

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
CHOTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**FACTORES SOCIALES - OBSTÉTRICOS Y COMPLICACIONES  
MATERNAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DEL  
DISTRITO DE CHOTA, 2025**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS**

**Bach. Enf. NEYLI YOGANI DELGADO RAMIREZ**

**Bach. Enf. JENNY LIZETH GUEVARA MARRUFO**

**ASESORA**

**DRA. MARÍA EDELMIRA RAMOS TARRILLO**

**CHOTA – PERÚ**

**2025**



Chota, 19 de enero de 2026.

**C.O. N° 004-2026-UI-FCCSS**

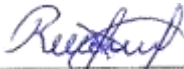
## **CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD**

El que suscribe, Responsable de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, hace constar que el Informe Final de Tesis titulado: **“FACTORES SOCIALES - OBSTÉTRICOS Y COMPLICACIONES MATERNAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DEL DISTRITO DE CHOTA, 2025”** elaborado por las **Bachilleres en enfermería: Neyli Yoganí Delgado Ramírez y Jenny Lizeth Guevara Marrufo**, para optar el Título Profesional de Licenciada (o) en Enfermería, presenta un índice de similitud de 13%, sin incluir material bibliográfico, material citado, fuentes con menos de 20 palabras y depósitos de trabajos de estudiantes; asimismo, comparado con contenido de páginas web, boletines, periódicos y publicaciones [desde el resumen hasta las recomendaciones]; por lo tanto, cumple con los criterios de evaluación de originalidad establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Autónoma de Chota.

Se expide la presente, en conformidad a la directiva antes mencionada, para los fines que estime pertinentes.

Atentamente,



  
Dr. JORGE ROMAIN TENORIO CARRANZA  
Jefe de la Unidad de Investigación  
Facultad Ciencias de la Salud  
UNACH




**Unidad de Investigación**  
**Facultad en Ciencias de la**  
**Salud**  
**UNACH**


C.c.  
Archivo  
Ch/2025

# Neyli Yogani Delgado Ramirez – Jenny Lizeth Guevara Marrufo

## FACTORES SOCIALES - OBSTÉTRICOS Y COMPLICACIONES MATERNAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN UN HOSPITAL

 ASESORÍAS

 JURADO Y ASESORIA

 Universidad Nacional Autónoma de Chota

### Detalles del documento

Identificador de la entrega

**tm:oid:::1:3457752216**

Fecha de entrega

**15 ene 2026, 8:30 p.m. GMT-5**

Fecha de descarga

**15 ene 2026, 8:32 p.m. GMT-5**

Nombre del archivo

**ESTANTES\_ATENDIDAS\_EN\_UN\_HOSPITAL\_DE\_L\_DISTRITO\_DE\_CHOTA\_2025.pdf**

Tamaño del archivo

**445.2 KB**

**68 páginas**

**16.950 palabras**

**90.428 caracteres**




# 13% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

## Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado

## Fuentes principales

- 13%  Fuentes de Internet
- 5%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Marcas de integridad

### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Formato N° 11: Acta de sustentación Informe final de tesis

Siendo las 11:00 horas del día 17 de DICIEMBRE del año 2025, se reunieron en la Sala de Sustentaciones de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, el Jurado Evaluador presidido por el (la) Dr. Jorge Romain Tenorio Carranza, secretario (a) Mg. Rafael Artidoro Sandoval Núñez, como vocal Dr. Juan de Dios Aguilar Sánchez y como asesor (a) del Informe Final de Tesis el (la) Dra. María Edelmira Ramos Tarrillo.

Actuando de conformidad con el Reglamento Específico de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, se dio inicio a la Sustentación del Informe Final de Tesis: Factores sociales - obstétricos y complicaciones maternas en gestantes atendidas en un hospital del distrito de Chota, 2025

presentado por el (los) bachiller (es): Neyli Yoganí Delgado Ramírez y Jenny Lizeth Guevara Marrufo de la Escuela Profesional de Enfermería.

Luego de la sustentación, deliberación y consenso de los integrantes del Jurado Evaluador se acordó APROBAR el Informe Final de Tesis en mención con la calificación de (números y letras): 15 (QUINCE) y con la denominación HONROSA por lo tanto el(la) bachiller(es) puede(n) proseguir con los trámites ulteriores, para la recepción del diploma que le (la) acredite como licenciado (a) en Enfermería.

En señal de conformidad, firman los presentes a horas 12:30 del 17 de DICIEMBRE del 2025.

JURADO EVALUADOR	FIRMA
<b>Presidente :</b> - Dr. Jorge Romain Tenorio Carranza	
<b>Secretario:</b> - Mg. Rafael Artidoro Sandoval Núñez	
<b>Vocal:</b> - Dr. Juan de Dios Aguilar Sánchez	
ASESOR	FIRMA
- Dra. María Edelmira Ramos Tarrillo	





HOJA DE FIRMA DE JURADOS

**Título de la Tesis:**

FACTORES SOCIALES - OBSTÉTRICOS Y COMPLICACIONES  
MATERNAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DEL  
DISTRITO DE CHOTA, 2025.

**Autor(es):**

Neyli Yogani Delgado Ramirez  
Jenny Lizeth Guevara Marrufo



---

Dr. Jorge Romain Torero Carranza  
**Presidente**



---

Mg. Rafael Artidoro Sandoval Núñez  
**Secretario**



---

Dr. Juan de Dios Aguilar Sánchez  
**Vocal**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por guiarnos y fortalecernos en cada paso de este camino, por darnos la sabiduría, la perseverancia y la fe necesarias para culminar esta meta tan importante.

A nuestros padres, con profundo amor y gratitud, por su apoyo incondicional, sus enseñanzas, su comprensión y por ser el ejemplo que nos inspira a seguir adelante. A nuestras familias, y seres queridos por su cariño, motivación y compañía constante durante este proceso.

De manera muy especial, dedico también este logro a Lulú y Kira, mis fieles compañeras de cuatro patas, quienes con su amor incondicional y ternura me acompañaron en los días de estudio, brindándome paz y alegría.

A nuestra asesora la Dra. María Edelmira Ramos Tarrillo y a nuestro jurado por las orientaciones y guía en este trabajo de investigación.

Finalmente, agradecemos a nuestros docentes por las enseñanzas brindadas y por su conocimiento compartido en las aulas, para formarnos como profesionales en la Carrera Profesional de Enfermería.

**A:**

A nuestros padres, por ser nuestros cimientos esenciales y nuestro modelo de esfuerzo y sacrificio; por cada consejo y apoyo incondicional que nos han proporcionado durante esta etapa y la universitaria, para así alcanzar con éxito uno de los muchos objetivos que tenemos en mente. Estamos seguros de que, gracias a su amor y respaldo incondicional, lograremos cada uno de ellos.

**Neyli y Jenny**

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

	<b>Pág.</b>
<b>RESUMEN</b>	viii
<b>ABSTRACT</b>	ix
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	6
2.1. Antecedentes del estudio	6
2.2. Bases conceptuales	11
2.3. Definición de términos básicos	22
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>MARCO METODOLÓGICO</b>	23
3.1. Ámbito de estudio	23
3.2. Diseño de investigación	24
3.3 Hipótesis	24
3.4. Población, muestra y unidad de estudio	24
3.5. Operacionalización de las variables	27
3.6. Descripción de la metodología	31
3.7. Procedimiento y análisis de datos	33
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	34
4.1. Describir los factores sociales y obstétricos de las gestantes atendidas en un hospital del distrito de Chota, 2025.	34
4.2. Describir las complicaciones maternas en las gestantes atendidas en un hospital del distrito de Chota, 2025.	41
4.3. Determinar la relación entre los factores sociales y obstétricos con las complicaciones maternas en gestantes atendidas en un hospital del distrito de Chota, 2025.	52
<b>CAPÍTULO V</b>	
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	65
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	68
<b>ANEXOS</b>	85
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	

		<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1.</b>	Factores sociales de las gestantes atendidas en un hospital del distrito de Chota, 2025	34
<b>Tabla 2.</b>	Factores obstétricos de las gestantes atendidas en un hospital del distrito de Chota, 2025	38
<b>Tabla 3.</b>	Complicaciones maternas durante el embarazo en las gestantes atendidas en un hospital del distrito de Chota, 2025	41
<b>Tabla 4.</b>	Complicaciones maternas durante el parto en las gestantes atendidas en un hospital del distrito de Chota, 2025	45
<b>Tabla 5.</b>	Complicaciones maternas durante el posparto en las gestantes atendidas en un hospital del distrito de Chota, 2025	49
<b>Tabla 6.</b>	Relación entre los factores sociales y obstétricos con / sin complicaciones maternas presentadas durante el embarazo en gestantes atendidas en un hospital del distrito de Chota, 2025	52
<b>Tabla 7.</b>	Relación entre los factores sociales - obstétricos con / sin complicaciones maternas presentadas durante el parto en gestantes atendidas en un hospital del distrito de Chota, 2025	57
<b>Tabla 8.</b>	Relación entre los factores sociales - obstétricos con / sin complicaciones maternas presentadas durante el posparto en gestantes atendidas en un hospital del distrito de Chota, 2025	61

## ÍNDICE DE ABREVIACIONES

ALC	: América Latina y el Caribe
CDC	: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades
CPN	: Control prenatal
FIGO	: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
GORE	: Gobierno Regional de Cajamarca
INMP	: Instituto Nacional Materno Perinatal
MINSA	: Ministerio de Salud
OMS	: Organización Mundial de la Salud
OPS	: Organización Panamericana de la Salud
ODS	: Objetivos del Desarrollo Sostenible
SE	: Semana epidemiológica
UNICEF	: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

## RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre los factores sociales - obstétricos y las complicaciones maternas en gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenilla - Chota, 2025. Investigación cuantitativa, no experimental, retrospectivo, relacional y transversal, ejecutada con una muestra de 186 historias clínicas. Las técnicas utilizadas fueron el análisis documental y la observación, como instrumento, se utilizó una ficha de recolección de datos. En factores sociales, el 57,0% tenía entre 18 y 29 años, 57,0% convivientes, 32,8% secundaria completa, 53,8% amas de casa y 55,9% procedencia rural. En cuanto a los factores obstétricos, el 86,0% tienen entre 28 y 41 semanas, 56,5% nulíparas, 98,8% periodo intergenésico adecuado, 69,5% parto vaginal y 91,9% igual o mayor a seis atenciones prenatales. Las complicaciones maternas más frecuentes durante la gestación, fueron la infección del tracto urinario 57,5%, la rotura prematura de membrana 19,4% y la preeclampsia 5,9%; durante el parto fue la distocia de presentación 9,7%, el sufrimiento fetal 4,8% y el trabajo de parto prolongado 1,6%; y durante el posparto, fue la hemorragia puerperal. Concluye que existe relación entre el factor obstétrico culminación de la gestación con las complicaciones maternas durante el embarazo; durante el parto, se encontró relación entre los factores obstétricos edad gestacional, paridad y culminación de la gestación con las complicaciones maternas; y durante el posparto no se encontró una relación entre los factores sociales - obstétricos y las complicaciones maternas.

**Palabras clave:** Factores, complicaciones maternas, gestante.

## ABSTRACT

The study was conducted to determine the relationship between social and obstetric factors and maternal complications in pregnant treated at "José Hernán Soto Candelillas" Hospital in Chota, 2025. This quantitative, non-experimental, retrospective, relational, and cross-sectional study was conducted using a sample of 186 medical records. The techniques used were document analysis and observation; a data collection form was used as instrument. Regarding social factors, 57.0% of women were between 18 and 29 years old, 57,0% were cohabiting, 32,8% had completed secondary education, 53,8% were homemakers, and 55,9% came from rural areas. Regarding obstetric factors, 86,0% of women were between 28 and 41 weeks pregnant, 56,5% were nulliparous, 98,8% had an adequate interpregnancy interval, 69,5% had vaginal delivery, and 91,9% had six or more prenatal visits. The most frequent maternal complications during pregnancy were urinary tract infection (57,5%), premature rupture of membranes (19,4%), and preeclampsia (5,9%); during delivery, the most frequent complications were malpresentation (9,7%), fetal distress (4,8%), and prolonged labor (1,6%); and during the postpartum period, the most frequent complication was puerperal hemorrhage. It concludes that there is a relationship between the obstetric factor of completion of the previous pregnancy and maternal complications during pregnancy; during childbirth, a relationship was found between the obstetric factors of gestational age, parity and completion of the previous pregnancy and maternal complications; and during postpartum, no relationship was found between social-obstetric factors and maternal complications.

**Keywords:** Factors, maternal complications, pregnant.

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 287,000 mujeres fallecen cada año a causa de complicaciones obstétricas que ocurren durante el embarazo o tras el parto. La mayoría de estas muertes maternas están asociadas tanto a factores sociales como la escasa disponibilidad de servicios sanitarios y el nivel socioeconómico bajo y el bajo nivel educativo, como a factores obstétricos, entre los que destacan la multigestación, la gestación en adolescentes o mujeres mayores, así como la falta de atención prenatal o de calidad durante el parto [1].

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que las infecciones obstétricas representan la tercera causa más frecuente de mortalidad materna. Se estima que, de cada 1000 mujeres que dan a luz, 11 presentan disfunciones orgánicas severas como resultado de infecciones, las cuales pueden llegar a ser letales [2]. El impacto de las infecciones obstétricas en la defunción materna está directamente relacionado con múltiples factores sociales, siendo más vulnerables las gestantes que viven en contextos de pobreza, con bajo nivel educativo y sin acceso adecuado a servicios de salud.

Aunque el embarazo y el parto suelen desarrollarse sin problemas, pueden presentarse complicaciones, muchas de ellas prevenibles o tratables. La OMS ha promovido políticas públicas para asegurar partos seguros y reducir las desigualdades en la supervivencia materna, especialmente frente a la hemorragia puerperal. Las principales causas de muerte materna, responsables del 75% de los casos, incluyen hemorragias, infecciones, toxemias gravídicas, complicaciones durante el parto y abortos.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) señala que, cada año, alrededor de 303 mil mujeres fallecen a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), es esencial disminuir estas complicaciones y fortalecer la calidad de la atención materna, asegurando así la salud y el bienestar de las mujeres. La

hipertensión arterial, diabetes, obesidad, enfermedades cardíacas y renales son los principales factores de riesgo [4].

En América Latina y el Caribe (ALC), El 15% de los fallecimientos se debe a causas maternas, lo que equivale a cerca de 8.400 mujeres que mueren anualmente debido a problemas vinculados con el embarazo y el parto. Se estima que para el año 2030, la tasa de mortalidad materna disminuirá a 30 fallecimientos por cada 100,000 nacidos vivos [5]. Según datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), las principales causas de estas muertes incluyen hemorragias intensas, hipertensión e infecciones durante el embarazo. También influyen complicaciones provocadas por abortos inseguros y enfermedades preexistentes como el VIH/sida y el paludismo [6].

En Ecuador, las complicaciones obstétricas más frecuentes son la rotura prematura de membranas (48,7%) y la preeclampsia severa (21,0%). Se observó que la rotura prematura de membranas ocurre con mayor frecuencia en mujeres multíparas, mientras que la preeclampsia severa se presenta principalmente en mujeres nulíparas. Asimismo, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) identificó una asociación entre la aparición de complicaciones obstétricas y un número insuficiente de controles prenatales, ya que el 64,7% de las afectadas asistieron a cuatro o menos controles durante su embarazo, siendo también significativa la incidencia en adolescentes, con un 26,0% [8].

El Ministerio de Salud (MINSA) del Perú ha informado que aproximadamente 301 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, ocurridas durante el puerperio tardío. Las regiones con mayor número de defunciones maternas incluyen Lima con 31 casos, Piura con 28, Cajamarca con 25 y Amazonas con 13. Un estudio realizado en Lima identificó que las complicaciones puerperales más comunes fueron la infección puerperal (61,1%) y la hemorragia puerperal (30,6%). Asimismo, se observó que factores obstétricos como la insuficiencia en los controles prenatales aumentaron en 4,5 ocasiones el peligro de que surjan complicaciones obstétricas, al igual que la multiparidad, el sobrepeso, la anemia y las complicaciones ocurridas durante el parto [10].

Frente a esta situación, el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) ha implementado la Guía de Práctica Clínica y Procedimientos en Obstetricia y Perinatología, con el propósito de brindar una atención de calidad en el manejo de la amenaza de parto pretérmino. Esta guía busca contribuir a la reducción de la morbilidad materna y perinatal mediante un diagnóstico preciso del parto pretérmino, así como la instauración oportuna de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, con el fin de prevenir la morbilidad materna y perinatal grave [11].

En la región de Piura se llevó a cabo una investigación sobre complicaciones obstétricas, cuyos resultados revelaron que la preeclampsia fue la más común, con una incidencia del 20%, mientras que en solo el 3,3% de los casos se dio la hiperémesis gravídica. La mayoría de las gestaciones culminaron mediante cesárea, representando el 71,7% de los partos. Respecto a las dificultades perinatales, la mayoría se dieron por bajo peso al nacer 18,3% y por prematuridad 30%. Respecto a los factores socio-obstétricos, predominó la presencia de mujeres adultas entre los 30 y 46 años (56,7%) y de multigestas (58,3%) [12].

En Cajamarca, un estudio realizado en mujeres gestantes evidenció que el 93,2% de las pacientes presentaron algún problema que no les permitía tener un parto vaginal. El parto prematuro (45,4%), la distocia (50,5%) y los desórdenes hipertensivos del embarazo (39,2%) fueron las complicaciones más comunes que se encontraron. [13]. De acuerdo con el Gobierno Regional de Cajamarca (GORE), más de 800 establecimientos de salud atienden anualmente a alrededor de 24 mil gestantes, ofreciendo control prenatal con el objetivo de proteger la salud materna y fetal durante el embarazo [14].

Entre los años 2017 y 2023, en la región Cajamarca se registraron un total de 52 muertes maternas, que supone el 5,5% del total nacional en ese periodo [15]. De acuerdo con el Boletín Epidemiológico del Gobierno Regional de Cajamarca, durante la semana epidemiológica (SE) 15 del año 2024 se han reportado seis nuevas defunciones maternas, distribuidas en las provincias de San Ignacio, Hualgayoc, San Marcos, Celendín y Cajamarca [16]. Asimismo, en la provincia de Chota se notificaron tres muertes maternas durante el año 2023, según información del Boletín Epidemiológico del Perú [17].

Si bien es cierto que la mayoría de las muertes maternas se deben a complicaciones obstétricas que suceden durante el embarazo, el parto y la etapa de posparto las cuales, en su mayoría, son prevenibles, resulta fundamental identificar las características sociodemográficas y las complicaciones obstétricas asociadas, a fin de intervenir de manera oportuna y evitar desenlaces fatales. En la provincia de Chota, no se han desarrollado estudios que analicen los factores socio-obstétricos y su relación con las complicaciones maternas. Por tanto, se formuló la pregunta de investigación siguiente: ¿Cuál es la relación entre los factores sociales - obstétricos y las complicaciones maternas en gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenilla - Chota, 2025?; y como hipótesis H1: La relación entre los factores sociales - obstétricos y las complicaciones maternas en gestantes atendidas en un Hospital del distrito de Chota, 2025, es significativa.

Se plantearon como objetivo general: Determinar la relación entre los factores sociales - obstétricos y las complicaciones maternas en gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenilla - Chota, 2025; y los específicos: Describir los factores sociales y obstétricos de las gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas - Chota, 2025; Describir las complicaciones maternas durante el embarazo en las gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas - Chota, 2025; Identificar las complicaciones maternas durante el parto en las gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas - Chota, 2025; Describir las complicaciones maternas durante el posparto en las gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas - Chota, 2025.

En cuanto a los factores sociales, 57,0% tenía entre 18 y 29 años, 57,0% convivientes, 32,8% secundaria completa, 53,8% amas de casa y 55,9% procedencia rural. En cuanto a los factores obstétricos, 86,0% tienen entre 28 y 41 semanas, 56,5% nulíparas, 98,8% periodo intergenésico adecuado, 69,5% parto vaginal y 91,9% igual o mayor a seis atenciones prenatales. La infección del tracto urinario fue la complicación materna más común durante el embarazo con 57,5%, rotura prematura de membrana 19,4% y preeclampsia 5,9%; durante el parto fueron la distocia de presentación 9,7%, sufrimiento fetal 4,8% y trabajo de parto prolongado 1,6%; y durante el posparto, fue la hemorragia puerperal.

El estudio incluye cinco partes. El Capítulo I: Introduce el tema en investigación y explica el problema que se examina, así como su contexto. El Capítulo II: es el marco teórico, que sitúa la investigación dentro del marco de saberes existentes. El Capítulo III contiene la metodología empleada, en el que se explican los métodos para recopilar y analizar datos. El Capítulo IV: Incluye los resultados obtenidos y su respectivo análisis. Por otro lado, el capítulo V: incluye las conclusiones que resultan de los descubrimientos, así como recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes del estudio**

##### **A nivel internacional**

Concha A. et al. (Argentina, 2024) llevaron a cabo un estudio titulado “Complicaciones durante el embarazo y el parto vinculados con la salud del recién nacido”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre las complicaciones obstétricas durante la gestación y el tipo de parto. La investigación fue de diseño no experimental, descriptiva y prospectiva, muestra 261 gestantes. Se encontró que el 66,7% de las mujeres recibió entre una y tres controles prenatales, y el 51,1% tuvo parto por cesárea. La complicación más común durante el embarazo fue la infección de vías urinarias (26,7%). Además, el 48,9 % de los neonatos tuvo problemas respiratorios. Los autores concluyeron que existe una relación estadísticamente significativa entre las infecciones urinarias recurrentes en el embarazo y la aparición de problemas respiratorios en los neonatos ( $p < 0,001$ ) [18].

Novoa et al., (Cuba, 2023) llevaron a cabo un estudio denominado “Complicaciones obstétricas durante el embarazo en Hospital General Rodríguez Zambrano”, con el fin de determinar la prevalencia de diversas complicaciones obstétricas. Estudio descriptivo y transversal, en el que se revisaron 119 historias clínicas. Se encontró que el 48,7% presentó rotura prematura de membranas. Seguido de la preeclampsia severa 21,0% en mujeres nulíparas. El análisis estadístico mostró una asociación significativa entre la aparición de complicaciones y la insuficiencia de controles prenatales ( $p = 0,000$ ). Además, se registró un mayor número de cesáreas en pacientes con diagnóstico de preeclampsia. Concluyeron que las complicaciones más comunes fueron la ruptura de membranas antes de tiempo y la preeclampsia grave [19].

Soto E. et al. (México, 2023) investigaron los “Desenlaces obstétricos y perinatales en las gestantes”, cuyo objetivo fue analizar los desenlaces obstétricos y perinatales en gestantes. Se trató de una investigación de tipo observacional, transversal y retrospectiva, muestra 428 embarazadas. El 21,5% tenía obesidad, mientras que el 33,1% eran primíparas. Además, se reportó una prevalencia de cesáreas del 26,1% y se evidenció que el 51,4% de las gestantes presentó complicaciones obstétricas. Los autores concluyen que más de la mitad de las participantes desarrollaron complicaciones obstétricas, especialmente durante el ingreso a cuidados intensivos, y se identificaron casos de muerte fetal [20].

Cancellieri C. et al. (Argentina, 2022) estudiaron las “Complicaciones obstétricas en puérperas de Argentina, 2022”, cuyo objetivo fue analizar las complicaciones obstétricas ocurridas durante el embarazo y el parto. Se trató de una investigación analítica, retrospectiva y de corte transversal. Los resultados revelaron que las gestantes que sean menores o igual a 18 años tuvieron mayor incidencia de embarazos no controlados, partos pretérminos y recién nacidos con bajo peso. En contraste, las mujeres de 35 años o más mostraron una mayor prevalencia de diabetes gestacional, de desórdenes hipertensivos en el embarazo, de partos por cesárea y neonatos con peso elevado para su edad gestacional. Los autores concluyen que el riesgo obstétrico varía significativamente en función de la edad materna [21].

Vaquero et al. (Argentina, 2020) estudiaron “Complicaciones materno-fetales en embarazadas añosas del Centro de Salud San Jacinto, 2020”, con el objetivo de determinar las complicaciones materno-fetales en gestantes de edad avanzada. La investigación, aplicada a 80 mujeres, fue de tipo no experimental, cuantitativa, retrospectiva y transversal. La mayoría de las participantes tenía entre 35 y 37 años, vivían en unión libre, tenían educación primaria y residían en zonas rurales. Las complicaciones maternas más frecuentes fueron la rotura prematura de membranas (25%), los trastornos hipertensivos (16,2%) y el aborto espontáneo (13,7%). A nivel fetal, la prematuridad y el bajo peso al nacer fueron las más frecuentes (17,5% cada una), seguidas del síndrome de dificultad respiratoria (11,2%). En conclusión,

La ruptura temprana de membranas fue la dificultad más habitual en las madres, y la prematuridad, en los fetos [22].

Urdaneta J.R. et al. (Venezuela, 2020) realizaron el estudio “Complicaciones obstétricas en gestantes trabajadoras”, con el propósito de determinar el riesgo de complicaciones obstétricas en mujeres embarazadas con actividad laboral. Fue una investigación no experimental, de tipo transaccional, aplicada en una muestra de 200 gestantes. Los resultados revelaron que el 44% presentó alguna complicación obstétrica. Aunque se observó que no contar con una condición laboral podría actuar como factor protector frente a la preeclampsia, esta asociación no fue estadísticamente significativa. Los autores concluyeron que la actividad laboral no incrementó el riesgo de complicaciones obstétricas en las gestantes evaluadas [23].

### **A nivel nacional**

Auccapuclla MS. y Aucaapuclla JG. (Perú, 2024) realizaron un estudio en Ayacucho, Perú, con el objetivo de determinar la frecuencia de complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y posparto. Fue una investigación cuantitativa, descriptiva y transversal, basada en 183 historias clínicas. La mayoría de gestantes tenía entre 22 y 30 años, convivía con su pareja, contaba con educación secundaria, trabajaba en el sector informal y accedió al control prenatal. Las complicaciones en la gestación, fueron la anemia (10,3%) y la hipertensión (6,0%); en el parto, los desgarros vulvo-perineales (5,4%) y la atonía uterina (4,3%); y en el puerperio, la retención de restos de placenta (11,4%) y la infección de episiorrafia (4,9%). Se concluyó que las complicaciones fueron más frecuentes durante la gestación [24].

Blas DL. (Perú, 2022) estudió “Factores sociales - obstétricos y su relación con complicaciones maternas en gestantes de Pucallpa 2022”, cuyo objetivo fue establecer la relación entre factores sociales- obstétricos y complicaciones maternas en gestantes; estudio relacional, no experimental y de corte transversal, la muestra fue de 197 gestantes. En cuanto a los factores, el 48,2% tenían entre 35 y 37 años, el 28,9% había completado la secundaria y el 91,9% eran ama de casa. En lo que respecta a los factores obstétricos, el

78,7% presentó un período gestacional de entre 28 y 41 semanas; el 73,6%, multíparas; el 53,8%, un intervalo intergenésico inapropiado; el 70,1%, partos vaginales; y el 64,7%, menos de seis CPN. Concluye que no hubo relación entre los factores obstétricos sociales y las complicaciones de las madres ( $p$ -valor > 0,05). [25].

Gómez KE y Mendoza DT. (Perú, 2021) realizaron un estudio observacional, descriptivo y transversal en 120 gestantes de Junín, con el objetivo de identificar complicaciones obstétricas. La mayoría tenía entre 20 y 34 años, menos de seis controles prenatales y eran multíparas. Durante el embarazo, el 45% tuvo infección urinaria, 11,7% rotura prematura de membranas y 9,2% parto pretérmino. En el parto, se presentó sufrimiento fetal (14,2%) y parto precipitado (10%); y en el posparto, desgarros vulvoperineales (58,3%) y hemorragia (6,7%). Se concluyó que las complicaciones más frecuentes fueron la infección urinaria, el sufrimiento fetal agudo y los desgarros vulvoperineales [26].

Yangali, NP. (Perú, 2020) investigó “Complicaciones obstétricas en gestantes del Centro de Salud Huaccana, 2020”, su objetivo fue determinar las complicaciones obstétricas en las gestantes, estudio observacional, descriptivo y transversal, con 66 gestantes. El 66,7% convivientes, el 69,7% secundaria y 36,4% amas de casa. El 63,6% fueron multíparas, el 40,9% con cuatro a seis atenciones y el 37,9% espacio intergenésico de dos a cinco años. El 18,2% tuvo antecedentes de aborto, El 22,7% tuvieron amenaza de aborto y el 18,2% abortos. En II y III trimestres, la placenta previa afectó al 9,1% y la ruptura prematura de membranas al 7,6%. Entre las complicaciones fetales se incluye también el sufrimiento fetal agudo (16,7%). Concluye que las complicaciones obstétricas fueron el aborto, sufrimiento fetal agudo y placenta previa [27].

Castro (Perú, 2020) desarrolló el estudio “Complicaciones obstétricas y neonatales en gestantes de Tayacaja, 2018”, con el objetivo de identificar dichas complicaciones. Estudio observacional, descriptivo y transversal, muestra de 72 gestantes. La mayoría era menor de 37 años, residía en zona urbana y tenía educación secundaria, además de haber recibido seis o más controles prenatales. En complicaciones obstétricas, el 41% presentó infección del tracto urinaria, 13,8% desgarros vulvoperineales y 12,5% preeclampsia/eclampsia. En complicaciones neonatales, el 13,9% tuvo bajo peso al nacer y 11,1% sufrimiento fetal agudo. Concluyó que la infección urinaria y los desgarros fueron las complicaciones más recurrentes, mientras que el bajo peso al nacer fue la principal complicación neonatal [28].

Valverde L y Tenorio L. (Perú, 2020) realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal en Ayacucho, basado en 124 historias clínicas, cuyo objetivo era determinar las complicaciones en la gestación, parto y puerperio. El 26,6 tuvo un promedio de años, la mayoría tenía secundaria y vivía en convivencia. Las complicaciones más frecuentes durante el embarazo fueron la amenaza de parto pretérmino (21%) y la rotura prematura de membranas (16,9%). En el parto destacaron el desgarro del canal del parto y el sufrimiento fetal agudo (ambos con 8,1%), mientras que en el puerperio predominó la retención de restos placentarios (21,1%). Se concluyó que cada etapa presentó complicaciones específicas, siendo más prevalentes en el embarazo y posparto [29].

Barreda AJ. (Perú, 2020) investigó las “Complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y posparto en gestantes de Ayacucho”, con el objetivo de determinar las complicaciones maternas perinatales en gestantes. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, con 162 historias clínicas, para identificar complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio. La mayoría de gestantes tenía entre 37 y 40 años, era conviviente, de zona urbana y con secundaria completa. Las complicaciones más frecuentes en la gestante, fueron la anemia gestacional (21%) y 19,7% las toxemias. En el parto, se registraron cesáreas (38,9%) y desgarros perineales (14,9%); en el

posparto, predominó la hemorragia (6,8%). El 57,4% de las gestantes presentó al menos una complicación obstétrica [30].

## **2.2. Bases conceptuales**

### **2.2.1. Bases teóricas**

La teoría del déficit de autocuidado formulada por Dorothea Orem constituye la base de este trabajo investigativo. Esta teoría se compone de tres teorías interrelacionadas: la teoría del autocuidado, la del déficit de autocuidado y la de los sistemas enfermeros [31].

La teoría del autocuidado hace referencia a las actividades que los individuos asimilan para alcanzar una meta. Es un comportamiento que se presenta en situaciones específicas de la vida, dirigido por las personas hacia sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, con el propósito de controlar los elementos que impactan su desarrollo y funcionamiento para mejorar su vida, salud o bienestar [31].

La teoría del déficit de autocuidado sostiene que la persona necesita asistencia para llevar a cabo sus tareas diarias, por lo que requiere el apoyo de amigos, familiares o enfermeros. Por esta razón, la persona tiene dificultades para emitir juicios acerca de su salud y determinar cuándo es el momento adecuado para buscar consejo y ayuda de otros. Las maneras de satisfacer las necesidades individuales de aprendizaje de autocuidado se adoptan considerando las costumbres, creencias y prácticas que definen culturalmente la vida del grupo al que pertenece el individuo y su bienestar [31].

Por su parte, La teoría de sistemas de enfermería sostiene que existen tres clases de sistemas, en los cuales participa el/la enfermero/a y el paciente y los acontecimientos ocurridos. El primer sistema hace referencia al totalmente compensador, es decir cuando la enfermera participa activamente en las intervenciones del paciente; el sistema de apoyo educativo, el sistema parcialmente compensador y el sistema de

apoyo educativo; en este último, la enfermera tiene un rol compensatorio, pero el paciente asume una participación más activa en su propio cuidado en cuanto a tomar decisiones y actuar, indica que el paciente es capaz de hacer sus actividades de autocuidado, pero necesita ayuda de una enfermería para limitar a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades [31].

## 2.2.2. Factores sociales y obstétricos

### A. Factores sociales

Son las circunstancias del entorno en el que vive una persona que influyen en su comportamiento, calidad de vida, salud, educación y bienestar general. Estos factores no dependen solo del individuo, sino del contexto social, económico y cultural en el que se desenvuelve [32]. Entre ellos tenemos:

- **Edad:** Se refiere a la edad en la cual la mujer comienza su vida reproductiva. Con el paso del tiempo, la edad materna avanzada está relacionada con un aumento en el peligro de complicaciones durante la gestación, como la aneuploidía, que se refiere a alteraciones cromosómica en el feto [33].
- **Estado civil:** La situación civil de la madre hace referencia a su condición legal en aspectos como estado civil, filiación, nacionalidad y lugar de nacimiento, datos que quedan registrados oficialmente en el registro civil. Esta La condición establece el marco de derechos, responsabilidades y obligaciones que la ley concede a cada individuo en la sociedad. Comprende categorías como soltera, viuda, divorciada o casada. Estos pueden tener un impacto en el ambiente social, familiar y económico de la madre y también pueden influir en cómo se organiza y lleva a cabo la protección y el cuidado de sus hijos [34].
- **Nivel de instrucción:** Este concepto se refiere al máximo nivel educativo que la madre ha alcanzado o que se encuentra cursando, y se considera un indicador clave de sus oportunidades formativas y de

su acceso a la información. Dicho nivel puede abarcar desde el analfabetismo, primaria completa o incompleta, secundaria en sus distintos grados, hasta estudios superiores. Clasificar el grado de instrucción permite comprender mejor el contexto sociocultural de la gestante, ya que la educación influye en su capacidad para obtener información, adoptar prácticas de autocuidado, tomar decisiones informadas y participar de manera más efectiva en programas comunitarios.

- **Ocupación:** Se entiende como actividad laboral, profesional o económica el conjunto de trabajos que una mujer lleva a cabo durante el embarazo o antes de concebir. Esta actividad puede ser pagada o no, en función de si produce ingresos económicos directos. Esta categoría abarca tanto trabajos formales como informales, así como ocupaciones no pagadas, por ejemplo, ser ama de casa, estudiante o participar en actividades productivas o de servicio en calidad de trabajador [35].
- **Procedencia:** Hace referencia al lugar de residencia habitual o de origen de la mujer embarazada. Es importante porque posibilita determinar el ambiente social, cultural y económico en el que reside, factores que tienen un impacto directo sobre su salud, sus hábitos de autocuidado y la evolución de su embarazo. La procedencia puede dividirse, de forma general, en área urbana o rural. Esta diferenciación facilita la comprensión de posibles disparidades en el acceso a servicios médicos, la disponibilidad de recursos, las redes de apoyo y las condiciones vitales que pueden afectar el bienestar materno [35].

## **B. Factores obstétricos**

Son aquellos elementos relacionados directamente la gestación, parto y posparto, que tienen un impacto en la salud de la madre y del infante. Estos factores son evaluados por los profesionales de salud para prevenir complicaciones y planificar una atención adecuada durante el embarazo y el parto [36]. Entre ellos, tenemos:

- **Edad gestacional:** Tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación (FUM) materna hasta la fecha actual del embarazo. Se expresa en semanas y es un dato fundamental para el control prenatal, porque posibilita la evaluación del desarrollo fetal y la planificación de los cuidados necesarios. Se divide en menor o igual a 12 semanas, de 13 a 27 semanas y de 28 a 41 semanas. Esta clasificación ayuda a tomar decisiones clínicas, organizar el seguimiento prenatal y detectar necesidades particulares de la embarazada en cada etapa del embarazo [36].
  
- **Paridad:** Se refiere a la cantidad total de hijos que una mujer ha tenido durante su vida reproductiva, ya sean nacidos vivos o muertos, pero sin incluir los abortos. Este indicador es útil para conocer su experiencia obstétrica previa y es una información importante para determinar posibles peligros maternos y perinatales, así como para guiar el seguimiento clínico durante la gestación actual. Se clasifica en nulípara, multípara y gran multigesta [37].
  
- **Periodo intergenésico:** Es el tiempo que transcurre entre la fecha del último evento de obstetricia y el comienzo de la próxima gestación. Se estima que el tiempo más corto para comenzar un nuevo embarazo es de 18 meses (período intergenésico corto) y que no debe ser superior a 60 meses (período intergenésico largo), porque los intervalos de tiempo que se sitúan fuera de este rango pueden incrementar la probabilidad de sucesos negativos en las madres, en el recién nacido o a nivel perinatal. Se clasifica en adecuada (18 a menos de 60 controles) y inadecuada (menos de 18 semanas o mayor 60 semanas) [38].
  
- **Culminación de la gestación:** Se refiere a cómo finalizó la gestación. Incluye aborto, parto vaginal o parto por cesárea [37].

- **Gestante controlada:** Actividad de tipo preventivo y promocional que se brinda a la mujer embarazada a través de la comunicación interpersonal, lo cual posibilita que ella y su pareja aumenten su confianza, mantengan el seguimiento al CPN y reciban atención sanitaria en el establecimiento durante el parto. Se le llama gestante controló a aquella que ha terminado su sexto chequeo prenatal y que ha obtenido el paquete fundamental de atención para la gestante [37].

### **2.2.3. Complicaciones maternas en gestantes**

#### **A. Definición**

Serie de cambios, interrupciones y trastornos que atraviesa la mujer durante la gestación. [39]. Estas complicaciones ponen en riesgo la salud de la madre, como la del neonato, ya que puede ocasionar defunción materno-neonatal [40].

Las complicaciones obstétricas se deben a la influencia de varios factores, entre ellos CPN insuficiente, los desórdenes del líquido amniótico y la anemia de la madre. Por lo tanto, toda mujer embarazada tiene la posibilidad de que surjan complicaciones obstétricas impredecibles, las cuales pueden ocasionar morbilidad o mortalidad tanto en las madres como en sus recién nacidos. Para reducir de manera significativa el riesgo de morbimortalidad materna y las muertes en los recién nacidos, son imprescindibles tanto la atención prenatal como un parto seguro e higiénico [41].

#### **B. Clasificación de complicaciones obstétricas**

Las complicaciones obstétricas se detallan a continuación:

##### **b.1. Complicaciones obstétricas durante el embarazo**

- **Oligohidramnios**

Disminución del líquido amniótico por debajo de la normalidad, lo que se ha identificado mediante métodos de dilución de colorantes o histerotomía. La ecografía es el método más común para diagnosticar oligohidramnios; se fundamenta en calcular el

índice de líquido amniótico, que consiste en medir el volumen por debajo de los 500 ml para un embarazo de entre 36 y 42 semanas. Este procedimiento se lleva a cabo hasta tres veces y después se expresa la media. La patogenia del oligohidramnios aislado no está bien definida. Sin embargo, algunos lo ven como un síntoma de insuficiencia placentaria y, por lo tanto, como un síndrome obstétrico más relacionado con la placenta, similar a la preeclampsia y al retardo en el crecimiento intrauterino [42].

- **Parto pretérmino**

Es aquel parto que tiene lugar entre la semana 22 y la 37 de gestación, lo que equivale a menos de 259 días. El parto pretérmino es un reto clínico en la medicina perinatal, ya que implica varias complicaciones para el recién nacido, tanto a corto como a largo plazo. Esto se debe al incremento de la obesidad, sobre todo entre las mujeres en edad de procrear y a la necesidad de identificar los factores de riesgo para desarrollar medidas preventivas eficaces [42].

- **Embarazo ectópico**

Es todo embarazo localizado fuera del cuerpo uterino, ocurre en 2% de los embarazos, normalmente diagnosticados en el primer trimestre de la gestación, cuando la edad gestacional es específicamente de 6 a 10 semanas. Esta circunstancia que obstaculiza el desarrollo adecuado del embrión y constituye una urgencia obstétrica a causa de la posibilidad de que se rompa la trompa, haya hemorragia interna y exista un compromiso hemodinámico en la mujer embarazada. Se presenta con dolor abdominal, sangrado vaginal inusual y signos de irritación en el peritoneo. Sin embargo, es posible que no presente síntomas en las primeras fases. Para evitar complicaciones serias, es esencial que se detecte tempranamente a través de la ecografía transvaginal y la medición de hCG [42].

- **Placenta previa**

Colocación completa o parcial de la placenta en el segmento más bajo del útero. La oclusiva impide el nacimiento por vía vaginal, en cambio la no oclusiva favorece el nacimiento vaginal. En embarazos únicos, su prevalencia es del 2%, mientras que en los embarazos gemelares es del 3,9%. En el 5% de las situaciones sin antecedentes de cesárea y en el 40% de las que tienen un historial de tres cesáreas, la placenta previa está vinculada con acretismo placentario. [42].

- **Desproporción céfalo pélvica**

Es la falta de proporcionalidad entre las dimensiones de la pelvis y las del feto, lo cual dificulta que el feto transite por el canal pélvico. Se relaciona con malformaciones congénitas del feto, diabetes, traumatismos o secuelas ortopédicas de la madre, macrosomía fetal o desnutrición materna cuando las medidas son inferiores a lo habitual [42].

- **Eclampsia**

Complicación aguda que antecede a la preeclampsia, se puede identificar por la presencia de Convulsiones tónico-clónicas de tipo general, que pueden aparecer hasta la octava semana después del parto. En cuanto a la fisiopatología, se considera que las alteraciones principales son el deterioro del endotelio, la pérdida de autorregulación cerebral y la interrupción de la barrera hematoencefálica [42].

- **Preeclampsia**

Trastorno hipertensivo del embarazo que se presenta después de las 20 semanas, hay hipertensión arterial más proteinuria. Se subclasifica en: a) Preeclampsia leve o sin criterios de severidad: gestante hipertensa con PA sistólica menor a 160 mmHg y diastólica menor a 110 mmHg, además de proteinuria cualitativa de 1 + (ácido sulfosalicílico) o de 2 + (tira reactiva), o con una

proteinuria cuantitativa entre 300 mg y menos de 5 g en orina recolectada durante un período de 24 horas; b) Preeclampsia severa o con criterios de severidad: presencia de preeclampsia acompañada por una presión arterial sistólica igual o mayor a 160 mmHg, y/o diastólica igual o mayor a 110 mmHg, y/o que presenta indicios de daño en el órgano blanco, ya sea con proteinuria o sin ella [42].

- **Síndrome de Hellp**

Complicación severa del embarazo caracterizado por hemólisis, incremento de transaminasas y plaquetopenia, que complica a la paciente con preeclampsia, se presenta por encima de las 20 semanas de gestación y conlleva una serie de complicaciones tanto de la madre como del feto. En caso de rotura hepática espontánea, se incrementa la frecuencia de insuficiencia renal, coagulopatía asociada a la trombocitopenia y mayor riesgo de sangrado y desprendimiento prematuro de placenta [43].

- **Rotura prematura de membranas**

Es el rompimiento de las membranas corioamnióticas que ocurre entre la semana 22 y antes de que comience el trabajo de parto. Las razones más notables se encuentran los traumatismos y las complicaciones de procedimientos invasivos, la infección local por clamidia, estreptococo grupo B, ureaplasma o tricomonas, el déficit de vitamina C, cobre o zinc, las distorsiones en las propiedades físicas de las membranas y los estiramientos de estas (incompetencia cervical, embarazo múltiple, polihidramnios) [44, 45].

- **Diabetes gestacional**

Trastorno metabólico que se caracteriza por niveles altos de glucosa en sangre durante la gestación. No existe una causa definida sobre su origen, sin embargo, los cambios hormonales que suceden en esta favorecerían su desarrollo [46].

- **Infección del tracto urinario**

Es la infección de las vías urinarias y reviste riesgos tanto para la madre como para el feto. Mayormente se debe a la estasis urinaria, debido a la dilatación ureteral por acción hormonal, hipoperistalsis, y de la presión del útero en expansión hacia los uréteres [47].

## **b.2. Complicaciones obstétricas durante el parto**

- **Distocia de la contractilidad uterina**

Disrupción de la contractilidad uterina o de la fuerza impulsora del útero para producir el pasaje del feto por el canal de parto [42].

- **Trabajo de parto prolongado**

Es una modificación del trabajo de parto en la que, a causa de factores funcionales o mecánicos, el feto no progresa como debería y el proceso dura más de 12 horas. Se reconoce cuando la curva de alerta en la partograma se mueve hacia la derecha. Suele suceder cuando hay desproporción entre la cabeza y la pelvis, una posición o presentación fetal inadecuada, el uso de sedantes uterinos, un ayuno prolongado y distocias cervicales o de las contracciones uterinas [42].

- **Distocia de presentación**

Se da cuando la parte del feto que se presenta hacia la pelvis materna impide que el trabajo de parto progrese de manera adecuada. Aunque el canal de parto y las contracciones uterinas son normales, la posición es anómala [43].

- **Sufrimiento fetal**

Condición de compromiso fetal que se presenta durante el parto, caracterizado por hipoxia, hipercapnia y acidosis. La disminución del flujo sanguíneo por el cordón umbilical, la utilización de fármacos (anestésicos, analgésicos) y los factores maternos (desprendimiento prematuro de placenta, trastornos en la contracción uterina, anemia grave) son algunos de los factores de riesgo, diabetes gestacional, enfermedad hipertensiva del embarazo, prematuridad, etc.) [42].

- **Desprendimiento prematuro de placenta**

Es la separación, total o parcial, de una placenta que se ha implantado normalmente. Sucede por lo general después de las 22 semanas de gestación y antes del nacimiento del feto, con sangrado en el interior de la decidua basal. Es frecuente en embarazos prematuros, con un índice de 5,4% [42].

- **Parto precipitado**

Se refiere a cuando el trabajo de parto dura menos de tres horas en total. Es resultado de la hiperactividad del útero y de la reducción de la resistencia del canal blando durante el parto. Algunos de los factores de riesgo asociados son: la relajación de los músculos del piso pélvico en mujeres multíparas, contracciones uterinas excesivas en mujeres multíparas, falta de sensación dolorosa durante el trabajo de parto y la inducción del mismo [42].

- **Retención de placenta**

Placenta adherida en el parto espontáneo por más de media hora y sin intervención médica por más de 15 minutos [42].

- **Desgarro cervical**

Es una rotura del cuello uterino que se inicia en el orificio externo de este y avanza hacia arriba. Puede alcanzar hasta el orificio

interno del cuello uterino, provocando hemorragias abundantes si la rama cervical de la arteria uterina se rompe [43].

### **b.3. Complicaciones obstétricas durante el posparto**

- **Hemorragia puerperal**

Pérdida de sangre superior a 500 ml que se produce de manera continua tras el alumbramiento de la placenta en las primeras veinticuatro horas, o más de 1000 ml si se trata de una cesárea. Las razones incluyen la retención de placenta, la atonía uterina, el alumbramiento incompleto o la retención de restos, las lesiones del canal del parto (hematomas y/o laceraciones), la inversión uterina y la coagulación intravascular diseminada [42].

- **Atonía uterina**

La incapacidad del útero de contraerse y sostenerse durante el puerperio inmediato (24 horas), causada por la falta de cierre de las arterias uterinas. En un parto normal, los vasos del miometrio tienen un sistema de adaptación instantánea para frenar la hemorragia; no obstante, si el cierre arterial no se lleva a cabo, observaremos en la evaluación física un útero blando y con sangrado superior a 1000 ml tras una cesárea o de 500 ml después de un parto vaginal, durante el primer día del puerperio [48].

- **Sepsis puerperal**

Disfunción orgánica debido a un proceso infección durante la gestación, parto y puerperio. Está relacionado con el uso de procedimientos invasivos, complicaciones agudas del embarazo que requieren el uso de catéteres intravenosos a permanencia, incremento en el número de cesáreas, bacterias resistentes a antibióticos y al tratamiento con medicamentos inmunosupresores [49].

### 2.3. Definición de términos básicos

- ❖ **Complicaciones obstétricas:** Serie de alteraciones, interrupciones y trastornos que afecta a la gestante durante el parto, el trabajo de parto y el período neonatal temprano [39].
  
- ❖ **Preeclampsia:** Trastorno hipertensivo que ocurre durante el embarazo y el puerperio, que tiene repercusiones tanto en la madre como el feto [50].
  
- ❖ **Eclampsia:** Crisis de convulsiones generalizadas que generalmente sobreviene bruscamente a un estado de preeclampsia [42].
  
- ❖ **Control prenatal:** Una actividad con un enfoque preventivo y promocional que se brinda a la gestante a través de la comunicación interpersonal. Esto facilita que la pareja y ella fortalezcan su confianza, continúen asistiendo al CPN y reciban atención en el establecimiento sanitario durante el parto [48].

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. **Ámbito de estudio**

Chota es una de las trece provincias que conforman la región Cajamarca, ubicada en el norte central del Perú (ver Anexo 1). Tiene una población aproximada de 143.000 personas, situada a 2388 m s.n.m en la meseta de Acunta. Limita por el norte con Chiguirip y Conchán, por el oeste con Lajas, por el sur con Bambamarca y por el este con Chalamarca. Es de clima templado, excepto la parte más bajas (Tuctuhuasi - Valle Doñana), con una ligera variación al templado caluroso; mientras que, en las partes más altas (Sitacucho, Lingán, Silleropata, Negropamapa, Chaupelanche, Progreso Pampa, Condorpullana, Colpatuapampa, Huayrac, Shotorco y La Palma) de clima templado frío. Mayormente las épocas de lluvias son los meses de noviembre a abril y épocas de sequía de mayo a octubre, y temperatura promedio de 17.8°C [51].

El estudio se realizó en el servicio de gineco-obstetricia de un Hospital del distrito de Chota, institución prestadora de servicios de salud de categoría II-1. Es un establecimiento donde acoge profesionales de diversas formaciones que realizan sus prácticas preprofesionales como médicos, enfermeras, obstetras entre otros. Brinda atención preventiva, promocional, recuperativa y rehabilitación a los pacientes que lo requieren, tiene un equipo de salud multidisciplinario, médicos especialistas en ginecología, pediatría, neonatología, traumatología, gastroenterología, medicina interna, radiología, cardiología, enfermeras(os), obstetras y técnicos en enfermería.

La mayoría de gestantes que se atienden en dicho establecimiento provienen de la ciudad de Chota y una parte de la zona rural y periferia, cada gestante captada es controlada en consultorio externo por la obstetra de turno, donde se le brinda el paquete de atención integral a gestantes. Los servicios que brindan atención a las gestantes, son Gineco-Obstetricia, laboratorio y diagnóstico, parto y quirófano y atención posparto / puerperio. Las horas promedio de hospitalización en un parto natural son generalmente de 24

horas; si es post cesárea 72 horas, salvo que presente complicaciones, se prolonga su estadía [52].

### **3.2. Diseño de investigación**

La presente investigación se realizó desde una perspectiva cuantitativa, pues se basa en la recopilación y el análisis de datos numéricos. Para interpretar los hallazgos extraídos de la población estudiada, emplea instrumentos estadísticos. El diseño no fue experimental porque no se alteró ninguna variable, sino que se observaron los hechos tal cual sucedieron. Fue un estudio retrospectivo, de acuerdo con la temporalidad de la recolección de datos, pues se analizarán historias clínicas de gestantes que fueron atendidas por parto vaginal o cesárea, relacional ya que se buscó establecer la relación entre los factores socio-obstétricos y las complicaciones maternas. Finalmente, por su temporalidad en la recopilación de información, es de corte transversal, ya que los datos se obtuvieron en un solo momento [53].

### **3.3. Hipótesis**

**H1:** La relación entre los factores sociales - obstétricos y las complicaciones maternas en gestantes atendidas en un Hospital del distrito de Chota, 2025, es significativa.

**H0:** La relación entre los factores sociales - obstétricos y las complicaciones maternas en gestantes atendidas en un Hospital del distrito de Chota, 2025, no es significativa.

### **3.4. Población, muestra y unidad de estudio**

La población de estudio estuvo conformada por gestantes que presentaron o no complicaciones maternas (embarazo, parto y puerperio) durante su atención en un hospital de Chota durante el año 2024. Los datos fueron recolectados en mayo del 2025, en un inicio se obtuvo el número de historia clínica en los registros diarios de atención a las gestantes (RAD), estas se seleccionaron de acuerdo a su respectivo diagnóstico, es decir de las pacientes que presentaron o no complicaciones obstétricas; luego se procedió a sacar las historias clínicas del área de admisión. Según el RAD del servicio de

ginecología se han logrado atender 30 gestantes con y sin complicaciones obstétricas al mes, siendo un total de 360 pacientes al año.

Para obtener la muestra de estudio, se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 \cdot n - 1 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

N: Población = 360 historias clínicas de gestantes con y sin complicaciones.

- p: proporción de gestantes con complicaciones = 0.5
- q: proporción de gestantes sin complicaciones = 0.5
- Z: nivel de confianza al 95%, Z = 1.96
- e: error máximo permitido; e = 0.05

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 360}{0.05^2 \times 360 - 1 + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{345.744}{1.8579} = 186.0939$$

n = 186 historias clínicas de gestantes con y sin complicaciones.

### **Muestreo**

El estudio utilizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, ya que se eligieron al azar 186 historias clínicas de gestantes con y sin complicaciones.

**Los criterios de inclusión serán:**

- Historias clínicas de gestantes donde la culminación de su embarazo fue parto natural y por cesárea atendidas en el servicio de gineco-obstetricia de un Hospital del distrito de Chota, 2025.
- Historias clínicas completas de gestantes con y sin complicaciones maternas atendidas en el servicio de gineco-obstetricia de un Hospital del distrito de Chota, 2025.
- Historias clínicas completas de mujeres gestantes que se encontraron en los distintos trimestres del embarazo.

**Los criterios de exclusión serán:**

- Historias clínicas de gestantes que no se podía valorar adecuadamente por presentar patologías que no estaba dentro de la investigación.
- Historias clínicas incompletas de gestantes con y sin complicaciones maternas que han sido atendidas en un Hospital del distrito de Chota, 2025.

### 3.5. Operacionalización de variables

<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Valor final</b>
Factores sociales y obstétricos	Son las circunstancias del entorno en el que vive una persona que influyen en su comportamiento, calidad de vida, salud, educación y bienestar general [32].	Factores sociales	Edad	< a 18 años 18 a 29 años 30 a 39 años ≥ a 40 años
			Estado civil	Casada Conviviente Soltera Viuda Divorciada
			Nivel de instrucción	Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta secundaria completa Superior Iletrada
			Ocupación	Ama de casa Estudia Trabaja
			Procedencia	Zona rural Zona urbana
		Factores obstétricos	Edad gestacional	Menor/igual 12 semanas 13-27 semanas 28- 41 semanas

			Paridad	Nulípara Multípara Gran multípara
			Periodo intergenésico	Adecuado (18 - < 60 meses) No adecuado (< 18 o > 60 meses)
			Culminación de la gestación	Aborto Parto vaginal Parto cesárea
			Gestante controlada	Si >6 CPN No <6 CPN

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Valor final	
Complicaciones obstétricas en gestantes	Serie de cambios, interrupciones y trastornos que sufre la gestante durante su gestación [39]. Estas complicaciones ponen en riesgo la salud de la madre, como la del neonato, ya que, puede ocasionar defunción materno-neonatal [40].	Complicaciones obstétricas durante el embarazo	○ Oligohidramnios	SI	NO
			○ Embarazo ectópico	SI	NO
			○ Placenta previa	SI	NO
			○ Desproporción céfalo pélvica	SI	NO
			○ Eclampsia	SI	NO
			○ Preeclampsia	SI	NO
			○ Síndrome de Hellp	SI	NO
			○ Rotura prematura de membranas	SI	NO
			○ Infección del tracto urinario	SI	NO
○ Otras	SI	NO			
		Complicaciones obstétricas durante el parto	○ Distocia de la contractilidad uterina	SI	NO
			○ Trabajo de parto prolongado	SI	NO
			○ Distocia de presentación	SI	NO
			○ Sufrimiento fetal	SI	NO

			○ Desprendimiento prematuro de placenta	SI	NO
			○ Parto precipitado	SI	NO
			○ Retención de placenta	SI	NO
			○ Otras	SI	NO
		Complicaciones obstétricas durante el posparto	○ Hemorragia puerperal	SI	NO
			○ Otras ( desgarros perineales, prolapso del cordón umbilical , sepsis puerperal)	SI	NO

### **3.6. Descripción de la metodología**

#### **3.6.1. Métodos**

##### **Técnicas de recolección de datos**

En la presente investigación se hizo uso del análisis documental, es decir la información fue recolectada de las historias clínicas de las gestantes con y sin complicaciones atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, durante el año 2025.

Así mismo, se utilizó la observación, por medio del cual se obtuvo el fundamento de la información, mostrando los mecanismos adecuados para su desarrollo. Se hizo uso del método empírico utilizando las técnicas para la recolección de la información correspondiente por medio de las fichas de recolección de datos facilitando de esta manera la investigación.

De igual manera se hizo uso del método estadístico que permitió recopilar la información con especial cuidado para garantizar que la información sea completamente verdadera a través de la aplicación de tabulación de datos.

##### **Estrategias de recolección de datos**

La estrategia que se utilizó es la revisión de manera detallada las historias clínicas de cada una de las gestantes con y sin complicaciones atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota - 2025, y que fueron historias clínicas completas. Además, la información recabada fue confidencial, por lo que no se reveló su identificación.

##### **Procedimientos de recolección de datos**

- Se solicitó el permiso respectivo para la realización del estudio al director del Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota, para obtener la autorización correspondiente que permitió recabar la información.

- Se coordinó con el responsable de cada área donde se encontraron los registros diarios de atención a las gestantes (RAD); y hospitalización de gineco - obstetricia donde se obtuvo el número de historia clínica.
- Se coordinó con el responsable del área de admisión para informales el propósito del estudio y el horario para poder tener acceso a las historias clínicas y poder recopilar la información necesaria.
- La recolección de información fue del año 2024.
- Una vez finalizado la colecta de la información mediante la valoración/revisión de las historias clínicas se realizó una revisión minuciosa para cerciorarse que contenga toda la información requerida (factores sociales – obstétricos y complicaciones maternas).

### **3.6.2. Materiales**

#### **Instrumentos de medición**

El instrumento que se utilizó fue la ficha de recolección de datos de Gómez y Mendoza, 2020 [26], está estructurada en dos partes: la primera contiene información sobre factores sociales (edad, estado civil, nivel de instrucción, ocupación y procedencia) y obstétricos (edad gestacional, paridad, periodo intergenésico, culminación de la gestación y gestante controlada).

La segunda parte se refiere a las complicaciones obstétricas en gestantes durante el embarazo (oligohidramnios, parto pretérmino, embarazo ectópico, placenta previa, desproporción céfalo pélvica, eclampsia, preeclampsia, síndrome de Hellp, rotura prematura de membranas, diabetes gestacional e infección del tracto urinario), parto (distocia de la contractilidad uterina, trabajo de parto prolongado, distocia de presentación, sufrimiento fetal, desprendimiento prematuro de placenta, parto precipitado, retención de placenta y desgarro cervical) y posparto (hemorragia puerperal, desgarros perineales, prolapso de cordón umbilical y sepsis puerperal).

El instrumento fue validado por Gómez y Mendoza, 2020 [26] mediante el juicio de expertos, en la que participaron 3 especialistas con experiencia en el área asistencial y en salud pública, estuvo organizado en tres apartados como características sociodemográficas, características obstétricas y las complicaciones obstétricas presentadas con repercusión materna y fetal. Llegado a una concordancia significativa entre los expertos. La confiabilidad se realizó mediante la aplicación de una prueba piloto en 20 gestantes con y sin complicaciones obstétricas en un contexto similar al del estudio, para ello se utilizó el alfa de Cronbach, obteniéndose 0,850 siendo confiable y puede ser aplicable en el estudio.

### **3.7. Procesamiento y análisis de datos**

Una vez concluida la recolección de datos de las historias clínicas, mediante la aplicación de la ficha, los datos fueron ingresados en una hoja de cálculo de Excel 2018 con el propósito de realizar la tabulación; posteriormente se exportaron los datos a un software estadístico con la finalidad de realizar el análisis estadístico.

Se utilizó la estadística descriptiva, por lo cual los resultados fueron obtenidos a través de frecuencias absolutas y relativas y los resultados fueron presentados en tablas simples, teniendo en cuenta las variables de estudio. Por su parte el análisis inferencial, se realizó mediante la prueba de Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) razón verosimilitud , para determinar si existe relación significativa entre los factores sociales - obstétricos y las complicaciones maternas [53].

**CAPÍTULO IV**  
**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

**4.1. Describir los factores sociales y obstétricos de las gestantes atendidas en un hospital del distrito de Chota, 2025.**

Tabla 1. Factores sociales de las gestantes atendidas en un hospital del distrito de Chota, 2025.

<b>Factores sociales</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>[IC95%]</b>
<b>Edad</b>			
< a 18 años	11	5,9	[6,0;19,0]
18 a 29 años	106	57,0	[93,9;119,0]
30 a 39 años	53	28,5	[42,0;66,0]
≥ a 40 años	16	8,6	[10,0;25,0]
<b>Estado civil</b>			
Casada	51	27,4	[40,0;66,0]
Conviviente	106	57,0	[93,0;119,0]
Soltera	28	15,1	[19,0;39,0]
Divorciada	1	0,5	[0,0;5,0]
<b>Nivel de instrucción</b>			
Primaria incompleta	15	8,1	[9,0;23,0]
Primaria completa	25	13,4	[17,0;35,0]
Secundaria incompleta	41	22,0	[31,0;53,0]
Secundaria completa	61	32,8	[49,0;74,0]
Superior	44	23,7	[33,0;56,0]
<b>Ocupación</b>			
Ama de casa	100	53,8	[87,0;113,0]
Estudiante	37	19,9	[27,0;48,0]
Trabaja	49	26,3	[38,0;61,0]
<b>Procedencia</b>			
Rural	104	55,9	[91,0;117,0]
Urbana	82	44,1	[69,0;95,5]

Fuente: Ficha de recolección de datos tomada de Gómez y Mendoza, 2020 [26].

La Tabla 1 indica que el grupo de gestantes con más frecuencia son las que tienen entre 18 y 29 años (57,0%), lo que demuestra que la mayoría de los casos de embarazos se da en mujeres jóvenes durante su temprana etapa reproductiva. Este hallazgo concuerda con lo que han reportado investigaciones parecidas que indican que este grupo de edad tiene una frecuencia más alta de embarazos a causa de elementos socioculturales, biológicos y económicos que afectan la planificación familiar.

Al respecto, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), indica que el 48,7% de las mujeres que están en edad fértil son menores de 30 años. Esto es comparable a la cifra del 57,0% que muestran para las embarazadas de 18-29 años; aunque parece un poco más alta, está en el mismo orden de magnitud; es por eso, que los embarazos continúan siendo bastante comunes en mujeres jóvenes [54].

De igual manera, se constata que el estado civil más común es el de convivientes (57,0%), lo cual podría ser un reflejo de la tendencia social contemporánea hacia la unión libre, particularmente en situaciones donde las formalidades legales del matrimonio no son lo más importante.

Respecto al nivel de escolaridad, más del 32,8% de las mujeres embarazadas tienen secundaria completa. Esto indica un nivel medio de educación que, aunque facilita cierta comprensión acerca de cuestiones relacionadas con la salud materna, todavía puede restringir la capacidad de tomar decisiones informadas sobre el cuidado prenatal. Con relación a ello, el INEI reporta que el 47,2% de las mujeres cuentan con un nivel educativo correspondiente a la educación secundaria, resultado que guarda similitud con los hallazgos del presente estudio [54].

Esto significa que, en comparación con la población femenina general de edad fértil, hay más mujeres gestantes que han terminado la educación secundaria. Este hallazgo indica que la secundaria es un nivel educativo común entre las gestantes, aunque también podría ser un indicativo de que existen obstáculos o limitaciones para acceder a niveles de educación más altos.

En relación a la ocupación, el 53,8% son amas de casa; esto sugiere que depende económicamente de su pareja o cónyuge y puede afectar el acceso oportuno a los servicios sanitarios. Según el ENAHO, un porcentaje significativo de las madres a partir de los 15 años trabaja por su cuenta, etc.; Sin embargo, no se encontró información actualizada que separe con claridad "amas de casa" y "otras ocupaciones" para mujeres embarazadas [55].

Asimismo, se observa que el 55,9% de las mujeres embarazadas son originarias de áreas rurales, donde generalmente hay más obstáculos para acceder a la atención médica, menos recursos sanitarios disponibles y limitaciones en la educación sanitaria; estos elementos podrían influir en las condiciones de salud materna y perinatal. No se halló un porcentaje concreto de embarazadas por zona de procedencia, sin embargo, existe información que indica que los servicios sanitarios, la fecundidad y otros aspectos son diferentes entre las zonas rural y urbana.

Si bien, es cierto que el seguimiento prenatal es el responsable de asegurar que se vigila el proceso gestacional y de identificar posibles riesgos presentes durante el embarazo o el puerperio inmediato, tanto para la madre como para el bebé. Esto garantiza un parto saludable, sin grandes repercusiones en la salud materna y neonatal. Por lo tanto, se puede afirmar que la asistencia prenatal es un indicador importante del pronóstico al nacer [56].

En ese sentido, las condiciones clínicas tienen un impacto directo en la salud de la mujer en el transcurso de la gestación. Sin embargo, aparte de los elementos biológicos, factores sociales, como la edad, el estado civil, el nivel de escolaridad, la ocupación, la procedencia, entre otros aspectos, influyen en el estado de salud de la mujer embarazada y, en consecuencia, deben ser considerados para asegurar una atención prenatal equitativa, completa y de calidad [56].

Al respecto, Tajvar et al [57], indican que los factores sociales-obstétricos, como el estado civil, el nivel de educación, la edad materna y la riqueza familiar tienen un impacto importante en el embarazo. Estos elementos pueden influir en aspectos como la calidad y el cumplimiento del control prenatal, la mortalidad neonatal o materna, el riesgo de desarrollar anemia o incluso las posibilidades de tener un parto prematuro.

Tabla 2. Factores obstétricos de las gestantes atendidas en un hospital del distrito de Chota, 2025.

<b>Factores obstétricos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>[IC95%]</b>
<b>Edad gestacional</b>			
≤ a 12 semanas	18	9,7	[11,0;27,0]
13 a 27 semanas	8	4,3	[4,0;15,0]
28 a 41 semanas	160	86,0	[150,0;168,0]
<b>Paridad</b>			
Nulípara	105	56,5	[92,0;118,0]
Multípara	77	41,3	[64,0;90,0]
Gran multípara	4	2,2	[1,0;9,0]
<b>Periodo intergenésico*</b>			
Adecuado (18 a 59 meses)	81	98,8	[77,0;82,0]
Inadecuado (< 18 a > 60 meses)	1	1,2	[0,0;5,0]
<b>Culminación de la gestación</b>			
Aborto	9	11,0	[5,0;16,0]
Parto vaginal	57	69,5	[48,0;65,0]
Parto cesárea	16	19,5	[10,0;24,0]
<b>Gestante controlada</b>			
Si ≥ 6 APN	171	91,9	[163,0;177,0]
No < 6 APN	15	8,1	[9,0;23,0]

\* Para estas variables se excluyeron del análisis a las gestantes nulíparas.

Fuente: Ficha de recolección de datos tomada de Gómez y Mendoza, 2020 [26].

La Tabla 2 muestra que el grupo de gestantes con factores obstétricos con más frecuencia son las que tienen entre 28 a 41 semanas de gestación (86,0%), el 56,5% nulíparas, el 98,8% de periodo intergenésico adecuado, el 69,5% de parto vaginal y el 91,9% igual o mayor a seis atenciones prenatales.

En relación a esto, hay investigaciones internacionales cuyos resultados son diferentes al informe actual. Por ejemplo, Concha et al. [18] indicaron que el 66,7% de las mujeres recibieron de una a tres atenciones prenatales y que el 51,1% tuvo un parto por cesárea. Soto et Alabama. [20] indicaron, de manera similar, que el

26,1% de las mujeres que estaban embarazadas tuvieron un parto por cesárea y el 33,1% eran primíparas.

Asimismo, se detectan investigaciones a nivel nacional cuyos resultados no coinciden con los del presente estudio. Blas [25] informó que, al examinar los factores relacionados con la obstetricia, el 73,6% de las mujeres embarazadas eran multíparas; el 53,8% tenía un periodo intergenésico inapropiado; el 70,1% experimentó un parto vaginal y el 64,7% tuvo menos de seis chequeos prenatales. Yangali [27], por su parte, descubrió que el 40,9% de las mujeres embarazadas recibieron entre cuatro y seis consultas prenatales; el 18,2% tenía antecedentes de aborto y el 63,6% eran multíparas. Estas discrepancias pueden ser explicadas por las características sociodemográficas y la disponibilidad de servicios sanitarios en las diversas poblaciones analizadas, lo cual pone de manifiesto la incidencia del entorno local en las condiciones obstétricas y en la adherencia al control prenatal.

La presencia predominante de la muestra en el intervalo de 28 a 41 semanas de gestación sugiere que el estudio se enfoca principalmente en embarazos durante el tercer trimestre. Al respecto estudios indican la relevancia de hacer un seguimiento temprano y constante a lo largo de todo el embarazo para reducir los riesgos perinatales. Por lo tanto, una muestra enfocada en el tercer trimestre puede sobreestimar la adherencia a medidas finales (vacunas, preparación al parto), pero dejar fuera problemas que se pueden identificar en fases iniciales [58].

En investigaciones de obstetricia en mujeres jóvenes en edad reproductiva, es previsible que una mayoría sea nulípara. En la literatura reciente, la nuliparidad se vincula con un mayor riesgo relativo de ciertos resultados adversos (como una probabilidad más alta de cesárea en el primer embarazo, parto prolongado o peso bajo al nacer en ciertas circunstancias); sin embargo, el verdadero riesgo depende de la edad de la madre, las comorbilidades y la calidad del cuidado. Por tanto, en una muestra con un 56,5% de nulíparas, es lógico anticipar que se requerirá más educación para el trabajo de parto, un monitoreo más detallado del desarrollo del mismo y protocolos obstétricos particulares para las nulíparas con el fin de disminuir intervenciones innecesarias y optimizar los resultados neonatales [59].

Un intervalo intergenésico apropiado, tal como se indica en la tabla, es un factor de protección significativo. Un estudio reciente indica que los intervalos excesivamente cortos (<18-24 meses) están relacionados con un aumento del riesgo de parto prematuro y bajo peso, al tiempo que los intervalos demasiado largos también presentan riesgos en ciertos resultados. Por lo tanto, una prevalencia de aproximadamente 99% de intervalos apropiados indican un perfil poblacional positivo y podría ser la razón por la se observa mejores resultados como se muestra en el estudio [60].

Una tasa de parto vaginal que se aproxima al 70% es compatible con contextos en los que la tasa de cesárea no es muy alta; Según la OMS, las tasas de cesárea superiores al 10-15% no están vinculadas a una disminución de la mortalidad materna y neonatal global. En América Latina, sin embargo, las tasas de cesárea han sido más elevadas que este límite durante toda su historia. El hecho de la mayoría de los embarazos termine en una cesárea puede ser indicativo de prácticas asistenciales apropiadas o de la selección poblacional (por ejemplo, si hay un porcentaje mayor de nulíparas y embarazos sin complicaciones) [61].

El hecho de que la mayoría de gestantes hayan sido objeto de seis o más controles indican una amplia cobertura en la atención prenatal para la población analizada. En Perú, la normativa y varios estudios anteriores consideran seis visitas como el mínimo requerido. Un mayor número de visitas se relaciona con una detección de riesgo más eficaz, más vacunación y mejores resultados neonatales, según muestran las evidencias recientes. Sin embargo, la calidad de las visitas también tiene importancia (no solamente la cantidad). Examinar la calidad (las pruebas de detección que se han realizado, el asesoramiento y las intervenciones) en situaciones con una cobertura elevada de visitas es esencial para aclarar las diferencias en los resultados [62].

#### 4.2. Describir las complicaciones maternas en las gestantes atendidas en un hospital del distrito de Chota, 2025.

Tabla 3. Complicaciones maternas durante el embarazo en las gestantes atendidas en un hospital del distrito de Chota, 2025.

<b>Complicaciones durante el embarazo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>[IC95%]</b>
<b>Oligohidramnios</b>			
No	177	95,2	[170,0;181,0]
Si	9	4,8	[5,0;16,0]
<b>Embarazo ectópico</b>			
No	181	97,3	[175,0;184,0]
Si	5	2,7	[2,0;11,0]
<b>Placenta previa</b>			
No	182	97,8	[177,0;185,0]
Si	4	2,2	[2,0;11,0]
<b>Desproporción céfalo pélvica</b>			
No	185	99,5	[181,0;186,0]
Si	1	0,5	[0,0;5,0]
<b>Eclampsia</b>			
No	183	98,4	[178,0;185,0]
Si	3	1,6	[1,0;8,0]
<b>Preeclampsia</b>			
No	175	94,1	[167,0;180,0]
Si	11	5,9	[6,0;19,0]
<b>Síndrome de Hellp</b>			
No	185	99,5	[181,0;186,0]
Si	1	0,5	[0,0;5,0]
<b>Rotura prematura de membranas</b>			
No	150	80,6	[139,0;160,0]
Si	36	19,4	[26,0;47,0]

### **Infección del tracto urinario**

No	79	42,5	[66,0;92,0]
Si	107	57,5	[94,0;120,0]
<b>Otras*</b>			
No	150	80,6	[139,0;160,0]
Si	36	19,4	[26,0;47,0]

\* *Aborto incompleto (13), hiperémesis gravídica (9), anemia (7), miomatosis uterina (2), polidramnios (2), óbito fetal (1), vulvovaginitis (2).*

Fuente: Ficha de recolección de datos tomada de Gómez y Mendoza, 2020 [26].

La Tabla 3 evidencia que las gestantes con complicaciones maternas más frecuentes durante la gestación, fueron la infección del tracto urinario 57,5%, la rotura prematura de membrana 19,4%, preeclampsia 5,9%, oligohidramnios 4,8%, embarazo ectópico 2,7%, placenta previa 2,2%, eclampsia 1,6%, desproporción céfalo pélvica 0,5% y el síndrome de Hellp 0,5%. Los resultados muestran que la principal complicación obstétrica en la población objeto de estudio son las infecciones urinarias. Esto puede estar vinculado con los cambios fisiológicos propios del embarazo y la higiene deficiente; mientras, que la existencia de trastornos hipertensivos, muestra que es necesario reforzar las tácticas para detectar y manejar la preeclampsia a tiempo con el fin de evitar complicaciones graves tanto maternas como perinatales [57].

Sin embargo, el porcentaje hallado (57,5%) es mucho más alto que el encontrado en estudios recientes, como la investigación de Mera et al [63], que reportó una frecuencia del 37,7%; Concha et al [18], encontraron que la complicación más común durante el embarazo fue la infección de vías urinarias (26,7%); y Gómez y Mendoza [26], relevaron que durante el embarazo la complicación más frecuente fue la infección urinaria (45%). Asimismo, Habak et al [63], realizaron encontraron que 23,9% de gestantes tenían infecciones urinarias; esto muestra una incidencia más alta en los sujetos analizados en el presente estudio, probablemente vinculada a la falta de control prenatal adecuado, prácticas de higiene inadecuadas o condiciones socioeconómicas y ambientales adversas.

Las infecciones del tracto urinario (ITU) en la gestación son una complicación frecuente, pero que puede ser seria, y que conlleva riesgos tanto para la madre como para el feto. Los cambios fisiológicos y anatómicos (estasis urinaria, dilatación ureteral por acción hormonal, hipoperistalsis, y presión del útero en expansión hacia los uréteres) [47] que ocurren durante el embarazo incrementan la vulnerabilidad a las infecciones urinarias; por lo cual resulta esencial entender cómo estas infecciones se comportan de particular en esta población. Las ITU que no son tratadas pueden causar problemas como pielonefritis, parto prematuro, bajo peso al nacer e incluso sepsis materna, lo cual pone de relieve la relevancia de diagnosticar y tratar a tiempo [64].

La segunda complicación más habitual es la rotura de membranas antes de tiempo, que ocurre en cerca de la cuarta parte de los casos. Esta La ruptura de las membranas corioamnióticas sucede luego de la semana 22 del embarazo y antes del comienzo de las contracciones. Entre las razones más notables se encuentran los traumatismos y las complicaciones de procedimientos invasivos, la infección local por clamidia, estreptococo grupo B, tricomonas, el déficit de vitamina C, cobre o zinc, las distorsiones en las propiedades físicas de las membranas y los estiramientos de estas (incompetencia cervical, embarazo múltiple, polihidramnios). [44, 45].

Esta prevalencia de rotura de las membranas corioamnióticas es parecida a la que Gálvez y Laos [65], reportaron, 17,5%, en un hospital de referencia peruano. Esta condición ha sido vinculada con infecciones en las vías urinarias no atendidas, embarazos múltiples y un comienzo tardío de las visitas prenatales, lo cual podría ser una posible razón de su alta proporción en la muestra estudiada.

Por otro lado, el 5,9% de las gestantes, desarrollaron preeclampsia, un porcentaje que está en el rango indicado en la literatura reciente. Investigaciones como la de Novoa et al [66], reportaron una prevalencia del 6,4%, lo cual indica una frecuencia moderada y comparable a la de otros contextos latinoamericanos. Es por eso, que la estrategia, la prevención y el diagnóstico precoz son los enfoques actuales para conseguir los resultados óptimos en términos de salud materna y perinatal.

La preeclampsia, es un trastorno hipertensivo del embarazo que se presenta después de las 20 semanas, hay hipertensión arterial más proteinuria. Se subclasifica en: a) Preeclampsia leve o sin criterios de severidad: gestante hipertensa con PA sistólica < 160 mmHg y diastólica < 110 mmHg y con proteinuria cualitativa de 1 + (ácido sulfosalicílico) o de 2 + (tira reactiva) o con proteinuria cuantitativa  $\geq 300$  mg y < 5 g en orina de 24 horas; y b) Preeclampsia severa o con criterios de severidad: hay preeclampsia asociada a PA sistólica  $\geq 160$  mmHg y/o diastólica  $\geq 110$  mmHg y/o con evidencia de daño de órgano blanco, con o sin proteinuria [42].

A pesar de no ser frecuentes, situaciones como la placenta previa, el síndrome de HELLP, la eclampsia y la desproporción céfalo-pélvica son condiciones con un riesgo obstétrico elevado. El síndrome HELLP, con un 0,5%, está en línea con lo que reportaron Ismerat et al [67], quienes indicaron una incidencia de entre el 0,1% y el 0,9%. Esto comprueba su escasa prevalencia, pero gran gravedad clínica.

En general, los resultados muestran lo relevante que es reforzar el control prenatal, detectar las infecciones urinarias de manera temprana y supervisar las anomalías hipertensivas, ya que un diagnóstico a tiempo puede evitar problemas graves para la madre y también para el recién nacido. Además, las disparidades notadas en comparación con otras investigaciones pueden deberse a la geografía, la economía y los recursos disponibles en los servicios de salud locales.

Tabla 4. Complicaciones maternas durante el parto en las gestantes atendidas en un hospital del distrito de Chota, 2025.

<b>Complicaciones durante el parto</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>[IC95%]</b>
<b>Distocia de la contractibilidad uterina</b>			
No	185	99,5	[181,0;186,0]
Si	1	0,5	[0,0;5,0]
<b>Trabajo de parto prolongado</b>			
No	183	98,4	[178,0;185,0]
Si	3	1,6	[1,0;8,0]
<b>Distocia de presentación</b>			
No	168	90,3	[159,0;175,0]
Si	18	9,7	[11,0;27,0]
<b>Sufrimiento fetal</b>			
No	177	95,2	[170,0;181,0]
Si	9	4,8	[5,0;16,0]
<b>Desprendimiento prematuro de placenta</b>			
No	185	99,5	[181,0;186,0]
Si	1	0,5	[0,0;5,0]
<b>Parto precipitado</b>			
No	185	99,5	[181,0;186,0]
Si	1	0,5	[0,0;5,0]
<b>Retención de placenta</b>			
No	184	98,9	[180,0;186,0]
Si	2	1,1	[0,0;6,0]
<b>Otras*</b>			
No	185	99,5	[181,0;186,0]
Si	1	0,5	[0,0;5,0]

\* *Sangrado excesivo (1).*

Fuente: Ficha de recolección de datos tomada de Gómez y Mendoza, 2020 [26].

En la Tabla 4 se observa que las complicaciones maternas más frecuentes durante el parto fueron la distocia de presentación 9,7%, el sufrimiento fetal 4,8%, el trabajo de parto prolongado 1,6% y la retención de placenta 1,1%. Además, existieron casos de distocia por alteraciones en la contractilidad uterina, desprendimiento prematuro de placenta y parto precipitado, cada uno con una prevalencia del 0,5%.

Los resultados obtenidos en este estudio son diferentes a los que se han reportado a nivel nacional. En esta investigación, se observará una mayor incidencia de presentación de distocia de sufrimiento fetal, lo cual contrasta con el hecho de que Auccapuclla y Auccapuclla [24] reportaron que las complicaciones más frecuentes durante el parto fueron los desgarros vulvoperineales (5,4%) y la atonía uterina (4,3%).

De manera similar, Valverde y Tenorio [29] señalan que el desgarro del canal de parto y el sufrimiento fetal agudo fueron los más destacados durante el parto (con un 8,1% cada uno); Barreda [30] reportó cesáreas (38,9%) y desgarros perineales (14,9%) en las estadísticas de partos; mientras que, Gómez y Mendoza [26], hallaron que durante el parto las complicaciones maternas más frecuentes fueron el sufrimiento fetal (14,2%) y parto precipitado (10%). Estos resultados apoyan la urgencia de reforzar el monitoreo del parto intraparto y la capacitación del personal sanitario para identificar a tiempo las señales de sufrimiento fetal y los cambios en cómo se lleva a cabo el trabajo de parto.

La causa más común de complicaciones intraparto, fue la distocia de presentación, que se da cuando la parte del feto que se presenta hacia la pelvis materna impide que el trabajo de parto progrese de manera adecuada. Aunque el canal de parto y las contracciones uterinas son normales, la posición es anómala [43]. Está relacionada con trastornos por posición o encaje anómalo del feto, a menudo es una de las razones más comunes para realizar una intervención intraparto y una cesárea.

Al respecto, la literatura más reciente en la zona registra frecuencias significativas y subraya factores de riesgo para la distocia de presentación como la nuliparidad, macrosomía fetal y un control prenatal deficiente. Por lo tanto, ante casos de

distocia de presentación es consistente con series hospitalarias y enfatiza la importancia de mejorar el tamizaje y la gestión intraparto (incluyendo maniobras, diagnóstico precoz y decisiones adecuadas sobre cómo resolver) [68].

El sufrimiento fetal durante el parto es un síntoma directo de la implicación del feto y, en general, está relacionado con irregularidades en el monitoreo del parto, estrés por distocia o cambios en la oxigenación de la placenta. El estado de sufrimiento fetal ocurre cuando el feto está comprometido durante el trabajo del parto, y presenta acidosis, hipoxia e hipercapnia. Algunos de los factores de riesgo son la disminución del flujo sanguíneo por el cordón umbilical, la utilización de fármacos (como anestésicos y analgésicos) y los factores maternos, como diabetes gestacional, hipertensión en el embarazo, anemia severa, alteraciones en las contracciones uterinas o desprendimiento prematuro de placenta [42].

Las tasas son diversas en los informes de hospitales de referencia de naciones latinoamericanas; el número observado (4,8%) coincide con series hospitalarias contemporáneas y resalta lo crucial que es contar con un monitoreo fetal efectivo (auscultación intermitente o monitorización electrónica, protocolos de respuesta rápida) para disminuir la morbilidad y la mortalidad perinatal [69].

Por otro lado, el trabajo de parto prolongado y retención de placenta a pesar de que son menos frecuentes, tienen un impacto clínico significativo. El trabajo de parto prolongado puede ser causado por una disfunción en la dinámica uterina o por un desequilibrio entre el tamaño de la cabeza y el de la pelvis, y está relacionado con el incremento de procedimientos obstétricos y con el riesgo de infección [70].

Por su parte, la retención placentaria es un factor de riesgo directo para la hemorragia posparto, que es una de las causas más importantes de morbilidad materna prevenible. Aunque la atonía es la causa más común de hemorragia posparto, investigaciones recientes en hospitales de Perú y América Latina confirman que la retención placentaria sigue siendo un factor importante en los casos más severos [70].

Las complicaciones poco comunes, como el desprendimiento prematuro de placenta, alteración en la contractilidad y parto prematuro estarían relacionadas con el sufrimiento fetal, hemorragia grave y necesidad de intervención urgente, aunque en el estudio tengan una prevalencia baja. Su escasa frecuencia no debe hacer que su efecto en la mortalidad y morbilidad materno-perinatal sea menos relevante; por eso, los servicios tienen que conservar su capacidad de respuesta (diagnóstico rápido, transfusión, cirugía). Los simulacros y la capacitación son sugeridos en las últimas revisiones sobre complicaciones obstétricas para optimizar la reacción frente a incidentes poco comunes pero muy serios [71].

Tabla 5. Complicaciones maternas durante el posparto en las gestantes atendidas en un hospital del distrito de Chota, 2025.

<b>Complicaciones durante el post parto</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>[IC95%]</b>
<b>Hemorragia puerperal</b>			
No	185	99,5	[181,0;186;0]
Si	1	0,5	[0,0;5,0]
<b>Otras*</b>			
No	183	98,4	[178,0;185,0]
Si	3	1,6	[1,0;8,0]

\* *Fiebre puerperal (2), Shock hipovolémico (1).*

Fuente: Ficha de recolección de datos tomada de Gómez y Mendoza, 2020 [26].

En la tabla 5 se muestra que la complicación materna más frecuentes durante el posparto fue la hemorragia puerperal con 0,5%, con intervalo de confianza (IC: 0,0;5,0). Aunque su ocurrencia es escasa, este resultado señala que la hemorragia posparto sigue siendo un acontecimiento clínico significativamente debido a su posible gravedad y conexión con la mortalidad y morbilidad de las madres. La escasa frecuencia detectada podría ser un indicativo de que se gestiona correctamente el parto y se implementan medidas preventivas efectivas, como la vigilancia activa del sangrado y la administración profiláctica de uterotónicos.

La hemorragia puerperal es la pérdida de sangre superior a 500 ml que se produce después de expulsar la placenta en las primeras veinticuatro horas posteriores al parto vaginal, o más de 1000 ml si se trata de una cesárea. Las siguientes son las posibles causas: el alumbramiento incompleto, la atonía del útero, la retención de placenta, la retención placentaria, las lesiones del canal de parto (hematomas y/o laceraciones), la coagulación intravascular diseminada y la inversión uterina [42].

Para realizar un estudio adecuado de una paciente, es necesario implementar un sistema de evaluación constante de los factores de riesgo para la hemorragia, el cual debe fundamentarse en las características maternas y obstétricas durante la admisión, a lo largo del trabajo de parto y posteriormente. Para examinar los

factores de riesgo en cada uno de estos aspectos y establecer una posible causa de la hemorragia posparto, se puede emplear la nemotecnia "4 T", que hace referencia a las causas más frecuentes de este tipo: tono, traumatismo, tejido y trombina. Es por ello, que el conocimiento e identificación de estos elementos, así como la anticipación ante un paciente con sangrado, pueden disminuir considerablemente la morbilidad materna debido a la hemorragia posparto [72].

La hemorragia después del parto es una de las causas más frecuentes de muerte materna, en particular cuando provoca complicaciones severas como trastornos de coagulación, la necesidad de transfusiones múltiples y cuidados intensivos o el choque hipovolémico. Por lo tanto, el análisis de la mortalidad debe ser complementado por la vigilancia de la morbilidad materna extrema, ya que esta última es un indicador clave del nivel de calidad en la atención obstétrica [72]. Asimismo, para asegurar una respuesta adecuada, la estabilización del paciente y el rendimiento del sistema sanitario, es imprescindible mejorar las habilidades del personal en cada nivel de atención y mejorar los protocolos.

La atonía uterina es la causa más común de sangrado posparto y representa el 70% de los casos, de los cuales una gran cantidad pueden evitarse. Es esencial para una atención oportuna la valoración periódica del tono uterino durante la última fase del parto. La supervisión constante de este período es un método eficaz para prevenir, el cual abarca la administración de un agente uterotónico, la tracción controlada para expulsar la placenta y el pinzamiento temprano del cordón. Asimismo, la OMS aconseja que el masaje uterino sea incluido dentro de la gestión preventiva integral [73].

Ante esta situación, es esencial poner en marcha un programa sólido que combine la capacitación constante de los profesionales de salud (médicos, enfermeras y obstetras) con la puesta en marcha de medidas de protección. Por ejemplo, el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) de Perú ha comenzado a ofrecer talleres para formar equipos de diferentes niveles de atención en el manejo de claves obstétricas (roja, azul y amarilla). Asimismo, en áreas como Huancavelica se han establecido "facilitadores regionales", quienes duplican esta formación y

llevan a cabo simulacros, lo que fortalece la reacción local frente a emergencias obstétricas. [72,73].

Al respecto Robinson et al [74], indican que las acciones para brindar atención de calidad en el manejo médico de las urgencias obstétricas han probado que la capacitación con equipos simulados, la comunicación efectiva y el trabajo en equipo, además del feedback posterior a los episodios de hemorragia posparto, optimizan los resultados clínicos y garantizan que los protocolos disminuyan de manera efectiva ocurrencia de hemorragias [74].

**4.3. Determinar la relación entre los factores sociales y obstétricos con / sin complicaciones maternas en gestantes atendidas en un hospital del distrito de Chota, 2025.**

Tabla 6. Relación entre los factores sociales y obstétricos con y sin complicaciones maternas presentadas durante el embarazo en gestantes atendidas en un hospital del distrito de Chota, 2025.

Factores	Complicaciones durante el embarazo						p-valor	
	No		Si		Total		**	
	N	%	N	%	N	%	Sig.	
<b>Edad</b>								
< a 18 años	0	0,0	11	5,9	11	5,9	0,661	
18 a 29 años	6	3,2	100	53,8	106	57,0		
30 a 39 años	4	2,2	49	26,3	53	28,5		
≥ a 40 años	1	0,5	15	8,1	16	8,6		
<b>Estado civil</b>								
Casada	6	3,2	45	24,2	51	27,4	0,098	
Conviviente	5	2,7	101	54,3	106	57,0		
Soltera	0	0,0	28	15,1	28	15,1		
Divorciada	0	0,0	1	0,5	1	0,5		
<b>Sociales</b>	<b>Nivel de instrucción</b>							
	Primaria incompleta	2	1,1	13	7,0	15	8,1	0,096
	Primaria completa	1	0,5	24	12,9	25	13,4	
	Secundaria incompleta	0	0,0	41	22,0	41	22,0	
	Secundaria completa	6	3,2	55	29,6	61	32,8	
	Superior	2	1,1	42	22,6	44	23,7	
<b>Ocupación</b>								
Ama de casa	8	4,3	92	49,5	100	53,8	0,389	
Estudiante	1	0,5	36	19,4	37	19,9		
Trabaja	2	1,1	47	25,3	49	26,3		
<b>Procedencia</b>								
Rural	7	3,8	97	52,2	104	55,9	0,592	
Urbana	4	2,2	78	41,9	82	44,1		

		<b>Edad gestacional</b>						
<b>Obstétricos</b>	≤ a 12 semanas	0	0,0	18	9,7	18	9,7	
	13 a 27 semanas	1	0,5	7	3,8	8	4,3	0,258
	28 a 41 semanas	10	5,4	150	80,6	160	86,0	
	<b>Paridad</b>							
	Nulípara	4	2,2	101	54,3	105	56,5	
	Múltipara	6	3,2	71	38,2	77	41,4	0,232
	Gran múltipara	1	0,5	3	1,6	4	2,1	
	<b>Periodo intergenésico*</b>							
	Adecuado (18 a 59 meses)	7	8,5	74	90,2	81	98,8	
	Inadecuado (< 18 a > 60 meses)	0	0,0	1	1,2	1	1,2	0,672
	<b>Culminación de la gestación</b>							
	Aborto	1	1,2	8	9,8	9	11,0	
	Parto vaginal	2	2,4	55	67,1	57	69,5	0,044
	Parto cesárea	4	4,9	12	14,6	16	19,5	
<b>Gestante controlada</b>								
Si ≥ 6 atención prenatal	10	5,4	161	86,6	171	91,9	1,000	
No < 6 atención prenatal	1	0,5	14	7,5	15	8,1		

\* Para la variable periodo intergenésico se excluyeron de los análisis a las gestantes nulíparas, codificadas como valor perdido.

Nota: Se creó una variable dicotómica para cada complicación materna (0 = No, 1 = Si).

\*\* Chi cuadrado razón de Verosimilitud.

Fuente: Ficha de recolección de datos tomada de Gómez y Mendoza, 2020 [26].

La Tabla 6 muestra que las gestantes con factores sociales como ser convivientes (54,3%), tener entre 18 a 29 años (53,8%), haber completado la secundaria completa (29,6%), ser ama de casa (49,5%) y vivir en zona rural (52,2%) tuvieron problemas maternos durante la gestación. A pesar de ello, no existe relación entre los factores sociales con las complicaciones maternas presentadas durante el embarazo mediante la prueba Chi cuadrado razón de Verosimilitud.

La edad se refiere al tiempo en la cual la mujer comienza su vida reproductiva. Con el paso del tiempo (18 a 29 años), la edad materna avanzada está asociada con un incremento en el riesgo de complicaciones durante el embarazo, como la aneuploidía, que se refiere a alteraciones cromosómica en el feto [33]. Se ha

demostrado que las mujeres embarazadas a mayor edad tienen un riesgo elevado de padecer complicaciones obstétricas notables, como hipertensión gestacional, diabetes gestacional, parto prematuro, anomalías placentarias y la necesidad de cesáreas. Esto indica que la edad es un factor biológico de riesgo que puede tener una influencia directa [75].

El estado civil de conviviente y la ocupación de ama de casa, son variables sociales que pueden estar relacionados con barreras para acceder a servicios de salud, menos respaldo económico o comunitario y estrés psicosocial, lo que podría incrementar las probabilidades de tener complicaciones maternas. Sin embargo, en numerosos estudios, si no se ajustan por edad, comorbilidades y condiciones obstétricas anteriores, estos factores sociales no presentan una relación estadística significativa con las complicaciones [33,75].

Según la procedencia rural y escolaridad de secundaria, al respecto investigaciones recientes indican, el hecho de tener un nivel educativo alto está vinculado con buenos resultados en la salud materna y perinatal, debido a que se tiene acceso a una mejor atención prenatal, se comprenden mejor los signos de alerta y hay más empoderamiento para recurrir a la asistencia. Asimismo, ser de una zona rural usualmente implica un acceso limitado a los servicios sanitarios; Sin embargo, también supone estar expuesto a menos riesgos (contaminación, estrés) que podrían haber afectado el resultado del estudio. Sin embargo, no todos los estudios muestran que estas variables tienen un impacto significativo por sí mismos cuando otros factores clínicos son considerados [76].

La ausencia de una relación estadística, a pesar de las proporciones considerables que se han visto en algunos grupos, indica que existen confusores o que el estudio no cuenta con poder suficiente para identificar diferencias reales. Además, puede deberse a que los factores sociales operan más como modificadores de riesgo cuando se juntan con factores clínicos y no como predictores aislados.

La presencia de complicaciones maternas durante el embarazo está vinculada con factores obstétricos como nuliparidad (11,8%), edad gestacional de 28 a 41 semanas (18,3%), asistencia a seis o más controles prenatales (17,7%), parto

cesárea (11,0%) y un periodo intergenésico adecuado (20,7%). Asimismo, la prueba de Chi cuadrado razón de Verosimilitud indicó una relación estadísticamente significativa entre la culminación de la gestación y las complicaciones maternas durante la gestación.

Por una combinación de factores sociales (mayor ansiedad y estrés), fisiológicos (falta de adaptación fisiológica previa y trabajo de parto prolongado) y biológicos (mayor riesgo de preeclampsia), las mujeres nulíparas (que no han estado embarazadas antes) pueden tener un mayor riesgo de padecer ciertas complicaciones obstétricas durante la maternidad. Luo et al [77], descubrieron que el peligro de sufrir preeclampsia e hipertensión gestacional era considerablemente más alto entre las nulíparas con edad materna avanzada ( $\geq 35$  años).

Cuando una mujer está embarazada en una etapa muy temprana, puede ser que tenga un embarazo no planeado, que su salud materna aún no ha sido evaluada (por ejemplo, enfermedades crónicas) o que el cuidado prenatal haya comenzado de manera subóptima. Esto puede aumentar la posibilidad de anomalías embriológicas, abortos o problemas que más tarde se convertirán en complicaciones gestacionales [77].

Por otro lado, aunque la alta cobertura de controles sugiere un buen acceso a la atención, no garantiza que dichos controles sean de alta calidad. Las complicaciones pueden persistir o no prevenirse si los controles no incorporan prácticas efectivas de tamizaje, intervención o seguimiento de riesgos. Revisiones recientes resaltan que no sólo la frecuencia de visitas importa sino su contenido y oportunidad (p. ej. tamizajes, intervenciones preventivas) [78].

El parto cesárea puede ocasionar complicaciones (como hemorragia, desgarros y sufrimiento fetal), más aún si se presenta alguna condición desfavorable, como distocia o mala presentación del feto. La vía de parto puede ser el resultado de decisiones clínicas tomadas ante los riesgos que ya están presentes durante el parto [78].

Asimismo, se ha vinculado la existencia de intervalos entre embarazos, ya sean muy cortos o demasiado largos, con un incremento en el peligro de resultados negativos tanto para las madres como para los bebés. Investigaciones recientes demuestran que cuando los intervalos intergenésicos no son adecuados, la posibilidad de que ocurran complicaciones graves en la madre se incrementa. Un estudio reciente de China [79], encontró que tanto los intervalos muy largos como los cortos entre los embarazos se relacionan con una mayor cantidad de resultados negativos. De igual manera, Lippincott indica que los periodos breves incrementan los peligros negativos para las madres durante la gestación [80].

Por otro lado, teoría de Dorothea [31] menciona que en este contexto la teoría del déficit de autocuidado puede aplicarse a situaciones donde la falta de autocuidado adecuada contribuye a la aparición de complicaciones maternas en relación a los factores sociales - obstétricos, ya sea durante el embarazo, parto y puerperio. Es por eso, que las gestantes que no gestionan apropiadamente su salud (desconocimiento, barreras económicas, sociales o falta de acceso a la atención prenatal), pueden enfrentar riesgos como hipertensión inducida por el embarazo, diabetes gestacional o procesos infecciosos.

Tabla 7. Relación entre los factores sociales - obstétricos con y sin complicaciones maternas presentadas durante el parto en gestantes atendidas en un hospital del distrito de Chota, 2025.

	Factores	Complicaciones durante el parto						p-valor
		No		Si		Total		**
		N	%	N	%	N	%	Sig.
<b>Sociales</b>	<b>Edad</b>							
	< a 18 años	10	5,4	1	0,5	11	5,9	0,541
	18 a 29 años	87	46,8	19	10,2	106	57,0	
	30 a 39 años	40	21,5	13	7,0	53	28,5	
	≥ a 40 años	12	6,5	4	2,2	16	8,6	
	<b>Estado civil</b>							
	Casada	41	22,0	10	5,4	51	27,4	0,903
	Conviviente	84	45,2	22	11,8	106	57,0	
	Soltera	23	12,4	5	2,7	28	15,1	
	Divorciada	1	0,5	0	0,0	1	0,5	
	<b>Nivel de instrucción</b>							
	Primaria incompleta	11	5,9	4	2,2	15	8,1	0,748
	Primaria completa	20	10,8	5	2,7	25	13,4	
	Secundaria incompleta	33	17,7	8	4,3	41	22,0	
	Secundaria completa	47	25,3	14	7,5	61	32,8	
	Superior	38	20,4	6	3,2	44	23,7	
	<b>Ocupación</b>							
	Ama de casa	80	43,0	20	10,8	100	53,8	0,437
	Estudiante	32	17,2	5	2,7	37	19,9	
Trabaja	37	19,9	12	6,5	49	26,3		
<b>Procedencia</b>								
Rural	82	44,1	22	11,8	104	55,9	0,764	
Urbana	67	36,7	15	8,1	82	44,1		
<b>Obstétricos</b>	<b>Edad gestacional</b>							
	≤ a 12 semanas	18	9,7	0	0,0	18	9,7	0,009
	13 a 27 semanas	5	2,7	3	1,6	8	4,3	
	28 a 41 semanas	126	67,7	34	18,3	160	86,0	

<b>Paridad</b>							
Nulípara	83	44,6	22	11,8	105	56,5	
Múltipara	65	34,9	12	6,5	77	41,4	0,036
Gran múltipara	1	0,5	3	1,6	4	2,2	
<b>Periodo intergenésico*</b>							
Adecuado (18 a 59 meses)	64	78,0	17	20,7	81	98,8	
Inadecuado (< 18 a > 60 meses)	1	1,2	0	0,0	1	1,2	0,494
<b>Culminación de la gestación</b>							
Aborto	8	9,8	1	1,2	9	11,0	
Parto vaginal	50	61,0	7	8,5	57	69,5	0,002
Parto cesárea	7	8,5	9	11,0	16	19,5	
<b>Gestante controlada</b>							
Si ≥ 6 atención prenatal	138	74,2	33	17,7	171	91,9	
No < 6 atención prenatal	11	5,9	4	2,2	15	8,1	0,139

\* Para la variable periodo intergenésico se excluyeron de los análisis a las gestantes nulíparas, codificadas como valor perdido).

Nota: Se creó una variable dicotómica para cada complicación materna (0 = No, 1 = Sí).

\*\* Chi cuadrado razón de Verosimilitud.

Fuente: Ficha de recolección de datos tomada de Gómez y Mendoza, 2020 [26].

La tabla 7 muestra que las mujeres gestantes con factores sociales como tener entre 18 a 29 años (10,2%), estado civil conviviente (11,8%), estudiar secundaria completa (7,5%), amas de casa (10,8%) y vivir en zona rural (11,8%) tuvieron complicaciones maternas durante el parto. A pesar de ello, no existe relación entre los factores sociales con las complicaciones maternas presentadas durante el parto mediante la prueba de Chi cuadrado razón de Verosimilitud.

La edad de 18 a 29 años está vinculada con riesgo de complicaciones adversas en la madre, como la muerte materna, la hipertensión durante el embarazo y los partos prematuros, entre otros. Una cohorte rural de Bangladesh, tener más de 35 años aumentó la probabilidad de que se presentarán complicaciones obstétricas durante el trabajo de parto [81]. En la misma investigación de Basrah, se encontró que un bajo nivel educativo (OR ~2,3) era un predictor de complicaciones obstétricas [82]; un nivel de educación bajo, como primaria incompleta, generalmente está relacionado con un conocimiento limitado sobre las señales de alerta y con una menor capacidad.

Los estudios recientes no siempre identifican a "mujeres trabajadoras" como un factor independiente; Sin embargo, sí demuestra que ciertas cargas de trabajo y exposiciones laborales (amas de casa) están vinculadas con resultados peores si no se cuentan con condiciones apropiadas, permisos o protección [83]; en el caso de que las mujeres de ocupación amas de casa se enfrenten a dificultades, esto podría significar que sus condiciones laborales (físicamente exigentes, sin protección laboral prenatal, desplazamientos largos) están contribuyendo; aunque también puede ser un efecto de confusión, ya que las mujeres con trabajo podrían asistir más al sistema o ser detectadas con mayor vigilancia.

En 2024, se llevó a cabo en Basrah (Irak) un estudio comparativo que reveló que las complicaciones obstétricas fueron mucho más frecuentes entre las mujeres que viven en áreas rurales que entre las que residen en zonas urbanas (21,7% frente a 41,7%), y se encontró además que la residencia rural es un predictor independiente de dichas complicaciones (OR ~2,6) [82].

La presencia de complicaciones maternos durante el parto está vinculada con factores obstétricos como nulípara (0,5%), edad gestacional de 28 a 41 semanas (1,1%), periodo intergenésico adecuado (1,2%), culminación de parto vaginal (1,2%), y mayor a 6 atenciones prenatales (1,1%). Asimismo, no se encontró relación estadísticamente significativa entre los factores obstétricos y las complicaciones obstétricas, mediante la prueba de Chi cuadrado razón de Verosimilitud.

La nuliparidad se ha identificado en investigaciones recientes como un elemento de riesgo para tener resultados obstétricos desfavorables, entre los cuales se encuentran hemorragia posparto, complicaciones placentarias y mal presentaciones. Sin embargo, una revisión en *Frontiers Public Health*, indica que la múltipara excesiva aumenta el riesgo de resultados negativos en las madres, como el sangrado posparto y las presentaciones anómalas [84].

No se encontraron investigaciones recientes que vincula directamente las complicaciones del parto con gestaciones de entre 28 y 41 semanas, ya que este

intervalo suele corresponder a abortos tardíos o partos previabilidad. Sin embargo, su presencia indica que algunas mujeres embarazadas con complicaciones tenían embarazos prematuros o no a término, lo cual podría incrementar la probabilidad de padecer problemas obstétricos (como la ruptura prematura o la placenta previa) [84].

El hecho de que menos de la cuarta parte de las mujeres partícipes del estudio con complicaciones tenga un intervalo intergenésico considerado "adecuado" indica que la mayoría tenían períodos entre embarazos no óptimos (excesivamente breves o excesivamente largos). Los intervalos extremos, ya sean cortos o prolongados, están relacionados con un aumento del riesgo para las madres y los niños, según la literatura reciente y clásica. Al respecto, las investigaciones indican que los periodos intergenésicos muy breves pueden predisponer a sucesos adversos en la madre, como el parto prematuro, las hemorragias o la restricción del crecimiento. A pesar de que no se encontró datos precisos para los años más recientes, ese planteamiento concuerda con la evidencia anterior [84].

Por otro lado, se ha registrado que tener una cesárea aumenta los peligros en los embarazos posteriores, como son la placenta previa, adherencia placentaria, sangrado y dificultades quirúrgicas. Un estudio reciente concluye que una cesárea anterior se asocia con un riesgo elevado de hemorragia, histerectomía y morbilidad de la madre [85]. Además, la literatura más reciente ha documentado de manera adecuada los peligros que conlleva un parto vaginal después de una cesárea (VBAC), como es la ruptura uterina [86]. En tu contexto, el hecho de que cierta proporción de mujeres con complicaciones provengan de cesáreas anteriores sugiere que la cicatriz uterina podría ser un factor significativo de vulnerabilidad en dicha población.

A pesar de que existe la creencia de que tener más controles prenatales protege contra complicaciones, en el resultado cerca de la cuarta parte de las mujeres con complicaciones tuvieron más de seis controles, lo cual podría sugerir una falta de seguimiento apropiado. En la literatura se reconoce que el riesgo de no detectar condiciones maternas peligrosas (ya sean preexistentes o emergentes) aumenta

cuando los controles son insuficientes, particularmente en poblaciones vulnerables [86].

Tabla 8. Relación entre los factores sociales - obstétricos con y sin complicaciones maternas presentadas durante el posparto en gestantes atendidas en un hospital del distrito de Chota, 2025.

Factores	Complicaciones durante el posparto						P-valor	
	parto				Total		**	
	No	Si		Total		Sig.		
	N	%	N	%	N	%		
<b>Edad</b>								
< a 18 años	11	5,9	0	0,0	11	5,9	0,833	
18 a 29 años	105	56,5	1	0,5	106	57,0		
30 a 39 años	52	28,0	1	0,5	53	28,5		
≥ a 40 años	16	8,6	0	0,0	16	8,6		
<b>Estado civil</b>								
Casada	51	27,4	0	0,0	51	27,4	0,539	
Conviviente	105	56,5	1	0,5	106	57,0		
Soltera	27	14,5	1	0,5	28	15,1		
Divorciada	1	0,5	0	0,0	1	0,5		
<b>Sociales</b>	<b>Nivel de instrucción</b>							
	Primaria incompleta	15	8,1	0	0,0	15	8,1	0,336
	Primaria completa	24	12,9	1	0,5	25	13,4	
	Secundaria incompleta	40	21,5	1	0,5	25	22,0	
	Secundaria completa	61	32,8	0	0,0	61	32,8	
	Superior	44	23,7	0	0,0	44	23,7	
<b>Ocupación</b>								
Ama de casa	98	52,7	2	1,1	100	53,8	0,286	
Estudiante	37	19,9	0	0,0	37	19,9		
Trabaja	49	26,3	0	0,0	49	26,3		
<b>Procedencia</b>								
Rural	102	54,8	2	1,1	104	55,9	0,126	
Urbana	82	44,1	0	0,0	82	44,1		
○ <b>Edad gestacional</b>								

≤ a 12 semanas	18	9,7	0	0,0	18	9,7	
13 a 27 semanas	8	4,3	0	0,0	8	4,3	0,739
28 a 41 semanas	158	84,9	2	1,1	160	86,0	
<b>Paridad</b>							
Nulípara	104	55,9	1	0,5	105	56,4	
Múltipara	76	40,9	1	0,5	77	41,4	0,934
Gran múltipara	4	2,2	0	0,0	4	2,2	
<b>Periodo intergenésico*</b>							
Adecuado (18 a 59 meses)	80	97,6	1	1,2	81	98,8	
Inadecuado (< 18 y ≥ 60 meses)	1	1,2	0	0,0	1	1,2	0,875
<b>Culminación de la gestación</b>							
Aborto	9	11,0	0	0,0	9	11,0	
Parto vaginal	56	68,3	1	1,2	57	69,5	0,693
Parto cesárea	16	19,5	0	0,0	16	19,5	
<b>Gestante controlada</b>							
Si ≥ 6 atención prenatal	169	90,9	2	1,1	171	91,9	
No < 6 atención prenatal	15	8,1	0	0,0	15	8,1	0,561

\* Para la variable periodo intergenésico se excluyeron de los análisis a las gestantes nulíparas, codificadas como valor perdido).

Nota: Se creó una variable dicotómica para cada complicación materna (0 = No, 1 = Sí).

\*\* Chi cuadrado razón de Verosimilitud.

Fuente: Ficha de recolección de datos tomada de Gómez y Mendoza, 2020 [26].

La Tabla 8 muestra que las mujeres embarazadas con factores sociales como tener 30 a 39 años (0,5%), estado civil soltera (0,5%), estudiar de primaria completa (0,5%), ocupación amas de casa (1,1%) y vivir en zona rural (1,1%) tuvieron complicaciones maternas durante el posparto. Además, no se encontró relación entre los factores sociales con las complicaciones maternas presentadas durante el posparto mediante la prueba estadística Chi cuadrado razón de Verosimilitud.

A pesar de que las edades extremas (menores de 20 años o mayores de 35-40 años) suelen estar asociadas a los riesgos más altos, el grupo etario de entre 30 y 39 años puede ser considerado como de riesgo moderado si existen otros factores concomitantes. Un estudio que se publicó hace poco en The Lancet Global Health trata acerca de la manera en que la edad de la madre interactúa con factores clínicos y sociales para incrementar los riesgos en el posparto [87].

Las ocupaciones domésticas (amas de casa) pueden ser indicativas de un ingreso reducido, dependencia económica o una autonomía limitada para llegar a servicios. No existen investigaciones recientes que midan específicamente a las "amas de casa" como un factor de riesgo para complicaciones posparto, aunque esta situación se ubica dentro de determinantes sociales más generales que afectan la salud de las mujeres y su acceso a cuidado. En investigaciones sobre la morbilidad de las mujeres durante el embarazo, por ejemplo, se tiene en cuenta la ocupación o la condición laboral como un componente del contexto económico de riesgo [87].

Una educación de menor nivel suele estar asociada con un conocimiento más limitado sobre la salud, una dificultad para entender las señales de alerta, una falta de empoderamiento y un acceso restringido a recursos posnatales. Las mujeres con una educación más baja tienen, según investigaciones recientes, peores resultados después del parto, un menor seguimiento de los controles postnatales y un riesgo más alto de siniestros obstétricos [88].

Según la literatura, las mujeres que residen en áreas rurales corren un mayor riesgo de padecer morbilidad obstétrica grave y complicaciones durante el parto y el posparto. Esto es debido a barreras geográficas para acceder a los servicios, a una cobertura insuficiente de servicios especializados, al hecho de trasladarse tarde, a una infraestructura débil y a una escasa densidad de proveedores obstétricos. Un estudio, indica que las mujeres de zonas rurales tienen un 9% más de probabilidades de sufrir morbilidad materna severa que las mujeres que viven en las ciudades, incluso después de ajustar por rasgos clínicos [89].

La presencia de complicaciones maternos durante el posparto está vinculada con factores obstétricos como edad gestacional de 28 a 41 semanas (1,1%), multípara (0,5%), periodo intergenésico adecuado (1,2%), culminación de parto vaginal (1,2%) y  $\geq 6$  atenciones prenatales (1,1%). Asimismo, no se encontró relación estadísticamente significativa los factores obstétricos y las complicaciones maternas a través de la prueba de Chi cuadrado razón Verosimilitud.

En general, los partos a término (28 a 41 semanas) tienen menos complicaciones que los partos prematuros. Por lo tanto, si se presentan complicaciones en el posparto incluso en ese rango de tiempo, esto indica que los factores de riesgo no solo dependen de la prematuridad, sino también de condiciones maternas subyacentes (como hemorragias, tonicidad uterina y manejos obstétricos). Además, los datos de la OMS corroboran que alrededor de un tercio de las muertes maternas son debidas a la hemorragia posparto, que suele estar vinculado estrechamente con el parto, lo cual resalta la relevancia del posparto inmediato y su reconocimiento temprano con el parto (interfase del parto) [90].

A pesar de que varios estudios se enfocan en la nuliparidad como un elemento de riesgo, otros también indican que tanto la nuliparidad como la multiparidad extrema pueden conllevar riesgos, sobre todo cuando se combinan con otros factores médicos. En la revisión anteriormente citada, se reportó con mayor frecuencia la nuliparidad, aunque la multiparidad no siempre se presenta como un factor independiente [91].

La literatura afirma que los intervalos intergenésicos excesivamente largos o cortos pueden incrementar el riesgo de complicaciones tanto maternas como infantiles, a pesar de que no existen estudios recientes que relacione con precisión un "período intergenésico adecuado" con una reducción del riesgo posparto en estas circunstancias particulares [91].

Symonds y Alabama [91], realizaron una revisión sistemática en la que hallaron que el método de parto, incluyendo la cesárea, es uno de los factores de riesgo más frecuentemente reportados en cuanto a complicaciones y mortalidad posparto, en comparación con el parto vaginal, en países de ingresos bajos y medios. Según esa revisión, la cesárea está relacionada con un riesgo más elevado de reingreso después del parto.

Se reconoce la relación entre la cantidad y la calidad del control prenatal con mejores resultados para las madres. En la investigación titulada "Asociación de servicios de atención prenatal y morbilidad materna." Se debate la forma en que la

intensidad de los cuidados prenatales puede afectar a la morbilidad materna (aunque con limitaciones) [92].

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones

- La complicación materna más frecuente durante la gestación fue la infección del tracto urinario, seguida de la rotura prematura de membranas y la preeclampsia, evidenciando que estas alteraciones continúan siendo un problema relevante en la salud materna.
  
- Durante el parto, las complicaciones maternas más frecuentes fueron la distocia de presentación, el sufrimiento fetal y el trabajo de parto prolongado, las cuales se asociaron principalmente con factores obstétricos como la edad gestacional, la paridad y la culminación de la gestación.
  
- En el posparto, la complicación materna más frecuente fue la hemorragia puerperal; no obstante, no se encontró relación significativa entre los factores sociales–obstétricos y las complicaciones maternas durante esta etapa.
  
- No existe relación entre los factores sociales con las complicaciones maternas presentadas durante el embarazo. Sin embargo, se encontró relación entre la culminación de la gestación y las complicaciones maternas durante la gestación.
  
- Se concluye que existe relación entre algunos factores obstétricos y las complicaciones maternas, principalmente durante la edad gestacional, paridad y culminación de la gestación; sin embargo, no se evidenció relación significativa entre los factores sociales-obstétricos y las complicaciones maternas durante el posparto.

## **5.2. Recomendaciones**

### **A la Escuela Profesional de Enfermería de la UNACH**

- Fortalecer la educación en salud materna-infantil de los alumnos en el manejo integral, detección temprana y prevención de las complicaciones maternas.
- Incluir en los cursos de salud materna mayor horas de práctica clínica para mayor adiestramiento y desarrollo de habilidades en la detección a tiempo de complicaciones maternas.

### **A los estudiantes de Enfermería de la UNACH**

- Fomentar la educación y concientización de las embarazadas sobre la importancia del control prenatal y del monitoreo constante del embarazo, con el fin de evitar y minimice la aparición de complicaciones para las madres.
- Afianzar habilidades y conocimientos en la identificación precoz, el manejo y la prevención de las complicaciones maternas más relevantes en la gestación, parto y posparto.

### **A los representantes del Hospital José Soto Cadenillas Chota**

- Organizar cursos y talleres con el personal de salud en el manejo de complicaciones maternas durante, la gestación, parto y posparto, con el objetivo de disminuir la frecuencia de complicaciones.
- Fortalecer el entrenamiento constante del personal sanitario en la identificación precoz, gestión oportuna y remisión apropiada de casos con riesgo obstétrico, asegurando así una atención fundamentada en evidencia científica, humanizada y segura.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2023. [Consultado 21 de agosto 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. Organización Panamericana de la Salud. Informe de la OMS señala que las infecciones obstétricas son la tercera causa de muerte materna. [Internet]. OPS; 2020. [Consultado 21 de julio del 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/21-9-2020-informe-oms-senala-que-infecciones-obstetricas-son-tercera-causa-muerte-materna>
3. Organización Mundial de la Salud. La OMS publica un plan mundial para luchar contra la principal causa de muerte en los partos. [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2023. [Consultado 08 diciembre 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/11-10-2023-who-issues-global-plan-to-tackle-leading-cause-of-death-in-childbirth>
4. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Embarazo: riesgos y complicaciones. [Internet]. Londres; 2024. [Consultado 04 de septiembre 2024]. Disponible en: <https://www.figo.org/es/embarazo-riesgos-y-complicaciones>
5. Organización Panamericana de la Salud. OPS y socios lanzan campaña para acelerar la reducción de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe. [Internet]. OPS; 2023. [Consultado 21 de julio del 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/8-3-2023-ops-socios-lanzan-campana-para-acelerar-reduccion-mortalidad-materna-america#:~:text=Aproximadamente%208.400%20mujeres%20%2Dcasi%20el,el%20resto%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina.>
6. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Según organismos de Naciones Unidas, cada dos minutos muere una mujer por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. [Internet]. Nueva York, Estados Unidos: UNICEF; 2023 [Consultado 04 de septiembre 2024]. Disponible en:

<https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/cada-dos-minutos-muere-una-mujer-por-complicaciones-embarazo-parto>

7. Organización de las Naciones Unidas. Mortalidad Materna. [Internet]. ONU; 2020. [Consultado 21 de julio del 2024]. Disponible en: <https://oig.cepal.org/es/indicadores/mortalidad-materna>
8. Novoa DJE, Zambrano DLF, Sánchez DJM, Zambrano Ph DR O. Incidencia de complicaciones obstétricas del parto en gestantes atendidas en Hospital General Rodríguez Zambrano. Revista Científica Higía De La Salud. [Internet]. 2023. [Consultado 04 de septiembre 2024]. 9(2). Disponible en: <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia/article/view/976>
9. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de las Enfermedades. Número de muertes maternas anual del 2000-2023. [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2023. [Consultado 21 de julio del 2024]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2023/SE01/mmaterna.pdf>
10. Montenegro E, Arango PM. Complicaciones obstétricas durante puerperio mediato, en relación a la nueva clasificación de embarazo a término de la ACOG, en el Hospital de Vitarte. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. [Internet]. 2020. [Consultado 04 de septiembre del 2024]. 9(4):16-22. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/complicaciones-obstetricas-puerperio>
11. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. [Internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2023. [Consultado 22 de septiembre del 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5116461/Gu%C3%ADas%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20y%20de%20Procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatolog%C3%ADa%202023.pdf>
12. Ponce CV. Complicaciones obstétricas, perinatales y factores asociados en gestantes con COVID-19 en el Hospital Regional José Cayetano Heredia, 2023.

[Tesis de Médico Cirujano] [Internet]. Piura, Perú: Universidad César Vallejo; 2023. [consultado 03 septiembre 2024]. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/131133/Ponce\\_BCV-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/131133/Ponce_BCV-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

13. Chacha IA. Características epidemiológicas del embarazo múltiple en el Hospital Regional Docente de Cajamarca en los años 2018-2023 [Tesis de título]. Universidad Nacional de Cajamarca. [Internet]. 2024. [consultado el 204 de diciembre 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/6436>
14. Gobierno Regional de Cajamarca. 24 mil embarazadas serán atendidas durante el 2023 en Cajamarca. [Internet]. Cajamarca, Perú: GRC; 2023. [Consultado 04 de septiembre 2024]. Disponible en: <https://www.regioncajamarca.gob.pe/portal/noticias/det/6382>
15. Ministerio de Salud. Muerte materna según departamento de ocurrencia y procedencia, Perú del año 2017 – 2022 y hasta la SE 18 del 2023. [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2023. [Consultado 04 de septiembre 2024]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2023/SE18/mmaterna.pdf>
16. Gobierno Regional de Cajamarca. Alerta Epidemiológica. [Internet]. Cajamarca, Perú: GRC; 2024. [Consultado 12 de octubre 2024]. Disponible en: [https://www.diresacajamarca.gob.pe/media/portal/DMZDE/documento/55419/Alerta\\_Epidemiol%C3%B3gica\\_001-2024.pdf](https://www.diresacajamarca.gob.pe/media/portal/DMZDE/documento/55419/Alerta_Epidemiol%C3%B3gica_001-2024.pdf)
17. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico del Perú, SE - 52. [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2023. [Consultado 04 de septiembre 2024]. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin\\_202452\\_02\\_171641.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202452_02_171641.pdf)
18. Concha A, Ixchel S, Zolá S, Muñoz JG, Marina C, Guzaman E. Complicaciones en el embarazo y parto asociadas con la salud del recién nacido. Revista de Enfermería SANUS. [Internet]. 2024. [consultado el 06 de noviembre 2024]. 9

(20): e474. Disponible en:  
<https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/474/544>

19. Novoa JE, Zambrano LF, Sánchez JM, Zambrano RO. Incidencia de complicaciones obstétricas del parto en gestantes atendidas en Hospital General Rodríguez Zambrano. *Revista Higía de la Salud*. [Internet]. 2023. [consultado el 22 de julio 2024]. 9 (2): 12-31. Disponible en: <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia/article/view/976/1882>
20. Soto E, Desenlaces obstétricos y perinatales en embarazadas. Estudio de prevalencia. *Ginecol. obstet. Méx.* [Internet]. 2023 [consultado 06 diciembre del 2024]; 91(2): 75-84. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412023000200075](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412023000200075)
21. Cancellieri C, Fernández L, Pini V, Seiref S. Complicaciones Obstétricas en pacientes puérperas de Argentina, 2022. *Revista Fasgo*. [Internet]. 2022. [consultado el 06 de noviembre 2024]. 23 (1): 1-118. Disponible en: <https://www.fasgo.org.ar/index.php/numeros/volumen-23-n-21-mayo-de-2024/146-revista-fasgo/n-21-2024/2948-complicaciones-obstetricas-en-pacientes-de-grupos-etarios-de-riesgo-que-finalizaron-su-gestacion-en-2022-en-santa-fe>
22. Vaquero NB, Gafas C, Pazmiño AJ, Duque JL, Cherrez IC. Complicaciones materno-fetales en embarazadas añosas del Centro de Salud San Jacinto, 2020. *Revista de Ciencias de la Salud*. Disponible en: <https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/371/1029>
23. Urdaneta JR, Villalobos N, Graterol IC, García JE, Baabel N, Contreras A. et al. Complicaciones obstétricas en gestantes trabajadoras. *Revista digital de postgrado*. [Internet]. 2020. [consultado el 05 de noviembre 2024]; 9(3): 1-14. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/347348198\\_Complicaciones\\_obstetricas\\_en\\_gestantes\\_trabajadoras/link/6049e27aa6fdcc4d3e561605/download?](https://www.researchgate.net/publication/347348198_Complicaciones_obstetricas_en_gestantes_trabajadoras/link/6049e27aa6fdcc4d3e561605/download?)

\_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19

24. Auccapuella MS, Auccapuella JG. Complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio en Ayacucho 2022. [Tesis de licenciatura]. Universidad de San Cristóbal de Huamanga. [Internet]. 2024. [consultado el 12 de octubre 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unsch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/adaf4e1d-8e16-4bcd-bd41-dd4f51b59fee/content>
25. Blas, DL. Relación entre factores sociales - obstétricos y complicaciones maternas en gestantes añosas del hospital regional de Pucallpa 2022. [Tesis de maestría]. Universidad Nacional de Ucayali. [Internet]. 2022. [consultado el 28 de junio 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unu.edu.pe/items/8091f693-58fc-419d-8cf8-0637e252de68>
26. Gómez, KE, Mendoza, DT. Complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital San Martín de Pangoa 2020. [Tesis de especialidad]. Universidad Nacional de Huancavelica. [Internet]. 2021. [consultado el 22 de julio 2024]. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/c154de06-39e2-4ae4-9a75-aab9b67d771e/content>
27. Yangali, NP. Complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana, 2020. [Tesis de especialidad]. Universidad Nacional de Huancavelica. [Internet]. 2021. [citado el 22 de julio 2024]. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/93cd5e1c-fb7b-4af5-b5af-8e5a877d4831/content>
28. Castro, MC. Complicaciones obstétricas y neonatales de las gestantes atendidas en el Hospital de Pampas, Tayacaja 2018. [Tesis de especialidad]. Universidad Nacional de Huancavelica. [Internet]. 2020. [citado el 07 de septiembre 2024]. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/3f0adb34-2e03-449d-9df3-205b995ebd23/content>

29. Valverde LM, Tenorio LD. (Perú, 2020) estudiaron “Complicaciones obstétricas en el embarazo, parto y puerperio en madres atendidas en Ayacucho. [Tesis de especialidad]. Universidad Nacional de Huancavelica. [Internet]. 2020. [citado el 12 de octubre 2024]. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/d092ff91-eefb-4b4a-af85-22e6423e35ef/content>
30. Barreda AJ. Complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio en gestantes tardías del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2018 – 2019. [Tesis de médico cirujano]. Universidad Católica de Santa María. [Internet]. 2020. [citado el 12 de octubre 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/bea8a37d-bf8a-4431-b892-fb40f03e30e6/content>
31. Naranjo Y, Concepción P, Rodríguez M. Concepción acheco José Alejandro, Rodríguez Larreynaga Miriam. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit [Internet]. 2017 [consultado el 6 diciembre 2024]; 19(3): 89-100. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009)
32. Cuidamos de la mujer. Edad materna. [Internet] 2022 [Consultado 22 de septiembre 2024]. Disponible en: <https://www.cuidamosdelamujer.es/es/informacion-mujer/edad-materna#:~:text=La%20edad%20materna%20es%20el,embarazo%20con%20aneuploidia%20se%20incrementa.>
33. Cuidamos de la mujer. Edad materna. [Internet] 2022 [Consultado 22 de septiembre 2024]. Disponible en: <https://www.cuidamosdelamujer.es/es/informacion-mujer/edad-materna#:~:text=La%20edad%20materna%20es%20el,embarazo%20con%20aneuploidia%20se%20incrementa.>

34. Civicus. Informe sobre el estado de la sociedad civil. [Internet]. 2020. [Consultado 22 de septiembre 2024]. Disponible en: <https://www.civicus.org/index.php/es/informe-2020-sobre-el-estado-de-la-sociedad-civil>
  
35. Euskal Estatistika Erakundea. Nivel de instrucción. [Internet]. 2023. [Consultado 22 de septiembre 2024]. Disponible en: [https://www.eustat.eus/documentos/opt\\_0/tema\\_165/elem\\_2376/definicion.html](https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html) Instituto Vasco de Estadística
  
36. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica y de procedimiento en obstetricia y perinatología. [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2018. [Consultado 08 de septiembre 2024]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>
  
37. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud: Atención Integral de Salud Materna. [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2013. [Consultado 22 de septiembre 2024]. Disponible en: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm\\_827-2013-minsa.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf)
  
38. Ayala FD, Moreno KF, Valdivieso FD, Moreno KF, Valdivieso V, Morales S, Morales S. Influencia del periodo intergenésico largo en el riesgo de preeclampsia: Revisión peruana de investigación materno perinatal [Internet]. 2022 [Consultado el 22 septiembre 2024]; 11(2), 21–26. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/273>
  
39. Loayza AB, Palacios LS, Reyes EY. Principales complicaciones obstétricas en un hospital de segundo nivel, provincia de El Oro – Ecuador: Una mirada desde el proceso de Atención de Enfermería. Polo del Conocimiento. [Internet]. 2022. [Consultado 21 de julio 2024]; 7 (8): 1406-1423. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/4464/html>

40. Castañeda J, Santa EH. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Enferm. glob.* [Internet]. 2021 [Consultado 18 diciembre 2024]; 20(62): 109-128. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412021000200004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000200004)
41. Rafael A, Iglesias S. Factores asociados a complicaciones obstétricas en madres primigestas en un hospital amazónico de Perú. *Universidad Médica Pinareña.* [Internet]. 2021. [Consultado 07 de septiembre 2024]; 17 (3): 1-7. Disponible en: [https://www.redalyc.org/journal/6382/638266620005/html/#:~:text=Se%20define%20complicaciones%20obst%C3%A9tricas%20\(COS,o%20flujo%20vaginal\(6\).](https://www.redalyc.org/journal/6382/638266620005/html/#:~:text=Se%20define%20complicaciones%20obst%C3%A9tricas%20(COS,o%20flujo%20vaginal(6).)
42. Ministerio de Salud. Guía técnica: guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la amenaza de parto pretérmino y parto pretérmino. [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2024. [Consultado 08 de septiembre 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6687622/5807406-rd-191-2024-dg-hsr-minsa.pdf>
43. Araya P, Araya S, Gonzáles C. Síndrome de HELLP, una triada que puede llegar a ser mortal: revisión breve. *Revista médica sinergia.* [Internet]. 2022 [Consultado 18 de diciembre 2024]; 7(7): e863. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/863>
44. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2007. [Consultado 08 de septiembre 2024]. Disponible en: [https://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852\\_IMP198.pdf](https://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf)
45. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica, servicio de medicina especializada. [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2022. [Consultado 08 de septiembre 2024]. Disponible en: <http://sieval.sanbartolome.gob.pe/transparencia/Publicacion2022/Direccion/RD%20128%20DG%202022.pdf>

46. Ministerio de Salud de Argentina. Algoritmo de manejo ambulatorio de Infección diciembre 2024]. [Internet] Argentina; 2023. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-12/algoritmo-itu-mujeres.pdf>
47. Távara A, Núñez M, Tresierra MA. Factores asociados a atonía uterina. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2022 [Consultado el 30 enero 2025]; 68(2): 00005. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322022000200005](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322022000200005)
48. Ministerio de Salud. Guía de práctica para el manejo de la sepsis y shock séptico clínica Manejo de sepsis y choque séptico. [Internet] Lima, Perú: MINSA; 2023. [Consultado 08 de septiembre 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5232181/RD%20215%20DG%202023.pdf>
49. Reproducción asistida. ¿Cuántos kilos se debe aumentar en el embarazo? Recomendaciones. [Internet]. 2023. [Consultado 22 de septiembre 2024]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/cuantos-kilos-se-debe-aumentar-en-el-embarazo/>
50. Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de la salud. Día de Concientización sobre la Preeclampsia. [Internet]. OPS-OMS- 2019. [Consultado 08 de septiembre 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia#:~:text=La%20preeclampsia%20es%20un%20trastorno,y%20muerte%20materna%20y%20neonatal.>
51. EcuRED. Provincia de Chota. [Internet]. 2018. [Consultado 08 de septiembre 2024]. Disponible en: [https://www.ecured.cu/Provincia\\_de\\_Chota](https://www.ecured.cu/Provincia_de_Chota)
52. Hospital José Hernán Soto Cadenillas - Chota. Ubicación geográfica [Internet]. [consultado 08 de septiembre 2024]. Disponible en:

<https://www.deperu.com/saludnacional/establecimientos-de-salud-gbno-regional-minsa/jose-h-sotocadenillas-chota-chota-2622>

53. Vizcaíno PI, Cedeño RJ, Maldonado IA. Metodología de la investigación científica: guía práctica. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. [Internet]. 2023 [consultado 18 diciembre 2024]; 7(4), 9723-9762. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/7658>
54. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Infografía Estadística 2025. [Internet]. Lima, Perú: INEI; 2025. [consultado 07 octubre 2025]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/difusion/infografias-estadisticas/2025/info03/files/basic-html/page11.html>
55. Instituto Nacional de Estadística e Informática. En el Perú hay 8 millones 664 mil madres. [Internet]. Lima, Perú: INEI; 2022. [consultado 07 octubre 2025]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-hay-8-millones-664-mil-madres-12868/>
56. Pereira YJ, Vidal LM, Mota LN, Ataíde IL, Nazaré D. Determinantes sociales de la salud de las mujeres embarazadas ribereñas atendidas en el prenatal de riesgo habitual. *Cogitare Enferm*. [Internet]. 2025. [consultado 11 octubre 2025]; 30 (1): e96995es. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/xYz4DHwg5rBDKYHkCzwTdzL/?format=pdf&lang=es>
57. Tajvar M, Hajizadeh A, Zalvand, R. Revisión sistemática de los determinantes individuales y ecológicos de la mortalidad materna en el mundo según el nivel de ingresos de los países. *BMC Public Health*. [Internet]. 2022. [consultado 15 noviembre 2025]; 22 (1): 2354. Disponible en: [https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-14686-5?utm\\_source=chatgpt.com#citeas](https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-14686-5?utm_source=chatgpt.com#citeas)
58. Zapata V, Salazar E, Valverde N, Fajardo J, Barja J, Mayta F. Características, actividades y asesoramiento durante la atención prenatal: un estudio descriptivo. *Revista de la Federación Sudasiática de Obstetricia y Ginecología*.

- [Internet]. 2023. [consultado 11 octubre 2025]; 15 (5): 1-10. Disponible en: [https://jsafog.com/abstractArticleContentBrowse/JSAFOG/34175/JPJ/fullText?utm\\_source=chatgpt.com](https://jsafog.com/abstractArticleContentBrowse/JSAFOG/34175/JPJ/fullText?utm_source=chatgpt.com)
59. Kearney L, Nugent R, Maher J, George K, Robins A, Bogossian F. Factores asociados al parto vaginal espontáneo en mujeres nulíparas: una revisión sistemática descriptiva. [Internet]. 2024. [consultado 11 octubre 2025]; 37 (1): 63-78. Disponible en: [https://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192%2823%2900263-9/fulltext?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192%2823%2900263-9/fulltext?utm_source=chatgpt.com)
60. Hu X, Yang Y, Wang L. Intervalo entre embarazos después de un nacimiento vivo sano y aborto espontáneo posterior. [Internet]. 2024. [consultado 11 octubre 2025]; 7(6):e2417397. Disponible en: [https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2820088?utm\\_source=chatgpt.com](https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2820088?utm_source=chatgpt.com)
61. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2021. [consultado 11 octubre 2025]. Disponible en: [https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access?utm_source=chatgpt.com)
62. Tello C, Hernández A, Dongo KF, Vargas R, Bendezu G. Prevalencia y determinantes del adecuado cumplimiento de la atención prenatal en el Perú. Rev Bras Ginecol Obstet. [Internet]. 2021 [consultado 11 octubre 2025]; 43 (6): 442-451. Disponible en: [https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10411206/?utm\\_source=chatgpt.com](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10411206/?utm_source=chatgpt.com)
63. Mera LD, Mejía LA, Cajas SM, Guarderas SJ. Prevalencia y factores de riesgo de infección del tracto urinario en embarazadas. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. [Internet]. 2023 [consultado 11 octubre 2025]; 61 (5): 590-596. Disponible en: [https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10599784/?utm\\_source=chatgpt.com](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10599784/?utm_source=chatgpt.com)

64. Habak P J, Carlson K, Griggs RP. Infección del tracto urinario durante el embarazo. StatPearls. [Internet]. 2024 [consultado 11 octubre 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537047/>
65. Gálvez KG, Laos CR. Factores predisponentes al desprendimiento prematuro de placenta en gestantes del Hospital Santa María del Socorro Ica 2019 – 2020. [Internet]. 2022 [consultado 11 octubre 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unica.edu.pe/items/03708b98-36f2-4c4f-a611-e38780c45bc7>
66. Novoa RH, Pérez C, Castañeda JE, Ramírez AI, Meza L. Tamizaje, prevención y diagnóstico temprano de preeclampsia: necesidad de un protocolo actualizado en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. [Internet]. 2024 [consultado 11 octubre 2025]; 41(3):321-3. Disponible en: [https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2024.v41n3/321-323/es?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2024.v41n3/321-323/es?utm_source=chatgpt.com)
67. Ismerat DI, Alsalameh B KS, Farash RTM, Qnaibi B, Mahfoud A. Presentación típica del síndrome HELLP previsible: reporte de un caso. J Surg Case Rep. [Internet]. 2025 [consultado 11 octubre 2025]; 2025(4):rjaf255. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12035679/>
68. Véliz YM, Navas S, Marrero D. Factores de riesgo relacionados al parto distócico en primíparas del Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova. Revista Gregoriana de Ciencias de la Salud [Internet]. 2025 [consultado 12 octubre 2025]; 1(1): 10-25. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/382718571\\_Factores\\_de\\_riesgo\\_relacionados\\_al\\_parto\\_distocico\\_en\\_primiparas\\_del\\_Hospital\\_General\\_Dr\\_Napoleon\\_Davila\\_Cordova](https://www.researchgate.net/publication/382718571_Factores_de_riesgo_relacionados_al_parto_distocico_en_primiparas_del_Hospital_General_Dr_Napoleon_Davila_Cordova)
69. De Mucio B, Sosa C, Colomar M, Mainero L, Cruz CM, Chévez LM, et al. La carga de las muertes fetales en entornos de bajos recursos en América Latina: evidencia de una red que utiliza un sistema de vigilancia electrónica. [Internet]. 2023[consultado 12 octubre 2025]; 18 (12): e0296002. Disponible en:

[https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10745214/?utm\\_source=chatgpt.com](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10745214/?utm_source=chatgpt.com)

70. Carrion SA, Diaz A, Zarate PJ. Incidencia, etiología, factores de riesgo y complicaciones de hemorragia posparto en puérperas de un hospital nivel III - E en Huancayo, 2021-2023. [Tesis de médico cirujano]. Universidad Continental. [Internet]. 2025. [citado el 12 de octubre 2024]. Disponible en: [https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/16877/4/IV\\_FCS\\_502\\_Carrion\\_Diaz\\_Zarate\\_2025.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/16877/4/IV_FCS_502_Carrion_Diaz_Zarate_2025.pdf?utm_source=chatgpt.com)
71. Yan M, Li H, Zheng X. Carga mundial, riesgo y desigualdad del parto obstruido y la ruptura uterina materna de 1990 a 2019. BMC Public Health [Internet]. 2024. [citado el 12 de octubre 2024]. 24 (2017): 1-12. Disponible en: [https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-024-19429-2?utm\\_source=chatgpt.com#citeas](https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-024-19429-2?utm_source=chatgpt.com#citeas)
72. Briones JC. Progresos en el control de la hemorragia posparto: una revisión semisistemática. Ginecol. obstet. Méx. [Internet]. 2025 [citado 12 octubre de 2025]; 93(4): 152-163. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322023000300012](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322023000300012)
73. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2012. [citado 12 octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241548502>
74. Robinson D, Basso M, Chan C. Guía n.º 431: Hemorragia posparto y shock hemorrágico. J Obstet Gynaecol Can [Internet]. 2022 [citado 12 octubre de 2025]; 44(12): 1293-1310. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2022.10.002>
75. Guarga M, Álvarez A, Luna C, Abadía N, Mateo P, Ruiz S. Edad materna avanzada y resultados adversos del embarazo: un estudio de cohorte. Taiwán J Obstet Gynecol. [Internet]. 2021 [citado 12 octubre de 2025];60(1):119-124. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33494983/>

76. Martín R, Prieto P, Fernández I, Germán C., Aramburu C., Piqueras V, et al. Asociación entre resultados perinatales y factores de riesgo materno: un estudio de cohorte. *Medicina*. [Internet]. 2024. [citado 12 octubre de 2025]; 60 (7):1071. Disponible en: [https://www.mdpi.com/1648-9144/60/7/1071?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.mdpi.com/1648-9144/60/7/1071?utm_source=chatgpt.com)
77. Luo J, Fan C, Luo M. Complicaciones del embarazo en mujeres nulíparas y multíparas con edad materna avanzada: un estudio de cohorte prospectivo comunitario en China. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2020.[citado 12 octubre de 2025]; 20 (1): 581. Disponible en: [https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03284-1?utm\\_source=chatgpt.com#citeas](https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03284-1?utm_source=chatgpt.com#citeas)
78. Parker J, Hofstee P, Brennecke S. Prevention of Pregnancy Complications Using a Multimodal Lifestyle, Screening, and Medical Model. *Journal of Clinical Medicine*. [Internet]. 2024. [citado 12 octubre de 2025]; 13(15): 4344. Disponible en: [https://www.mdpi.com/2077-0383/13/15/4344?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.mdpi.com/2077-0383/13/15/4344?utm_source=chatgpt.com)
79. Chen P, Mu Y, Liu Z, Wang Y, Li X, Dai L. Asociación del intervalo intergenésico y el riesgo de resultados adversos del embarazo en mujeres según diferentes edades gestacionales previas. *Revista Médica China* [Internet]. 2024. [citado 12 octubre de 2025]; 137(1): 87-96. Disponible en: [https://journals.lww.com/cmj/fulltext/2024/01050/association\\_of\\_interpregnancy\\_interval\\_and\\_risk\\_of.10.aspx?utm\\_source=chatgpt.com](https://journals.lww.com/cmj/fulltext/2024/01050/association_of_interpregnancy_interval_and_risk_of.10.aspx?utm_source=chatgpt.com)
80. Feyissa TR, Chojenta C, Hassen TA, Beyene T, Khan M N, Bagade T. Intervalo corto entre nacimientos y embarazos y su asociación con resultados maternos adversos en la región de Asia Pacífico: una revisión sistemática y un metanálisis. [Internet]. 2025. [citado 12 octubre de 2025]; 144 (1): 104342. Disponible en: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613825000610?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613825000610?utm_source=chatgpt.com)
81. Sikder SS, Labrique AB, Shamim AA, Ali H, Mehra S, Wu L, et al. Factores de riesgo de complicaciones obstétricas notificadas y cuasi accidentes en la zona

rural del noroeste de Bangladesh: análisis de un estudio de cohorte prospectivo. BMC Pregnancy Childbirth. [Internet]. 2014. [citado 12 octubre de 2025];14:347. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25282340/>

82. Almiah ZAK, Alattar SA, Alyaseen BA. Prevalencia y factores de riesgo de complicaciones obstétricas en entornos urbanos y rurales. Revista Internacional de Obstetricia y Ginecología Clínica [Internet]. 2025. [citado 12 octubre de 2025]; 9 (5): 1-14. Disponible en: [https://www.gynaecologyjournal.com/archives/2025/vol9issue5/A/9-4-26?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.gynaecologyjournal.com/archives/2025/vol9issue5/A/9-4-26?utm_source=chatgpt.com)
83. Buralli RJ, Marques LJP, Viana OA, Pastro LDM, Figueiredo GM, Francisco RPV. Ocupación materna y mortinatos en São Paulo, Brasil: hallazgos preliminares del estudio FetRisks. [Internet]. 2023. [citado 12 octubre de 2025]. Disponible en: [https://ehp.niehs.nih.gov/doi/10.1289/isee.2023.FP-049?utm\\_source=chatgpt.com](https://ehp.niehs.nih.gov/doi/10.1289/isee.2023.FP-049?utm_source=chatgpt.com)
84. Tesfaye T, Okunlola M, Dessie Y. Efecto de la gran multiparidad en los resultados maternos adversos: un estudio de cohorte prospectivo. Sec. Medicina Familiar y Atención Primaria. [Internet]. 2022. [citado 12 octubre de 2025]; 10 (1): 1-14. Disponible en: [https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2022.959633/full?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2022.959633/full?utm_source=chatgpt.com)
85. Wei X, Cheng W. Impacto de la cesárea previa en los resultados del embarazo y el riesgo de hemorragia en placenta previa completa: Un análisis retrospectivo de una década. Med Sci Monit. [Internet]. 2024. [citado 12 octubre de 2025]; 30:e944432. Disponible en: [https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11583507/?utm\\_source=chatgpt.com](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11583507/?utm_source=chatgpt.com)
86. Deshmukh U, Denoble AE, Son M. Prueba de parto después de una cesárea, parto vaginal después de una cesárea y riesgo de ruptura uterina: una revisión de expertos. [Internet]. 2024. [citado 12 octubre de 2025]; 230 (3): S783-S803. Disponible en: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378%2822%2900840-7/fulltext?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.ajog.org/article/S0002-9378%2822%2900840-7/fulltext?utm_source=chatgpt.com)

87. Vogel JP, Jung J, Lavin T, Simpson G, Kluwgant D, Ábalos E. Consecuencias desatendidas a mediano y largo plazo del parto y el nacimiento: un análisis sistemático de la carga, prácticas recomendadas y un camino a seguir. [Internet]. 2024. [citado 12 octubre de 2025]; 12(2): e317-e330. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X%2823%2900454-0/fulltext?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X%2823%2900454-0/fulltext?utm_source=chatgpt.com)
88. Artieta I, Paz C, Bully, P. Variables del embarazo que impactan la calidad de vida posparto: un estudio prospectivo multicéntrico. Sci Rep. [Internet]. 2025. [citado 12 octubre de 2025];15 (1): 31294. Disponible en: [https://www.nature.com/articles/s41598-025-10699-3?utm\\_source=chatgpt.com#citeas](https://www.nature.com/articles/s41598-025-10699-3?utm_source=chatgpt.com#citeas)
89. Bozkurt B, Planey AM, Aijaz M, Weinstein JM, Cilenti D, Shea CM, et al. Disparidades en las visitas de salud materna entre comunidades rurales y urbanas en los Estados Unidos, 2016-2018. Perm J. [Internet]. 2024 [citado 12 octubre de 2025];28(2):36-46. Disponible en: [https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11232912/?utm\\_source=chatgpt.com](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11232912/?utm_source=chatgpt.com)
90. Organización Mundial de la Salud. Muchas complicaciones relacionadas con el embarazo no se detectan ni se tratan, según la OMS. [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2025 [citado 12 octubre de 2025]. Disponible en: [https://www.who.int/news/item/08-03-2025-many-pregnancy-related-complications-going-undetected-and-untreated--who?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.who.int/news/item/08-03-2025-many-pregnancy-related-complications-going-undetected-and-untreated--who?utm_source=chatgpt.com)
91. Symonds NE, Vidler M, Wiens MO. Factores de riesgo de mortalidad materna posparto y reingreso hospitalario en países de ingresos bajos y medios: una revisión sistemática. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2023. [citado 12 octubre de 2025]; 23 (1): 303. Disponible en: [https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-023-05459-y?utm\\_source=chatgpt.com#citeas](https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-023-05459-y?utm_source=chatgpt.com#citeas)

92. Geiger CK, Clapp MA, Cohen JL. Asociación de Servicios de Atención Prenatal, Morbilidad Materna y Mortalidad Perinatal con el Límite de Edad Materna Avanzada de 35 Años. [Internet]. 2021. [citado 12 octubre de 2025]; 2;(12): e214044. Disponible en: [https://jamanetwork.com/journals/jama-health-forum/fullarticle/2786896?utm\\_source=chatgpt.com](https://jamanetwork.com/journals/jama-health-forum/fullarticle/2786896?utm_source=chatgpt.com)

## ANEXOS

**Anexo 1.** Solicito permiso para acceder a información de historias clínicas

**SOLICITO: Autorización para acceder a las historias clínicas de las gestantes con y sin complicaciones obstétricas.**

**DR. Walther Yoseppy Cubas Ayaste**

**Director del Hospital José Hernán Soto Cadenillas**

Presente

Delgado Ramirez Neyli Yogani, identificada con DNI N°76463561, domiciliada en Jr. Comercio #1286, provincia de Cutervo y Guevara Marrufo Jenny Lizeth, identificada con DNI N° 74857345, domiciliada en el Jr. Juan Ramírez #112 provincia de Chota, siendo Bachilleres en Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, con el debido respeto nos presentamos ante usted y exponemos lo siguiente:

Que al Estar Desarrollando la Tesis **“Factores sociales - obstétricos y complicaciones maternas en gestantes atendidas en un Hospital del distrito de Chota, 2025.”** y teniendo como propósito contribuir al desarrollo y análisis de la investigación mencionada, solicitamos su autorización para acceder a las historias clínicas y a los diferentes RAD (Registros de Atención de Diagnóstico) de las gestantes que hayan presentado complicaciones obstétricas y que hayan sido atendidas en la Institución que Usted dirige. Por lo que solicito ordene usted a quien corresponda nos facilite dicha información.

Por lo tanto:

Pido a Ud. Señor director acceder a Nuestra petición, por ser de justicia.

Chota, .....de Agosto del 2025

## Anexo 2. Croquis de la provincia de Chota



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (Mapa referencial)

### Anexo 3. Formato de Instrumentos de recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE CHOTA  
Escuela Profesional de Enfermería

*“Factores sociales – obstétricos y complicaciones maternas en gestantes atendidas en un Hospital del distrito de Chota, 2025”*

#### Ficha de recolección de datos sobre complicaciones maternas

(Autor: Gómez y Mendoza, 2020)

#### I. Factores sociales

N° HCL.....Código:

1. Edad materna
  - a) < a 18 años
  - b) 18 a 29 años
  - c) 30 a 39 años
  - d) ≥ a 40 años
2. Estado civil
  - a) Casada
  - b) Conviviente
  - c) Soltera
  - d) Viuda
  - e) Divorciada
3. Nivel de instrucción
  - a) Primaria incompleta
  - b) Primaria completa
  - c) Secundaria incompleta
  - d) Secundaria completa
  - e) Superior
  - f) Illetrada
4. Ocupación
  - a) Ama de casa
  - b) Estudiante
  - c) Trabaja
5. Procedencia
  - a) Zona rural
  - b) Zona urbana

#### II. Factores obstétricos

6. Edad gestacional
  - a) Menor/igual a 12 semanas
  - b) 13 a 27 semanas
  - c) 28 a 41 semanas
7. Paridad
  - a) Nulípara

- b) Multípara
- c) Gran multigesta

8. Periodo intergenésico
  - a) Adecuado (18 a menos de 60 meses)
  - b) Inadecuada (menor 18 semanas o mayor 60 meses)
9. Culminación de la gestación
  - a) Aborto
  - b) Parto vaginal
  - c) Parto cesárea
10. Gestante controlada
  - a) Si  $\geq 6$  APN
  - b) No  $< 6$  APN

### III. Contenido de complicaciones obstétricas en gestantes

11. . Complicaciones obstétricas durante el embarazo
  - a) Oligohidramnios.....(SI) (NO)
  - b) Embarazo ectópico ..... (SI) (NO)
  - c) Placenta previa..... (SI) (NO)
  - d) Desproporción céfalo pélvica ..... (SI) (NO)
  - e) Eclampsia ..... (SI) (NO)
  - f) Preeclampsia ..... (SI) (NO)
  - g) Síndrome de Hellp..... (SI) (NO)
  - h) Rotura prematura de membranas..... (SI) (NO)
  - i) Infección del tracto urinario..... (SI) (NO)
  - j) Otras..... (SI) (NO)
12. . Complicaciones obstétricas durante el parto
  - a) Distocia de la contractilidad uterina.....(SI) (NO)
  - b) Trabajo de parto prolongado ..... (SI) (NO)
  - c) Distocia de presentación..... (SI) (NO)
  - d) Sufrimiento fetal..... (SI) (NO)
  - e) Desprendimiento prematuro de placenta ..... (SI) (NO)
  - f) Parto precipitado ..... (SI) (NO)
  - g) Retención de placenta..... (SI) (NO)
  - h) Otras..... (SI) (NO)
13. . Complicaciones obstétricas durante el post parto
  - a) Hemorragia puerperal.....(SI) (NO)
  - b) Otras..... (SI) (NO)

#### Anexo 4. Matriz de consistencia

Título	Formulación del problema	Objetivos	Técnicas de instrumentos
Factores sociales – obstétricos y complicaciones maternas en gestantes atendidas en un Hospital del distrito de Chota, 2025.	¿Cuál es la relación entre los factores sociales – obstétricos y las complicaciones maternas en gestantes atendidas en un Hospital del distrito de Chota, 2025?	<p><b>Objetivo general</b> Determinar la relación entre los factores sociales – obstétricos y las complicaciones maternas en gestantes atendidas en un Hospital del distrito de Chota, 2025.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Describir las complicaciones maternas durante el embarazo en las gestantes atendidas en un Hospital del distrito de Chota, 2025.</li> <li>✓ Identificar las complicaciones maternas durante el parto en las gestantes atendidas en un Hospital del distrito de Chota, 2025.</li> <li>✓ Describir las complicaciones maternas durante el posparto en las gestantes atendidas en un Hospital del distrito de Chota, 2025.</li> </ul>	<p><b>Técnicas</b> ✓ Análisis documental</p> <p><b>Instrumentos</b> ✓ Ficha de recolección de datos</p>

## Anexo 5: Informe de validación por juicios de expertos



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

### INFORME DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS



Estimado profesional, siendo conocedoras de su extraordinaria trayectoria, solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL EXPERTO		
2.	PROFESION	
	TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	
	ESPECIALIDAD	
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	
	INSTITUCION DONDE LABORAL	
	CARGO	
3.	AREA DE TRABAJO	
4.	NUMERO DE CONTACTO:	
5. TITULO DE LA INVESTIGACION: FACTORES SOCIALES - OBSTETRICOS Y COMPLICACIONES MATERNAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DEL DISTRITO DE CHOTA, 2025		
6. NOMBRE DE LAS TESISISTAS: <del>Neyli Yocani Delgado Ramirez</del> – <del>Jenny Lisseth Guevara Marrufo</del>		
7. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	Determinar la relación entre los factores sociales - obstétricos y las complicaciones maternas en gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenilla - Chota, 2025	
8. OBJETIVO ESPECIFICOS DE LA INVESTIGACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Describir los factores sociales y obstétricos de las gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas - Chota, 2025</li> <li>• Describir las complicaciones maternas durante el embarazo en las gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas - Chota, 2025</li> <li>• Identificar las complicaciones maternas durante el parto en las gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas - Chota, 2025</li> <li>• Describir las complicaciones maternas durante el posparto en las gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas - Chota, 2025.</li> </ul>	

## VALIDACION DE CONTENIDO

### ASPECTOS DE VALIDACIÓN

VALORACIÓN: 0 = DEBE MEJORARBE 1 = ADECUADO

CRITERIO	INDICADORES	VALORACION
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para el entrevistado. El vocabulario es apropiado al nivel educativo de las unidades de estudio	
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores o preguntas precisas y claras	
ORGANIZACION	Los ítems/preguntas presentan una organización lógica y clara	
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio	
COHERENCIA	Existe coherencia entre la variable/objeto de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponde a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán	
RESULTADO DE VALIDACION :		

#### 1- SUGERENCIAS

(Realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considere oportunas para la mejora del instrumento)

#### 2- VEREDICTO DE APLICABILIDAD

.....  
FIRMA DEL JUEZ

DNI:

## Anexo 6 : Juicio de expertos

### ASPECTOS DE VALIDACIÓN

VALORACIÓN: 0 = DEBE MEJORARSE 1 = ADECUADO

CRITERIO	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para el entrevistado. El vocabulario es apropiado al nivel educativo de las unidades de estudio	1
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores o preguntas precisas y claras	1
ORGANIZACIÓN	Los ítems/preguntas presentan una organización lógica y clara	1
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio	1
COHERENCIA	Existe coherencia entre la variable/objeto de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponde a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán	1
<b>RESULTADO DE VALIDACIÓN</b> : El instrumento cumple los requisitos para ser aplicado en la presente investigación.		5

#### 5- SUGERENCIAS

Tener en cuenta los comentarios que se realizaron en algunas preguntas y en los objetivos si usted cree conveniente.

#### 6- VEREDICTO DE APLICABILIDAD

El instrumento cumple los requisitos para ser aplicado en la presente investigación.



.....  
FIRMA DEL JUEZ  
Deisy Magaly Uriarte Tamay  
DNI: 72426392

Chota, 30 de mayo de 2025

## ASPECTOS DE VALIDACIÓN

VALORACIÓN: 0 = DEBE MEJORARSE 1 = ADECUADO

CRITERIO	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para el entrevistado. El vocabulario es apropiado al nivel educativo de las unidades de estudio	1
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores o preguntas precisas y claras	1
ORGANIZACIÓN	Los ítems/preguntas presentan una organización lógica y clara	1
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio	1
COHERENCIA	Existe coherencia entre la variable/objeto de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponde a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán	1
<b>RESULTADO DE VALIDACIÓN</b> : El instrumento cumple los requisitos para ser aplicado en la presente investigación.		5

### 1- SUGERENCIAS

(Realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considera oportunas para la mejora del instrumento)

**TENER EN CUENTA LAS SUGERENCIAS**

### 2- VEREDICTO DE APLICABILIDAD

El instrumento cumple los requisitos para ser aplicado en la presente investigación.



Dra. Elisa Ramos Tarrillo  
DOCENTE -UNACH

FIRMA DEL JUEZ  
DNI: 42167791

Chota, 03 de junio de 2025

## ASPECTOS DE VALIDACIÓN

VALORACIÓN: 0 = DEBE MEJORARSE 1 = ADECUADO

CRITERIO	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para el entrevistado. El vocabulario es apropiado al nivel educativo de las unidades de estudio	1
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores o preguntas precisas y claras	1
ORGANIZACIÓN	Los ítems/preguntas presentan una organización lógica y clara	1
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio	1
COHERENCIA	Existe coherencia entre la variable/objeto de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponde a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán	1
<b>RESULTADO DE VALIDACIÓN</b> : El instrumento cumple los requisitos para ser aplicado en la presente investigación.		5

### 3- SUGERENCIAS

(Realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considera oportunas para la mejora del instrumento)

### 4. VEREDICTO DE APLICABILIDAD

El instrumento cumple los requisitos para ser aplicado en la presente investigación.

  
Obst. Gladys Sánchez Díaz  
ESPECIALISTA EN  
MONITOREO PÉTUO  
COP 27322 RNEO 4162 E 02.1

FIRMA DEL JUEZ

DNI: 43780610

Chota, 30 de mayo de 2025

## Anexo 7: Evidencia fotográfica



***“Servicio de admisión - Hospital José Hernán Soto Cadenillas: recolección de información de historias clínicas”***