de nacimiento. Ciencias Médicas. 2015 Septiembre-Octubre; 19(5).
15. Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública- Hospital San Vicente de Paúl. [Online].; 2015 [cited 2016 diciembre 8. Available from: <http://www.hsvp.gob.ec/index.php/2012-08-26-14-30-20/2012-08-26-15-07-18>.
16. Ministerio de Salud Pública-. Ministerio de Salud Pública- Hospital San Vicente de Paúl. [Online].; 2015 [cited 2016 Diciembre 7. Available from: <http://www.hsvp.gob.ec/index.php/2012-08-26-14-30-20/2012-08-26-15-07-18>.
17. Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública- Hospital San Vicente de Paúl. [Online].; 2015 [cited 2016 diciembre 7. Available from: <http://hsvp.gob.ec/index.php/servicios-medicos/unidades-especiales/ginecologia-y-obstetricia>.
18. Organizacion Mundial de Salud. Organizacion Mundial de Salud. [Online].; 2017 [cited 2017 Marzo 10. Available from: <http://www.who.int/topics/pregnancy/es/>.
19. Inés B. Salud. [Online].; 2015 [cited 2017 Marzo 2. Available from: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/embarazo/definicion/>.
20. Toledano Pelegrin J. Embarazo de Alto Riesgo. [Online].; 2015 [cited 2017 marzo 29. Available from: [http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1618/1/TFG\\_ToledanoPelegrin%2CJosefa.pdf](http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1618/1/TFG_ToledanoPelegrin%2CJosefa.pdf).
21. Gonzalo Acuña R JESM. Edad máxima en la que una mujer puede ser madre con

- sus propios óvulos. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2013 Octubre; 78(5).
22. Trujillo Guilcapi MP. Influencia de la edad durante el embarazo y sus complicaciones en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital general docente-Riobamba. 2014. Tesis.
  23. León LIH, Barreiro AM, Díaz OB. Peso, edad gestacional e historia genésica previa de la gestante. Revista Cubana de Salud Pública. 2011 octubre; 33(4).
  24. D'Gregorio RP. Definición de embarazo a término. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2013 Diciembre; 73(4).
  25. Manuel Gómez-Gómez CDBMAG. Revista Mexicana de pediatría. [Online].; 2012 [cited 2017 abril 2. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2012/sp121g.pdf>.
  26. Ministerio de Salud Pública. Control Prenatal. [Online].; 2015 [cited 2017 marzo 6. Available from: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>.
  27. Ministerio de Salud Pública. Control Prenatal. [Online].; 2016 [cited marzo 2017 5. Available from: <http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Guia%20Control%20Prenatal.pdf>.
  28. Ministerio de Salud Pública. Control prenatal. [Online].; 2016 [cited 2017 marzo 8. Available from: <http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Guia%20Control%20Prenatal.pdf>.
  29. Palomino Saravia SL. Embarazo de edad avanzada. 2016. Tesis.
  30. Costa MdC, Bezerra Filho JGABMGVdOMI, Carvalho de Oliveira RMDVSAR. Gestación de riesgo: percepción y sentimientos de las mujeres embarazadas con amniorrexe prematuro. Enfermería Global. 2010 Octubre; I(20).
  31. Araujo G. Comorbilidades y resultado perinatal y obstétrico en mujeres embarazadas mayores de 35 años en la unidad metropolitana de salud sur. [Online].; 2010 [cited 2017 marzo 29. Available from:

- <http://repositorio.puce.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/22000/10805/11.45.001030.pdf?sequence=4&isAllowed=y>.
32. Araujo G. Comorbilidades y resultado perinatal y obstétrico en mujeres embarazadas mayores de 35 años en la unidad metropolitana de salud sur. [Online].; 2013 [cited 2017 marzo 29. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/22000/10805/11.45.001030.pdf?sequence=4&isAllowed=y>.
  33. Araujo G. Comorbilidades y resultado perinatal y obstétrico en mujeres embarazadas mayores de 35 años en la unidad metropolitana de salud sur. [Online].; 2013 [cited 2017 marzo 29. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/22000/10805/11.45.001030.pdf?sequence=4&isAllowed=y>.
  34. Juarez Guerra AS. Resultados Perinatales adversos en embarazada añosa. 2013 octubre. Tesis.
  35. RAMOS LFO. FACTORES ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES AÑOSAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL, ENERO – JUNIO. 2014. Tesis.
  36. Enrique Donoso JACCVJAP. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Revista médica de Chile. 2014 Febrero; 142(2).
  37. PAREDES BSJR. Resultados perinatales y obstétricos en gestantes mayores de 35 años en el hospital regional de Loreto. 2015. Tesis.
  38. Elena SSM, Mercedes YFZ. Factores de Riesgo Materno Fetal, en mujeres con edad avanzada, que ingresan en el servicio de maternidad del Hospital “Vicente Corral Moscoso”. 2013. Tesis.
  39. Cartín AC. DIABETES MELLITUS. REVISTA MÉDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMÉRICA. 2011 Diciembre; 119(113).
  40. Chávez-Courtois M, Graham C. Experiencia y percepciones de la diabetes gestacional y su automanejo en un grupo de mujeres multíparas con sobrepeso. Ciência & Saúde Coletiva. 2014 Junio; 16(6).

41. Sosa L, Guirado M. Estados hipertensivos. Urug Cardio. 2013 Diciembre.
42. Ministerio de Salud Pública. Trastornos hipertensivos del embarazo Guía de Práctica Clínica. [Online].; 2013 [cited 2017 abril 9. Available from: [http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia\\_de\\_trastornos\\_hipertensivos.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_trastornos_hipertensivos.pdf).
43. Siranaula JFP, Montesdeoca. AFC. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la Enfermedad Hipertensiva en Embarazadas. 2014. Tesis.
44. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA. [Online].; 2012 [cited 2017 abril 2010. Available from: <file:///C:/Users/JESSICA/Downloads/GUIA-DE-PRACTICA-CLINICA-TRASTORNOS-HIPERTENSIVOS-DEL-EMBARAZO.pdf>.
45. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA. [Online].; 2013 [cited 2017 abril 10. Available from: <file:///C:/Users/JESSICA/Downloads/GUIA-DE-PRACTICA-CLINICA-TRASTORNOS-HIPERTENSIVOS-DEL-EMBARAZO.pdf>.
46. VICENTE JSR. Muerte materna asociada a la tercera demora en la provincia de Manabí. 2016. Tesis.
47. Secretaría Distrital de Salud. Guía de trastornos hipertensivos del embarazo. [Online].; 2014 [cited 2017 abril 9. Available from: [http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/Guia%20Maternidad-Trastornos\\_baja.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/Guia%20Maternidad-Trastornos_baja.pdf).
48. Romero RdCC. Estudio comparativo de las complicaciones maternas perinatales en gestantes nulíparas jóvenes y normales atendidas en el Hospital Isidro Ayora Loja. [Online].; 2014 [cited 2017 abril 10. Available from: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13416/1/Estudio%20comparativo%20de%20las%20complicaciones%20maternas%20perinatales%20en%20nulis%20a%20a%20C3%B1os%20y%20normales%20atendidas%20en%20el%20Hospital%20isidro%20Ayora%20Loja%201.pdf>.
49. Siranaula: JFP, Montesdeoca AFC. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la Enfermedad Hipertensiva en Embarazadas en el Hospital Obstétrico Ángela Loayza

- de Ollague en el departamento de Gineco Obstetricia. Santa Rosa – El Oro. 2015. Tesis.
50. Susana Barba J JCC. Pautas de manejo del embarazo múltiple complicado con la muerte fetal in útero de un gemelo. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2012 octubre; 77(2).
  51. Andia Melgar B, Fuentes C, Pozo O, Rojas M, Vizcarra H, Arancibia FL. Placenta Previa. Universidad, Ciencia y Sociedad. 2010 diciembre; 2(3).
  52. RAMOS LFO. Factores asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas en el instituto nacional materno perinatal. 2014. Tesis.
  53. Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica (GPC). Ruptura prematura de membranas. 1st ed. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015.
  54. Ahumada-Barrios ME. Factores de Riesgo de parto pretérmino en un hospital. scielo. 2016 abril; 24(50).
  55. Alberto PCD. Síndrome de Down. Scielo. 2014 julio; 45(3).
  56. Maria Nelia Martínez Lima MAVB, YSS. Hallazgo de polidactilia y sindactilia en embrión humano de ocho semanas. Presentación de un caso. scielo. 2014 febrero; 12(1).
  57. Ministerio de Salud Pública. Recién nacido con dificultad para respirar. In. Quito; 2015.
  58. Ministerio de Salud Pública. Recién nacido con dificultad para respirar. 2015..
  59. Luis Alfonso Mendoza Tascón DICBLIMT. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. scielo. 2011 noviembre.
  60. Méndez DN. Controversias actuales para definir las alteraciones del bienestar fetal. Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. 2013 junio; 17(3).
  61. García DMSJPBIMBORNML. Factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2011 diciembre; 37(4).
  62. Baños LGG. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer. Revista Cubana de Salud Pública. 2012 enero; 38(2).
  63. Secretaría de salud. Diagnóstico y tratamiento de la restricción del crecimiento

- intrauterino. 2011..
64. Eduardo Sepúlveda BFCGAPSEG. Restricción de crecimiento intrauterino. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014; octubre; 25(6).
  65. Cruz ACS, Ceccon MEJ. Prevalencia de la asfixia perinatal y la encefalopatía hipóxico-isquémica en recién nacidos a término teniendo en cuenta dos criterios diagnósticos. Scielo. 2010 agosto; 20(2).
  66. Alfredo Ovalle EKWÁCP. ESTUDIO ANÁTOMO-CLÍNICO DE LAS CAUSAS DE MUERTE FETAL. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2011 abril; 5(3).
  67. Souza MdLd, Laurent R, Knobe R. Mortalidad materna en Brasil debida a hemorragia. scielo. 2013 junio.
  68. Constitución. Constitución de la República del Ecuador. In. Quito: Registro Oficial, 449, 20-10.; 2008.
  69. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Buen Vivir Plan Nacional. [Online].; 2013-2017 [cited 2017 enero 5. Available from: <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion>.
  70. Federación Ecuatoriana de Enfermeros y Enfermeras. Ley de Ejercicio profesional de las enfermeras y enfermeros del Ecuador. 2000..
  71. SOCIDEMOGRÁFICAS DDE. Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones. [Online].; 2014 [cited 2017 abril 27. Available from: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Nacimientos\\_Defunciones/Publicaciones/Anuario\\_Nacimientos\\_y\\_Defunciones\\_2014.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf).
  72. INEC. Resultados del Censo de Población y Vivienda. [Online].; 2010 [cited 2017 Abril 19. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/imbabura.pdf>.
  73. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Características generales de la Población. 2010..
  74. Claudia Arispe MSGT. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores

- asociados a su ocurrencia. Revista Medica Herediana. 2011 enero; 22(4).
75. Lemor A. Relación entre la edad materna avanzada y la morbilidad neonatal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Enero -Octubre del 2012. scielo. 2012.
76. mediavilla ja. embarazo tardio. josefina. 2016 mayo- junio ;: p. 22.55.
77. Dr. Jesús Hernández Cabrera,1 Dra. Danilec Hernánd. Resultados perinatales y maternos de los embarazos en edad madura. 2009.
78. Cynthia Ferreira Salazar Karina García García Leandra Macías Leiva APAT. Anuario de Nacimientos – 2011. MUJERES Y HOMBRES del Ecuador en Cifras III- Instituto Nacional de Estadística y Censos. Fuente. [Online].; 2010,. Available from: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres\\_y\\_Hombres\\_del\\_Ecuador\\_en\\_Cifras\\_III.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf).
79. HernándezI MV, EnriquezI OS, IzquierdoII AR, RivasIII JL. Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años. Rev Cubana Obstet Ginecol v.35 n.1. 2009.
80. García Ortíz L. blogspot. [Online].; 2012. Available from: <http://cuidadosenfermeros-lidia.blogspot.com/2012/09/cuidado-de-enfermeria.html>.
81. Ley del Ejercicio Profesional de las Enfermeras y Enfermeros del Ecuador. [Ley 57 (Registro Oficial 261, 19-II-1998)].; 1998.
82. Sanchez Sandoval ZM, Yugsi Fajardo ZM. Factores de Riesgo Materno Fetal, en mujeres con edad avanzada, que ingresan en el servicio de maternidad del hospital “Vicente Corral Moscoso. 2013..
83. Guilcapi MTP. Influencia de la Edad durante el Embarazo y sus Complicaciones en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital General docente-Riobamba. 2013. Tesis.
84. Lina Vanessa Beltrán Chaparro1 PBJALRWOH. ESTADOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO. SCIELO. 2014 DICIEMBRE; 5(8).
85. HSVP. Hospital San Vicente de Paúl. [Online].; 2012 [cited 2016 abril 24. Available from: <http://hsvp.gob.ec/index.php/2012-08-26-14-30-20/historia>.

86. Hernandez Lyo. La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. Revista Cubana de Enfermería. 2010 Enero - marzo; 26(n1).
87. Copado SS. Muerte fetal intrauterina. [Online].; 2015 [cited 2017 abril 19. Available from: [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/actividad\\_docente\\_e\\_investigadora/clases\\_residentes/2015/clase2015\\_muerte\\_fetal.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2015/clase2015_muerte_fetal.pdf).



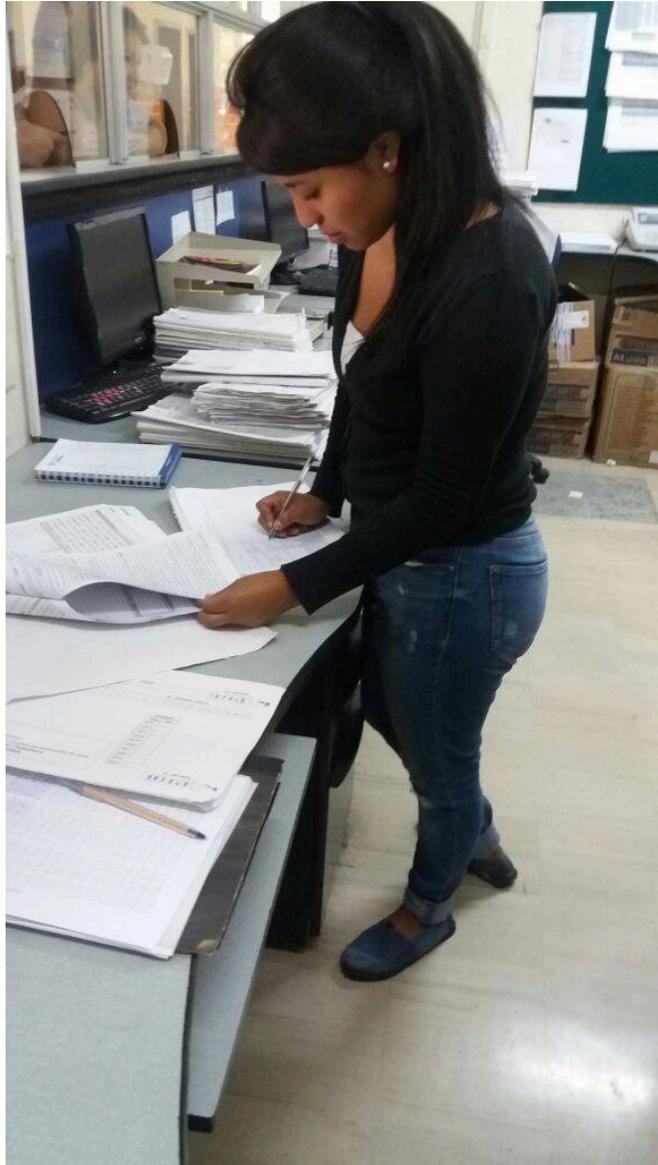


Foto 1 Recolección de información

## SUMMARY

The International Gynecologists and Obstetricians Federation defined thirty five years old as advanced maternal age and an obstetric risk for maternal-perinatal complications. This research was carried out to determine the obstetric-perinatal risks for pregnant women over thirty five years old. The methodology was observational, descriptive and cross-sectional with a quantitative approach; to collect information, an observation guide was used to get sociodemographic data, so the obstetric and perinatal risks were recorded. The information was taken for 12 months, it was based on the records of the Clinical Histories, the sample was 172 cases, the main results were that the mothers aged over 35 years old represented 12% of the total number of deliveries attended in this health home, 76% were multiple-gestive, they presented 38 weeks of gestational age, they had more than 5 prenatal controls. They finished their pregnancy by cesarean and in relation to their risk, it was known that 63% of these patients suffered of preeclampsia, 26.79% gestational hypertension, 7.14% HELLP syndrome; 3.75% eclampsia, 12.20% premature rupture of membranes, 6% preterm delivery, 4% gestational diabetes, 12.33% afterbirth, and 3.48% twins pregnancy, it was in terms of perinatal complications. Therefore, there is a higher risk of low weight births in a percentage of 23.24%; 15% of fetal wellbeing risk, 9% of prematurity, 9% of respiratory distress syndrome, 3% of fetal death and 0.58% of Down syndrome and polydactyly.

**KEYWORDS:** pregnant older than 35 years, obstetric and perinatal risks.

