

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A COMPLICACIONES  
OBSTÉTRICAS DEL III TRIMESTRE. HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO  
CADENILLAS – CHOTA, 2024.**

**PARA OBTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**OBSTETRA**

**Presentado por la Bachiller**

Carmen Chavely Becerra Chilón

**Asesora**

Dra. Obsta. Rebeca Beatriz Aguilar Quiroz

Cajamarca, Perú

2026

## CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: **Carmen Chavely Becerra Chilón**  
DNI: **76420824**  
Escuela Profesional/Unidad UNC: ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
2. Asesor:  
**Dra. REBECA BEATRIZ AGUILAR QUIROZ**  
Facultad/Unidad UNC:  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**
3. Grado académico o título profesional  
 Bachiller      **X Título profesional**       Segunda especialidad  
 Maestro       Doctor
4. Tipo de Investigación:  
**X Tesis**       Trabajo de investigación       Trabajo de suficiencia profesional  
 Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:  
**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DEL III TRIMESTRE. HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS – CHOTA, 2024.**
6. Fecha de evaluación Sofware antiplagio: 05/02/2025
7. Software antiplagio: **X TURNITIN**       URKUND (OURIGINAL) (\*)
8. Porcentaje de Informe de Similitud: 18%
9. Código Documento: **oid:3117:553565075**
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:  
**X APROBADO**       PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Cajamarca, 06 de febrero del 2026



\* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

**Copyright © 2026 by**  
Carmen Chavely Becerra Chilón  
**Derechos reservados**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Becerra C. 2026. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A COMPLICACIONES  
**DEL III TRIMESTRE. HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS – CHOTA,2024/**  
Becerra Chilón Carmen Chavely/76  
**ASESORA:** Dra. Obst. Rebeca Beatriz Aguilar Quiroz  
Disertación académica para optar por el título profesional de obstetra UNC 2026



## MODALIDAD “A”

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En Cajamarca, siendo las 11:00 hrs del 2 de Febrero del 2026, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente 6E-205 de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada:

Factores de Riesgo relacionados a complicaciones Obstétricas del III Trimestre Hospital José Hernán Soto Cadena - Chota, 2024

del (a) Bachiller en Obstetricia:

Carmen Chavely Beccaria Chilón

Siendo las 12:30pm del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: Muy Bueno, con el calificativo de: 17, con lo cual el (la) Bachiller en Obstetricia se encuentra APTA para la obtención del Título Profesional de: **OBSTETRA**.

Miembros Jurado Evaluador Nombres y Apellidos		Firma
Presidente:	<u>Dra. Silvia Isidel Sánchez Mercado</u>	<u>Dávila</u>
Secretario(a):	<u>M. cs. María Elena Asregú Oré</u>	<u>Oré</u>
Vocal:	<u>M. cs. Mercedes Teodora Miranda Rendón</u>	<u>Miranda</u>
Accesitaria:		
Asesor (a):	<u>Dra. Rebeca Beatriz Aguilera Quinoz</u>	<u>Rebeca</u>
Asesor (a):		

## Términos de Calificación:

EXCELENTE (19-20)

REGULAR (12-13)

MUY BUENO (17-18)

REGULAR BAJO (11)

BUENO (14-16)

DESAPROBADO (10 a menos)

El saber y la prudencia son indispensables para proteger a la madre y al niño.

**(Louise Bourgeois)**

## **DEDICATORIA A:**

Dios, por brindarme fortaleza, sabiduría y perseverancia para alcanzar este logro.

Mi mami, Yolanda, por su amor incondicional, apoyo constante y ejemplo de sacrificio, que han sido el pilar fundamental de mi formación personal y profesional.

Mis hermanos, Lis y Leo, por ser mi apoyo emocional, motivación constante y acompañarme con palabras de aliento y cariño en cada etapa de este camino, incluso en los momentos más difíciles.

Mis mejores amigas Ada y Nancy, por su amistad sincera, comprensión y apoyo incondicional, que hicieron más llevadero este proceso.

**CARMEN CHAVELY**

**SE AGRADECE A:**

Mi querida Alma Mater y docentes de la carrera de Obstetricia, por su valiosa formación académica y vocación de enseñanza a lo largo de mi preparación profesional.

Mi asesora, Dra. Obsta. Rebeca Beatriz Aguilar Quiroz, por su orientación, apoyo constante y valiosos conocimientos brindados durante el desarrollo de la presente tesis.

Los profesionales de salud y gestantes del Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota, por las facilidades y colaboración otorgadas para la realización de esta investigación.

**CARMEN CHAVELY**

## ÍNDICE GENERAL

	Pág.
<b>DEDICATORIA</b>	I
<b>AGRADECIMIENTO</b>	II
<b>ÍNDICE GENERAL</b>	III
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	V
<b>RESUMEN</b>	VI
<b>ABSTRACT</b>	VII
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO I</b>	3
<b>EL PROBLEMA</b>	3
1.1. Definición y delimitación del problema	3
1.2. Formulación del Problema	5
1.3. Objetivos	5
1.4. Justificación de la Investigación	5
<b>CAPÍTULO II</b>	7
<b>MARCO TEÓRICO</b>	7
2.1. Antecedentes	7
2.2. Bases teóricas	9
2.2.1. Factores de riesgo	9
2.2.2. Embarazo	10
2.2.3. Periodo Intergénésico	11
2.2.4. Edad gestacional	11
2.2.4. Complicaciones obstétricas	12
2.2.5. Complicaciones durante el tercer trimestre de embarazo	12
2.3. Hipótesis	22
2.4. Variables	22
2.4.3. Definición, conceptualización y operacionalización de variables	20
<b>CAPÍTULO III</b>	23
<b>DISEÑO METODOLÓGICO</b>	24
3.1. Diseño y tipo de estudio	24
3.2. Área de estudio y población	25
3.3. Muestra	25

3.4. Unidad de análisis	25
3.5. Criterios de Inclusión y exclusión	25
3.6. Consideraciones éticas de la investigación	26
3.7. Procedimientos para la recolección de datos	26
3.8. Descripción del instrumento de recolección de datos	26
3.9. Confiabilidad	28
3.10. Procesamiento y análisis de datos	28
3.11. Control de calidad de datos	29
<b>CAPÍTULO IV</b>	30
<b>INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	30
<b>CONCLUSIONES</b>	45
<b>RECOMENDACIONES</b>	46
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	47
<b>ANEXOS</b>	54

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
<b>Tabla 1.</b> Factores sociodemográficos de las gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota, 2024.	30
<b>Tabla 2.</b> Factores obstétricos de las gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota, 2024.	32
<b>Tabla 3.</b> Complicaciones obstétricas del III trimestre que presentaron las gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota, 2024.	34
<b>Tabla 4.</b> Edad materna y complicaciones obstétricas del III trimestre. Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota, 2024.	37
<b>Tabla 5.</b> Paridad y complicaciones obstétricas del III trimestre. Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota, 2024.	39
<b>Tabla 6.</b> Periodo intergenésico y complicaciones obstétricas del III trimestre. Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota, 2024.	41
<b>Tabla 7.</b> N° controles prenatales según tipo de complicación obstétrica en gestantes del III trimestre. Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota, 2024.	43

## RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar la relación entre los factores de riesgo maternos y la presencia de complicaciones obstétricas en gestantes del III trimestre en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, 2024. Estudio cuantitativo, retrospectivo, no experimental y correlacional, con una muestra de 137 historias clínicas. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi-cuadrado y la razón de momios (OR). En los resultados: los factores de riesgo maternos más frecuentes fueron edad materna añosa (28,4%), anemia (23,2%), infecciones urinarias (18,9%) y nuliparidad (17,9%). Las complicaciones obstétricas más frecuentes fueron parto pretérmino (22,1%), preeclampsia (16,8%) y ruptura prematura de membranas (14,7%). Se encontró que la mayoría de los factores de riesgo presentan una asociación significativa con las complicaciones obstétricas ( $p < 0,05$ ), siendo la edad materna añosa y la anemia los factores con mayor relación. Se concluye que, existe una relación significativa entre los factores de riesgo maternos y las complicaciones obstétricas, lo que evidencia la importancia del control prenatal oportuno y la evaluación integral de las gestantes. La identificación temprana de factores de riesgo permite implementar estrategias de prevención y manejo para reducir la morbilidad materna y perinatal.

**Palabras clave:** Factores de riesgo maternos, complicaciones obstétricas, gestantes, control prenatal.

## ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship between maternal risk factors and the presence of obstetric complications in third-trimester pregnant women at Hospital José Hernán Soto Cadenillas, 2024. This quantitative, retrospective, non-experimental, correlational study included 137 medical records. Statistical analysis was performed using the chi-square test and odds ratio (OR). Results showed that the most frequent maternal risk factors were advanced maternal age (28.4%), anemia (23.2%), urinary tract infections (18.9%), and nulliparity (17.9%). The most common obstetric complications were preterm birth (22.1%), preeclampsia (16.8%), and premature rupture of membranes (14.7%). Most maternal risk factors were significantly associated with obstetric complications ( $p<0.05$ ), with advanced maternal age and anemia showing the strongest association. It is concluded that there is a significant relationship between maternal risk factors and obstetric complications, highlighting the importance of timely prenatal care and comprehensive evaluation of pregnant women. Early identification of risk factors allows the implementation of prevention and management strategies to reduce maternal and perinatal morbidity.

**Keywords:** Maternal risk factors, obstetric complications, pregnant women, prenatal care.

## INTRODUCCIÓN

La salud materna es fundamental para el bienestar de la mujer, el recién nacido y su familia. Durante el embarazo, los cambios fisiológicos requieren seguimiento constante, ya que factores de riesgo biológicos, obstétricos y sociales pueden generar complicaciones, especialmente en el III trimestre, etapa clave para el parto y la adaptación fetal (1).

Es importante señalar que, según datos del Ministerio de Salud (MINSA) del Perú, alrededor del 75% de embarazos presentan algún factor de riesgo que puede condicionar complicaciones obstétricas que afectan a la madre y al feto. La identificación temprana de estos riesgos permite mejorar la vigilancia prenatal y aplicar estrategias de prevención efectivas (2).

Frente a esta realidad, el presente estudio se realizó para analizar los factores de riesgo asociados a las complicaciones obstétricas del III trimestre en gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota, generando información relevante para mejorar la prevención, detección temprana y manejo integral de la gestante.

Los resultados del estudio indican que las gestantes se caracterizan, en su mayoría, por presentar edad maternaañosa, anemia, infecciones del tracto urinario (ITU) y nuliparidad. Las complicaciones obstétricas más frecuentes fueron parto pretérmino, preeclampsia y ruptura prematura de membranas (RPM). Se evidenció que la mayoría de factores de riesgo maternos presentan una asociación significativa con la presencia de complicaciones obstétricas ( $p < 0,05$ ), destacando la edad maternaañosa y anemia como los factores con mayor relación.

Estos hallazgos subrayan la importancia del control prenatal oportuno y la evaluación integral de las gestantes para la identificación temprana de riesgos e implementación de estrategias preventivas que contribuyan a reducir la morbilidad materna y perinatal (MMP).

La estructura del presente trabajo se organiza de la siguiente manera:

- **Capítulo I:** se presenta la realidad del problema, así como los objetivos y la justificación de la investigación.

- **Capítulo II:** se desarrollan los antecedentes y las bases teóricas relacionadas con la salud materna y los factores de riesgo obstétricos.
- **Capítulo III:** se detalla la metodología del estudio, incluyendo la población y muestra, los instrumentos utilizados, las consideraciones éticas y el análisis de los datos.
- **Capítulo IV:** se muestran los resultados obtenidos a través de tablas y análisis estadísticos, seguidos de la discusión, conclusiones, recomendaciones y anexos.

## CAPÍTULO I

### EL PROBLEMA

#### 1.1. Definición y delimitación del problema

La gestación es un proceso biológico inherente a la especie humana que, bajo condiciones normales, debería desarrollarse de manera favorable tanto para la mujer como para el nuevo ser en formación. Sin embargo, durante el curso del embarazo pueden presentarse eventos adversos que incrementan el riesgo de enfermedad, generan consecuencias a corto o largo plazo y en situaciones graves, pueden conducir al desenlace fatal de la madre, del feto o el recién nacido (1).

Tradicionalmente, la gestación en mujeres de edad materna avanzada ha sido reconocida como un factor asociado a un mayor riesgo de complicaciones obstétricas, lo que requiere una atención especializada en establecimientos de mayor complejidad. No obstante, en la actualidad, el embarazo en la etapa adolescente también es identificado como una condición de riesgo para la salud materna y perinatal, debido a las demandas fisiológicas y adaptativas que el organismo enfrenta durante este periodo, configurándose, así como un relevante problema de salud pública (2).

Las complicaciones obstétricas pueden manifestarse en cualquiera de las etapas del embarazo. Algunas gestantes presentan condiciones de salud previas a la concepción que incrementan la probabilidad de eventos adversos; sin embargo, estos también pueden ocurrir en mujeres aparentemente sanas. Asimismo, la presencia de determinados factores sociodemográficos y personales, tales como la edad, el estado civil, el lugar de procedencia, la ocupación u otros aspectos contextuales, puede influir en el riesgo de desarrollar complicaciones, cuya identificación resulta fundamental para la prevención y el adecuado manejo en gestaciones futuras (3).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel mundial cada año, 260 000 mujeres mueren por complicaciones en el embarazo o parto y aproximadamente 1 millón de adolescentes menores de 15 años dan a luz cada año, la mayor parte de ellas en

países terciermundistas, como África y Asia Meridional representaron aproximadamente el 87% (225 000) de las muertes maternas (MM) (4).

En el Perú, la incidencia de complicaciones durante el embarazo y parto varía según la región y nivel de desarrollo, registrándose 13,3% en la Costa, 15,1% en la Sierra y 30,8% en la Selva. Esta variación contribuye al aumento de la morbimortalidad materna y perinatal, destacando condiciones como anemia, ITU, enfermedades hipertensivas del embarazo y RPM, entre otras (5).

Según el MINSA, aproximadamente el 75% de embarazos presenta algún factor de riesgo, siendo la hipertensión inducida por el embarazo (60,9%) e ITU (27,1%) complicaciones frecuentes. Destacan factores como la anemia, violencia familiar y 29% de gestantes no tiene controles prenatales de calidad (5).

En la región de Cajamarca, se ha evidenciado que las complicaciones obstétricas afectan tanto a gestantes adultas como adolescentes, registrándose una frecuencia del 20 y 19%, respectivamente. Asimismo, durante el III trimestre de la gestación se identificaron diversas complicaciones, entre las que destacan la anemia con prevalencia del 46,6%, preeclampsia 39,8%, parto prematuro 20,1%, amenaza de parto pretérmino 10,3%, ITU 6,9% y placenta previa 1,1% (6).

Esta realidad se observa claramente en el contexto local, específicamente en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota, establecimiento que cuenta con capacidad resolutiva para la atención de complicaciones obstétricas y que atiende de manera frecuente a gestantes que presentan este tipo de problemas. A través de la revisión de la historia clínica materno perinatal, resulta posible identificar diversos factores de riesgo que podrían estar influyendo en la aparición de complicaciones durante el embarazo.

Estudios nacionales e internacionales evidencian que factores de riesgo maternos como edad extrema, multiparidad, anemia, trastornos hipertensivos, infecciones y control prenatal inadecuado, se asocian con la aparición de complicaciones obstétricas en el III trimestre, entre ellas el parto pretérmino. Sin embargo, en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota no se dispone de información actualizada sobre esta problemática, por lo que se decidió realizar el presente estudio de investigación, con el propósito de determinar la relación entre los factores de riesgo y las complicaciones obstétricas en gestantes del III trimestre atendidas durante el año 2024.

## **1.2. Formulación del Problema**

¿Hay relación entre los factores de riesgo y las complicaciones obstétricas del III trimestre en gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, 2024?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo General**

Determinar la relación entre los factores de riesgo y las complicaciones obstétricas del III trimestre en gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, 2024.

### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Reconocer las características sociodemográficas en gestantes del III trimestre.
- Detallar los factores de riesgo obstétricos en gestantes del III trimestre.
- Identificar las complicaciones obstétricas del III trimestre en gestantes.

## **1.4. Justificación de la Investigación**

El embarazo constituye una etapa crucial en la vida de la mujer, durante la cual pueden presentarse diversos eventos adversos que comprometen la salud del binomio madre-hijo. Estas situaciones requieren una vigilancia constante y un abordaje oportuno por parte del profesional de Obstetricia, ya que la identificación temprana de las complicaciones permite implementar medidas preventivas que eviten consecuencias desfavorables. Dichas complicaciones pueden manifestarse en cualquier momento de la gestación, siendo más frecuentes durante el III trimestre.

Entre los principales problemas obstétricos que se presentan durante el embarazo destacan la anemia, trastornos hipertensivos de la gestación, preeclampsia y amenaza de parto prematuro, los cuales se encuentran estrechamente relacionados con diversos factores de riesgo presentes antes o durante el embarazo. La coexistencia de estos factores incrementa la probabilidad de desenlaces adversos, tales como la mortalidad materna y perinatal (MMP), lo que evidencia la necesidad de su estudio.

El presente trabajo de investigación permitirá analizar la importancia de la asistencia de la gestante a los controles prenatales, considerando que estos constituyen una herramienta fundamental para la detección precoz de alteraciones y prevención de complicaciones que puedan afectar el adecuado desarrollo del embarazo. Asimismo, permitirá determinar la relación existente entre los factores de riesgo y complicaciones obstétricas en gestantes durante el III trimestre.

En el departamento de Cajamarca, si bien se han desarrollado investigaciones relacionadas con las complicaciones obstétricas, son limitados los estudios que analizan específicamente su asociación con los factores de riesgo. En este contexto, se considera pertinente la realización del presente estudio, cuyo objetivo es determinar la relación entre los factores de riesgo y las complicaciones obstétricas en gestantes del III trimestre, atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, durante el año 2024.

Los resultados de la investigación constituirán un aporte significativo para el fortalecimiento del conocimiento en el área de la salud materna y perinatal, sirviendo como base para futuras investigaciones. Asimismo, serán de utilidad para el personal de Obstetricia del Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, al contribuir a la mejora del enfoque del control prenatal, la identificación oportuna de los factores de riesgo y fortalecimiento de la calidad de la atención brindada a las gestantes.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes

##### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

**Bhandari A, et al. (India, 2024)**, tuvieron como objetivo identificar factores asociados al embarazo de alto riesgo, con una muestra de 50 gestantes. Los resultados mostraron que el número de factores de riesgo aumentó con la edad materna, el avance de la gestación, lo que evidencia la importancia de la identificación temprana de estos factores para reducir complicaciones obstétricas (7).

**Bako B y Umar M. (Nigeria, 2024)**, la investigación tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas durante el embarazo con una muestra de 120 gestantes. La investigación mostró que la anemia materna, ITU, hipertensión gestacional se asociaron significativamente con complicaciones obstétricas en el embarazo. Se concluyó que, la identificación temprana de estos factores de riesgo resulta fundamental para la prevención de complicaciones durante el III trimestre de la gestación (8).

**Kassa G, et al. (Etiopía, 2023)**, tuvieron como objetivo identificar los factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas en mujeres gestantes atendidas en hospitales públicos con una muestra de 80 gestantes. Los resultados evidenciaron que la edad materna extrema, bajo nivel educativo, multiparidad y asistencia inadecuada al control prenatal se asociaron significativamente con la presencia de complicaciones obstétricas como anemia, preeclampsia, hemorragia y parto prematuro (9).

## **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

**Gutiérrez C, et al. (Nuevo Chimbote, 2025)**, la investigación tuvo como objetivo establecer los factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas en gestantes tardías atendidas en un establecimiento de salud de primer nivel. En el análisis de 50 historias clínicas. Se determinó que entre las complicaciones obstétricas más frecuentes estaban la ITU y preeclampsia, y que estas estaban relacionadas con variables demográficas y obstétricas de riesgo (10).

**Chacmán M y De La Cruz B. (Ayacucho, 2023)**, la investigación tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas en gestantes jóvenes. En una muestra de 208 historias clínicas. Se encontró que la edad materna, paridad, periodo intergenésico y antecedentes obstétricos, estuvieron asociados a complicaciones como anemia, preeclampsia y RPM (11).

**Quispe E, et al. (Juliaca, 2023)**, la investigación tuvo como objetivo identificar los factores gineco-obstétricos asociados a complicaciones obstétricas, con una muestra de 100 gestantes, entre los factores de riesgo significativos se encontraron edad materna avanzada ( $> 35$  años), multiparidad, antecedente de aborto, preeclampsia, ITU y parto pretérmino (12).

## **2.1.3. Antecedentes Locales**

**López C. (Cajamarca, 2023)**, la investigación tuvo como objetivo identificar las complicaciones obstétricas del III trimestre en gestantes, con una muestra de 92 gestantes. Conclusión: Se concluye que, la complicación obstétrica que afecta más a la población de gestantes es la preeclampsia y que las características sociodemográficas que más resaltan son, secundaria incompleta, convivientes, amas de casa, con residencia rural en el grupo etario de 17 a 19 años (13).

**Angulo G. (Cajamarca, 2022)**, la investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia de las complicaciones obstétricas en el III trimestre del embarazo en adolescentes, con una muestra de 347 embarazadas. Conclusión: las complicaciones más frecuentes fueron: ITU, amenaza de parto pretérmino, parto prematuro, RPM y placenta previa (14).

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Factores de riesgo**

#### **2.2.1.1. Definición**

El riesgo en epidemiología es semejante al efecto o probabilidad de ocurrencia de una patología en una población determinada, manifestado a través del indicador paradigmático de incidencia. Un factor de riesgo es aquella característica o estado detectable de una persona o grupo de personas asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido. Las características se relacionan a un cierto tipo de daño a la salud y se pueden encontrar en individuos, familias, comunidades y ambiente (15).

La incidencia de este tipo de factores de riesgo propios del embarazo adolescente hace muy importante brindar atención e intervenciones dedicadas a esta población de pacientes, de acuerdo con la bibliografía publicada, las complicaciones obstétricas más comunes y los factores de riesgo son consideradas y categorizadas de la siguiente manera (16):

#### **2.2.1.1.1. Factores de riesgo determinantes**

Agrupan a las relaciones sexuales que se llevan a cabo sin tener medidas adecuadas y sin usar algún método anticonceptivo, los cuales se dan por temor a usarlo, no tener conocimiento, temor a tomar anticonceptivos y otros.

#### **2.2.1.1.2. Factores de riesgo individuales**

Son aquellos que influyen en ambos sexos y son de carácter individual, como: deserción escolar, baja autoestima, problemas emocionales, carencia de un proyecto de vida, tener relaciones sexuales a edad temprana y poco interés para tomar prevenciones.

#### **2.2.1.1.3. Factores de riesgo familiares**

Se encuentran la familia disfuncional, aspecto económico, enfermedades crónicas dentro de la familia, antecedentes de embarazo de la familia en la adolescencia, comportamiento inadecuado y actitudes sexuales de adultos.

#### **2.2.1.1.4. Factores de riesgo sociodemográficos**

Son la edad, nivel de educación, religión, procedencia y grado de dependencia económica.

#### **2.2.1.1.5. Factores de riesgo obstétricos**

Son el número de controles prenatales, paridad, edad gestacional y número de gestaciones.

### **2.2.2. Embarazo**

El embarazo es el periodo que inicia con la fecundación y termina con el nacimiento del bebé, con una duración promedio de 40 semanas, aunque se considera normal entre 37 y 42 semanas. Durante la gestación, la mujer atraviesa cambios físicos y psicológicos que requieren atención a su salud y alimentación. A partir de la semana 37, el trabajo de parto puede comenzar de forma natural, desarrollándose en las fases de dilatación, expulsión del bebé y salida de la placenta (17).

#### **2.2.2.1 Clasificación según número de embarazos (Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna)**

- **Primigesta:** gestante que cursa su primer embarazo.
- **Multigesta:** gestante que ha tenido tres a cuatro embarazos, incluido el actual.
- **Gran multigesta:** gestante que ha tenido cinco o más embarazos.

#### **2.2.2.2 Clasificación según número de partos (Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna)**

- **Nulípara:** nunca ha tenido un parto.
- **Primípara:** ha tenido un parto previo.
- **Multípara:** ha tenido entre 2 y 4 partos.
- **Gran multípara:** ha tenido 5 o más partos (18).

## **2.2.3. Periodo Intergenésico**

Es el intervalo de tiempo que transcurre entre la culminación de una gestación previa (parto o aborto) y la concepción de la siguiente gestación.

### **2.2.3.1. Clasificación del periodo intergenésico**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), este intervalo se clasifica en tres principales categorías, basadas en evidencia internacional y estudios peruanos (19):

- **Periodo intergenésico corto:** intervalo menor a 18 meses entre el final de un embarazo y la concepción del siguiente. Se asocia a mayor riesgo de complicaciones maternas y perinatales.
- **Periodo intergenésico óptimo:** intervalo aproximadamente entre 18 y 60 meses (1.5 a 5 años). Considerado como una espera recomendada para disminuir riesgos adversos.
- **Periodo intergenésico prolongado:** intervalo mayor a 60 meses entre un embarazo y el siguiente. También puede aumentar ciertos riesgos perinatales y maternos en algunos contextos clínicos.

## **2.2.4. Edad gestacional**

La edad gestacional es la forma de cuantificar cuánto ha avanzado un embarazo y se expresa en semanas completas. Esta medida se obtiene contando los días desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. En obstetricia, se considera que una gestación normal puede extenderse desde aproximadamente 38 hasta 42 semanas de duración (20).

El embarazo se divide en tres trimestres, cada uno con características específicas:

### **Primer trimestre (semana 1 – semana 13)**

En este periodo se forman las estructuras y órganos principales del embrión, por lo que esta etapa es especialmente vulnerable a agentes nocivos. Durante este periodo, el feto en desarrollo es más sensible a sustancias como el alcohol, drogas o ciertos

medicamentos; así como, a infecciones que pueden interferir con su normal crecimiento y desarrollo (21).

### **Segundo trimestre (semana 14 – semana 27)**

Etapa en que las mujeres sienten que es más fácil de llevar la gestación. Entre las semanas 16 y 20, La sensación inicial puede describirse como leves aleteos o vibraciones dentro del abdomen y se vuelve más pronunciada, y frecuente conforme avanza la gestación, especialmente hacia la semana 24 (22).

### **Tercer trimestre (semana 28 – hasta el nacimiento)**

En este periodo, el crecimiento del bebé se intensifica y sus órganos continúan madurando, mientras la gestante requiere controles prenatales más frecuentes para monitorear la posición fetal, el ritmo de crecimiento y detectar posibles alteraciones que puedan complicar el término del embarazo. La atención en esta etapa incluye evaluaciones de signos y síntomas maternos, presión arterial, movimientos fetales y pruebas específicas para asegurar un parto oportuno y seguro (23).

#### **2.2.4. Complicaciones obstétricas**

Las complicaciones obstétricas son alteraciones que ocurren durante el embarazo, parto o periodo postparto, que pueden poner en riesgo la salud de la madre y del recién nacido si no se detectan y manejan adecuadamente. (24).

Entre las complicaciones obstétricas más frecuentes se encuentran la anemia, desnutrición, obesidad, hipertensión, preeclampsia, problemas de desproporción cefalopélvica (DCP) y depresión postparto. Asimismo, estas condiciones pueden estar relacionadas con hábitos o conductas de riesgo durante la gestación, como el consumo de alcohol y drogas, que aumentan la probabilidad de resultados adversos tanto para la madre como para el recién nacido (25).

#### **2.2.5. Complicaciones durante el tercer trimestre de embarazo**

Los estudios en los artículos revisados encontraron que las principales complicaciones del III trimestre del embarazo incluyeron parto prematuro, anemia, ITU, preeclampsia, parto prematuro, desprendimiento prematuro de placenta (DPP), placenta previa y RPM.

## **1. Anemia en el Embarazo**

### **1.1. Definición**

Es una condición en la cual la concentración de hemoglobina en sangre está por debajo de los valores normales, lo que limita la capacidad de transporte de oxígeno hacia los tejidos y órganos del cuerpo, afectando su funcionamiento (26).

Durante la gestación, se define como una disminución de la hemoglobina en la sangre por debajo de los umbrales establecidos para cada trimestre, lo que puede comprometer el transporte de oxígeno a los tejidos maternos y fetales, y afectar la salud tanto de la madre como del bebé. Esto se manifiesta por síntomas como fatiga, debilidad, mareos y dificultad para respirar, entre otros. La concentración óptima de hemoglobina necesaria para satisfacer las necesidades fisiológicas varía según la edad, sexo, elevación sobre el nivel del mar, tabaquismo y embarazo (27).

Puede ocurrir en varias etapas de la vida, pero se ve más gravemente afectada en las mujeres embarazadas, con una prevalencia que oscila entre 35 y 75%. La anemia por deficiencia de hierro también es común entre las mujeres pobres que viven en países de altos ingresos. El MINSA del Perú considera la anemia en mujeres gestantes en función de los valores de hemoglobina (g/L), clasificados por grado de severidad. Estos valores se aplican en la atención prenatal e integral de la gestante (28).

### **1.2. Clasificación de la anemia:**

- 1.2.1. Sin anemia:**  $\geq 11.0 \text{ g/L}$
- 1.2.2. Anemia leve:**  $10.0 - 10.9 \text{ g/L}$
- 1.2.3. Anemia moderada:**  $7.0 - 9.9 \text{ g/L}$
- 1.2.4. Anemia severa:**  $< 7.0 \text{ g/L}$

Estudios muestran que las mujeres anémicas tienen más probabilidad de desarrollar hipertensión gestacional, hemorragia posparto, parto prematuro y bajo peso al nacer, y que la deficiencia de hemoglobina materna se relaciona con mayor incidencia de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y muerte fetal en comparación con gestantes no anémicas (29).

## **2. Infección del tracto urinario**

### **2.1. Definición**

Son un conjunto de infecciones bacterianas que pueden afectar distintas partes del sistema urinario durante el embarazo. Estas condiciones son frecuentes en gestantes debido a los cambios fisiológicos de la gestación y su detección temprana es clave para evitar complicaciones maternas y perinatales (30).

- 2.1.1. Bacteriuria asintomática:** se define como la detección de una cantidad significativa de bacterias en la orina, habitualmente igual o superior a 100 000 unidades formadoras de colonias por mililitro, sin que la gestante presente signos o síntomas clínicos de ITU. A pesar de su carácter silencioso, esta condición puede progresar hacia infecciones urinarias sintomáticas y elevar el riesgo de complicaciones maternas y perinatales cuando no es identificada y tratada oportunamente durante el embarazo (31).
- 2.1.2. Cistitis:** corresponde a una ITU bajo que compromete principalmente la vejiga urinaria. Se manifiesta clínicamente por síntomas como ardor o disuria, polaquiuria y dolor localizado en la región suprapúbica, los cuales se asocian a la presencia de bacterias en cantidades significativas evidenciadas mediante el cultivo de orina (32).
- 2.1.3 Pielonefritis aguda:** constituye una ITU superior que afecta el parénquima renal y puede comprometer uno o ambos riñones. Su presentación clínica incluye generalmente fiebre elevada, dolor en la región lumbar o en los flancos, náuseas y escalofríos. Durante la gestación, esta patología representa la forma más severa de infección urinaria, debido a que puede ocasionar complicaciones graves tanto para la madre como para el feto si no recibe tratamiento oportuno y adecuado (33).

Estas infecciones pueden afectar el bienestar general de la gestante, siendo más frecuentes en el III trimestre del embarazo. En muchos casos, están vinculadas a bacteriuria no diagnosticada o tratada de manera inadecuada, por lo que es fundamental prestar atención a los síntomas del tracto urinario, principalmente disuria y polaquiuria (34).

Además, estudios observacionales en poblaciones hospitalarias han mostrado que la ITU en el III trimestre se asocia con complicaciones obstétricas como parto pretérmino, y RPM, y en neonatos con prematuridad y bajo peso al nacer, subrayando la importancia de la detección y manejo adecuado durante el control prenatal en esta etapa.

La presencia de ITU en el III trimestre también se ha identificado como factor de riesgo significativo para preeclampsia, lo que indica que la infección urinaria en esta etapa puede influir en el desarrollo de otras complicaciones médicas del embarazo (35).

### **3. Preclampsia**

#### **3.1. Definición**

Es un trastorno hipertensivo que ocurre después de las 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa y se caracteriza por hipertensión arterial acompañada de proteinuria o evidencia de daño a órganos diana. Esta condición compromete tanto la salud materna como fetal y se considera una de las principales causas de morbimortalidad materna (MMM) en el Perú (36).

#### **3.2. Clasificación según criterios de severidad**

##### **3.2.1. Preclampsia con criterios de severidad**

Se diagnostica cuando, además de la hipertensión y/o proteinuria, existe al menos uno de los siguientes criterios clínicos o de laboratorio:

- Presión arterial muy elevada: PAS  $\geq$  160 mmHg o PAD  $\geq$  110 mmHg
- Trombocitopenia: recuento de plaquetas  $< 100\,000/\text{mm}^3$
- Disfunción hepática: elevación significativa de transaminasas o dolor severo en cuadrante superior derecho/epigastro
- Insuficiencia renal: creatinina sérica  $> 1.1 \text{ mg/Dl}$
- Edema pulmonar
- Trastornos neurológicos o visuales (cefalea intensa, visión borrosa)

Estos criterios reflejan compromiso de órgano diana y elevan el riesgo para la madre y el feto, requiriendo manejo especializado (37).

### **3.2.2. Preclampsia sin criterios de severidad**

Se define como presencia de hipertensión arterial después de las 20 semanas de gestación con valores de presión arterial:

- **Presión sistólica (PAS):** 140–159 mmHg
- **Presión diastólica (PAD):** 90–109 mmHg
- **Proteinuria significativa** también puede estar presente ( $\geq 300 \text{ mg/24 h}$  o equivalente en tira reactiva++) sin evidencia de daño a otros órganos (38).

## **4. Eclampsia**

### **4.1. Definición**

Es la manifestación más grave de los trastornos hipertensivos del embarazo y se caracteriza por la aparición de convulsiones tónico-clónicas generalizadas, coma o alteraciones neurológicas graves en una mujer con preeclampsia, en ausencia de otra causa neurológica identificable. Suele presentarse después de las 20 semanas de gestación, durante el parto o en el puerperio temprano y representa una emergencia obstétrica que pone en riesgo la vida de la madre y el feto (39).

En el III trimestre se asocia con un incremento importante de la MMMP. Entre las complicaciones maternas graves se encuentran síndrome HELLP, coagulación intravascular diseminada, edema pulmonar y daño renal, mientras que para el feto pueden ocurrir RCIU, prematuridad, sufrimiento fetal (SFA) y mortalidad perinatal (40).

### **4.2. Factores de riesgo**

Varios estudios y guías médicas identifican múltiples factores que aumentan el riesgo de desarrollar eclampsia en mujeres gestantes, siendo la preeclampsia previa el predictor más importante. Entre los factores asociados se encuentran:

- Antecedente de preeclampsia o trastornos hipertensivos en embarazos previos, lo que incrementa de forma sostenida el riesgo en gestaciones posteriores.
- Hipertensión crónica o desarrollada durante el embarazo, que predispone a la progresión de preeclampsia hacia eclampsia.

- Edad materna extrema, tanto mujeres jóvenes como  $\geq$  35 años, asociada a mayor probabilidad de complicaciones hipertensivas.
- Primigravidia (primer embarazo), reconocida como factor de riesgo independiente.
- Embarazo múltiple (gemelar o más), con mayor carga fisiológica y riesgo de trastornos hipertensivos.
- Obesidad (IMC alto) y comorbilidades metabólicas como diabetes mellitus o enfermedad renal, que aumentan el riesgo de disfunción vascular y complicaciones.
- Enfermedades autoinmunes (como lupus) y otros desórdenes sistémicos que predisponen a inflamación vascular, un mecanismo clave en preeclampsia/eclampsia.
- Insuficiente control prenatal (atención prenatal inadecuada), que impide la detección temprana y adecuada de hipertensión o preeclampsia.
- Trombocitopenia y alteraciones de laboratorio (como plaquetas bajas, enzimas hepáticas elevadas), que reflejan enfermedad más severa y mayor probabilidad de convulsiones.

Estos factores no sólo aumentan la probabilidad de eclampsia, sino que también están asociados con complicaciones graves maternas y perinatales si no se detectan y manejan tempranamente (41).

## **5. Parto pretérmino**

### **5.1. Definición**

También conocido como trabajo de parto prematuro, se define como el trabajo de parto que ocurre entre las semanas 20 y 36 y los 6 días de embarazo (42).

Es relativamente frecuente en todo el mundo, con tasas que suelen oscilar entre aproximadamente el 5 y 13% de los nacimientos vivos, aunque esta cifra varía según región y el acceso a servicios de salud. De los partos pretérmino, la mayoría entre el 70 y 80%, ocurre de forma espontánea, mientras que el resto se debe a intervenciones médicas motivadas por condiciones que ponen en riesgo la salud materna o fetal, como la preeclampsia o placenta previa (43).

Se han identificado múltiples factores de riesgo que incrementan la probabilidad de que una gestante tenga un parto antes de las 37 semanas. Entre los más consistentes figuran el antecedente de parto pretérmino previo, alteraciones anatómicas del útero o

del cuello (por ejemplo, anomalías uterinas o procedimientos cervicales previos) y características maternas como edad avanzada o muy joven, lo cual influye en la respuesta fisiológica al embarazo. Asimismo, condiciones médicas como infecciones (vaginosis, ITU), bajo nivel socioeconómico, tabaco y consumo de drogas; así como, problemas nutricionales y embarazos múltiples, han sido asociados con un mayor riesgo de prematurez (44).

#### **4.2. Clasificación**

Según la Guía de Práctica Clínica y Procedimientos en Obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) del Perú (2023), el parto pretérmino se subdivide de acuerdo con la edad gestacional en (45):

- 4.2.1. Prematuro extremo:** < 28 semanas
- 4.2.2. Muy prematuro:** 28 a < 32 semanas
- 4.2.3. Prematuro moderado:** 32 a < 34 semanas
- 4.2.4. Prematuro tardío:** 34 a < 37 semanas

### **5. Desprendimiento prematuro de placenta**

#### **5.1. Definición**

Es una complicación obstétrica grave en la que la placenta se separa parcial o totalmente de su sitio normal de implantación en la pared uterina antes del nacimiento del feto, generalmente después de las 20 – 22 semanas de gestación. Esta separación interrumpe el suministro de oxígeno y nutrientes al feto y puede causar hemorragia materna significativa, comprometiendo la salud de ambos si no se identifica y maneja oportunamente (46).

Suele presentarse en el III trimestre, siendo una de las principales causas de hemorragia obstétrica y emergencia materna debido a sangrado retroplacentario y desprendimiento de tejido. Clínicamente puede manifestarse con sangrado vaginal (que puede ser evidente o estar oculto), dolor abdominal intenso, hipersensibilidad uterina y contracciones frecuentes, lo que suele alertar al personal de salud para un manejo urgente (47).

## **5.2. Factores de riesgo asociados**

Diversos factores incrementan el riesgo de desprendimiento placentario, entre ellos:

- **Hipertensión arterial** (crónica o gestacional) y trastornos hipertensivos relacionados, como preeclampsia.
- **Antecedente de DPP** en embarazos previos.
- **Trauma abdominal**, como lesiones por accidentes.
- **Consumo de tabaco o drogas** como la cocaína.
- **Rotura prematura de membranas**.
- **Infecciones intraamnióticas**.
- **Edad materna avanzada ( $\geq 35$  años)**.
- **Trastornos vasculares o de coagulación**.

Estos factores han sido identificados tanto por guías clínicas como por revisiones sistemáticas de estudios internacionales (48).

El diagnóstico del DPP, se fundamenta principalmente en los hallazgos clínicos, entre los cuales se incluyen la presencia de sangrado vaginal, dolor abdominal y contracciones uterinas persistentes, así como sensibilidad o hipertonia del útero.

También, puede detectarse sangre oculta durante el trabajo de parto o identificarse coágulos adheridos que pueden ser recientes o antiguos. Aunque la ecografía obstétrica es útil como herramienta complementaria, su sensibilidad es limitada; sin embargo, puede mostrar signos como hematomas retroplacentarios o preplacentarios, áreas de engrosamiento placentario heterogéneo y acumulaciones de sangre entre la placenta y las membranas, lo que apoya el diagnóstico clínico cuando se interpreta junto con la presentación de la paciente (49).

## **6. Placenta previa**

### **6.1. Definición**

Es una condición obstétrica en la cual la placenta se implanta en el segmento uterino inferior, de tal manera que su borde cubre completamente o parcialmente el orificio cervical interno (OCI), lo que puede interferir con un parto vaginal seguro y generar sangrado obstétrico (50).

## 6.2. Clasificación

Se clasifican de la siguiente manera:

- **Obstructiva:** No permite el parto vaginal.
- **No obstructiva:** Permite el intento de parto vaginal.

## 6.3. Anormalidades

**6.3.1. Tipo I:** la placenta está implantada en el segmento uterino inferior de modo que el borde de la placenta no llega al orificio interno, pero se encuentra en estrecha proximidad.

**6.3.2. Tipo II:** Placenta previa marginal. La placenta llega al margen del orificio cervical interno, pero no lo sobrepasa.

**6.3.3. Tipo III:** Placenta previa oclusiva parcial. La placenta cubre parcialmente el orificio interno.

**6.3.4. Tipo IV:** Placenta previa oclusiva total. El OCI está cubierto por completo por la placenta (51).

## 6.4. Factores asociados

Los estudios clínicos y revisiones médicas identifican varios factores que aumentan la probabilidad de que una gestante desarrolle placenta previa durante el embarazo. Entre los principales se encuentran:

- **Edad materna avanzada** ( $\geq 35$  años), la cual se asocia con mayor probabilidad de implantación baja de la placenta.
- **Multiparidad**, es decir, haber tenido varios embarazos previos.
- **Cesáreas previas y otras cirugías uterinas** (como miomectomía o legrado), que generan cicatrices y alteran la implantación placentaria.
- **Embarazo múltiple**, condición que modifica el espacio uterino y puede favorecer localizaciones bajas de la placenta.
- **Tabaquismo materno** y consumo de sustancias (como cocaína), que se han vinculado a alteraciones en la implantación.

- **Periodo intergenésico corto**; es decir, intervalos cortos entre embarazos, relacionado con mayor riesgo.
- **Antecedente de abortos previos**, que también puede asociarse con ubicación anómala de la placenta.
- **Nivel socioeconómico bajo y obesidad materna** han sido identificados en algunos contextos como factores asociados, aunque estos pueden reflejar determinantes sociales más amplios (52).

## 7. Ruptura prematura de membranas

### 7.1. Definición

Se define como la solución de continuidad espontánea de las membranas fetales (corioamnióticas) antes del inicio del trabajo de parto en gestaciones mayores de 22 semanas. Este evento puede ocurrir en cualquier momento de la gestación, pero es clínicamente relevante cuando ocurre antes del trabajo de parto, ya que se asocia con aumento de la MMP. En el país, la RPM contribuye significativamente a los partos prematuros y varía en frecuencia, ocurriendo entre 15 y 45% de los embarazos pretérmino y entre 16 y 21% en embarazos a término (53).

### 7.2. Clasificación

**7.2.1. A término:** la ruptura de membranas que ocurre a las > 37 semanas antes del inicio de contracciones.

**7.2.2. Pretérmino:** ruptura de membranas que ocurre antes de las 37 semanas de gestación y al menos 1 hora antes del inicio del trabajo de parto.

Dentro de esta categoría se consideran subgrupos según edad gestacional:

- Lejos del término: entre 24 y < 34 semanas.
- Cerca del término: entre 34 y < 37 semanas (54).

## **2.3. Hipótesis**

**Ho:** Hay relación significativa entre los factores de riesgo y las complicaciones obstétricas del III trimestre en gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, 2024.

**Ha:** No hay relación significativa entre los factores de riesgo y las complicaciones obstétricas del III trimestre en gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, 2024.

## **2.4. Variables**

**2.4.1. Variable 1:** Factores de riesgo

**2.4.2. Variable 2:** Complicaciones obstétricas del III trimestre

## 2.4.3. Definición, conceptualización y operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEM	ESCALA DE MEDICIÓN	
Factores de Riesgo	Rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. (OMS) (19).	Conjunto de características sociodemográficas y obstétricas identificadas en la gestante que incrementan la probabilidad de presentar complicaciones obstétricas durante el III trimestre del embarazo.	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Edad Materna	Adolescente: 10 - 19 años Adecuada: 20 - 34 años Añosa: >35 años	Ordinal	
				Procedencia	Urbana Rural	Nominal	
				Grado de Instrucción	Sin Instrucción Primaria Secundaria Superior	Ordinal	
					Ama de casa Estudiante Trabaja Estudia y trabaja	Nominal	
				Ocupación	Soltera Conviviente Casada	Nominal	
					Católico No evangélico	Nominal	
				Estado Civil	Primigesta Multigesta Gran Multigesta	Ordinal	
					Nulípara Primapara Múltipara Gran Múltipara	Ordinal	
				Periodo Intergénésico	Corto: <2 años Normal: 2 años - 4 años 11 meses Largo: > 5 años	Ordinal	
					Adecuado: ≥ 6 controles Inadecuado: < 6 controles	Nominal	
				FACTORES OBSTÉTRICOS	Anemia	Leve Moderada Severa	Ordinal
					Infección del Tracto Urinario	Bacteriuria asintomática Cistitis Pielonefritis	Ordinal
					Preclampsia	Con criterios de severidad Sin criterios de severidad	Ordinal
					Eclampsia	Sí No	Nominal
					Parto Pretérmino	Muy prematuro Moderado Tardío	Ordinal
					Desprendimiento Prematuro de Placenta	Sí No	Nominal
					Placenta Previa	Tipo I Tipo II Tipo III Tipo IV	Ordinal
					Ruptura Prematura de Membranas	A término Pretérmino	Nominal
Complicaciones Obstétricas del III trimestre	Tipo de problema, condiciones clínicas que se presentan en el embarazo previo al inicio del trabajo de parto, que afecte a la madre y aumente el riesgo del bienestar del producto (21).	Principales complicaciones obstétricas que ocurren durante el III trimestre del embarazo.	-	Anemia	Leve Moderada Severa	Ordinal	
				Infección del Tracto Urinario	Bacteriuria asintomática Cistitis Pielonefritis	Ordinal	
				Preclampsia	Con criterios de severidad Sin criterios de severidad	Ordinal	
				Eclampsia	Sí No	Nominal	
				Parto Pretérmino	Muy prematuro Moderado Tardío	Ordinal	
				Desprendimiento Prematuro de Placenta	Sí No	Nominal	
				Placenta Previa	Tipo I Tipo II Tipo III Tipo IV	Ordinal	
				Ruptura Prematura de Membranas	A término Pretérmino	Nominal	

## CAPÍTULO III

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1. Diseño y tipo de estudio

El estudio realizado fue de enfoque cuantitativo, diseño de estudio no experimental, de corte transversal, de tipo descriptivo correlacional.

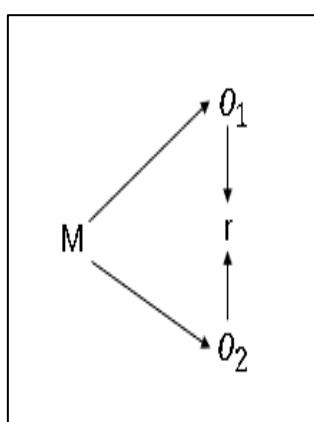
**Cuantitativo:** se realizó la recolección de datos numéricos y su posterior análisis estadístico, con el fin de establecer la relación entre las variables de estudio.

**No experimental:** se realizó sin la manipulación intencional de las variables, observándose los factores de riesgo y las complicaciones obstétricas del III trimestre tal como se presentaron en la realidad, para su posterior análisis.

**Descriptivo:** se describió la frecuencia de los factores de riesgo y las complicaciones obstétricas del III trimestre

**Correlacional:** se buscó determinar la relación entre los factores de riesgo y las complicaciones obstétricas del III trimestre en gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas.

A continuación, se presenta el esquema del estudio de tipo correlacional:



#### Donde:

- M = muestra de historias clínicas de gestantes del III trimestre atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas.
- $o_1$  = Factores de Riesgo.
- $o_2$  = Complicaciones obstétricas del III trimestre.
- r = relación de variables.

## **3.2. Área de estudio y población**

### **3.2.1. Área de estudio**

El estudio se realizó en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, categorizado con nivel II – 1, ubicado en el distrito y provincia de Chota en el Jirón Exequiel Montoya N° 757. Está situada en el departamento de Cajamarca, zona norte del Perú. El ámbito geográfico presenta como límites a la provincia de Cutervo por el norte; a las provincias de Celendín, Hualgayoc y Santa Cruz por el sur; a la provincia de Luya, perteneciente al departamento de Amazonas, por el este; y a las provincias de Ferreñafe y Chiclayo, en el departamento de Lambayeque, por el oeste, formando parte de la región andina septentrional del país.

### **3.2.2. Población**

La población del estudio estuvo constituida por todas las gestantes atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia en el área de Atención Prenatal del Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Considerando un promedio de 15 atenciones diarias, se estimó una población aproximada de 5 400 gestantes durante el período de investigación, comprendido entre enero y diciembre del año 2024.

## **3.3. Muestra**

La muestra estuvo conformada por 137 gestantes atendidas en el servicio de Gineco – Obstetricia en el área de Atención Prenatal que cumplen los criterios de inclusión, además que presenten factores de riesgo y complicaciones obstétricas del III trimestre durante el año 2024. Se utilizó muestro no probabilístico por conveniencia.

## **3.4. Unidad de análisis**

La unidad de análisis del estudio estuvo constituida por las historias clínicas de las gestantes con factores de riesgo y complicaciones obstétricas durante el III trimestre del embarazo en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas durante el año 2024.

## **3.5. Criterios de Inclusión y exclusión**

### **Criterios de inclusión**

Se recolectará historias clínicas con los siguientes criterios:

- Gestantes atendidas en el Hospital.
- Historias clínicas completas de gestantes que se encuentren en el III trimestre de gestación ( $\geq$  28 semanas).
- Historias clínicas completas y legibles, con información suficiente para el análisis de las variables de estudio.

### **Criterios de exclusión**

- Gestante que presenten alguna alteración mental.

### **3.6. Consideraciones éticas de la investigación**

La presente investigación se desarrolló bajo principios éticos orientados a garantizar la rigurosidad, objetividad y respeto hacia las participantes del estudio. En este sentido, se tomaron en cuenta los siguientes criterios fundamentales:

- **Confidencialidad:** la información recopilada fue manejada de manera reservada y utilizada exclusivamente para fines académicos y científicos, asegurando la protección de los datos obtenidos.
- **Autonomía:** se respetó la capacidad de decisión de las gestantes adolescentes, quienes pudieron responder libremente sin presión, influencia externa ni intervención del investigador.
- **No maleficencia:** la recolección de información se realizó únicamente después de que las participantes aceptaron voluntariamente formar parte del estudio, evitando cualquier tipo de daño físico, psicológico o social.
- **Consentimiento informado:** las gestantes adolescentes recibieron información clara y comprensible sobre los objetivos, alcances y características de la investigación, otorgando su autorización mediante la firma del consentimiento informado.
- **Privacidad:** se garantizó el anonimato de las participantes durante todas las etapas del estudio, desde la obtención de los datos hasta la presentación de los resultados finales.

### **3.7. Procedimientos para la recolección de datos**

El proceso de recolección de datos se desarrolló de manera sistemática y en etapas sucesivas. Inicialmente, se gestionó y obtuvo la autorización correspondiente de la Dirección del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, lo que permitió el acceso formal a las historias clínicas utilizadas para el desarrollo de la investigación (Anexo 1).

Posteriormente, se realizó la recolección de datos mediante la aplicación de una ficha de recolección (Anexo 2) de información, elaborada para extraer los datos pertinentes de las historias clínicas de las gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Previo a esta etapa, se verificó el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión establecidos para el estudio. La información registrada correspondió a variables sociodemográficas, obstétricas y clínicas consignadas en las historias clínicas durante el III trimestre del embarazo. El llenado de cada ficha se efectuó de manera individual, garantizando la confidencialidad y el adecuado manejo de los datos obtenidos.

### **3.8. Descripción del instrumento de recolección de datos**

Se elaboró una ficha de recolección de datos tipo guía, la cual fue validada mediante juicio de expertos.

La ficha de recolección de datos fue un instrumento de tipo estructurado, elaborado específicamente para la revisión de las historias clínicas. Estuvo conformada por 19 ítems, organizados de acuerdo con las dimensiones e indicadores establecidos en el cuadro de operacionalización de variables.

El instrumento se estructuró en dos secciones principales: la primera orientada a la identificación de factores de riesgo, que incluyó datos sociodemográficos y antecedentes obstétricos como edad materna, control prenatal, paridad y edad gestacional; y la segunda destinada al registro de complicaciones obstétricas del III trimestre del embarazo, tales como preeclampsia, ruptura prematura de membranas, anemia y parto pretérmino, entre otras (Anexo 2).

La fuente de datos fue exclusivamente secundaria, proveniente de las historias clínicas, y el llenado de cada ficha se realizó de manera individual por la investigadora,

garantizando la confidencialidad de la información. El tiempo estimado para completar cada ficha fue de aproximadamente 10 minutos.

### **3.9. Confiabilidad**

Para garantizar la fiabilidad de los instrumentos, se aplicó una prueba piloto a una muestra de 25 historias clínicas de gestantes con características similares a las de la población de estudio. Los instrumentos utilizados obtuvieron valores de Alfa de Cronbach de 0,848 para la identificación de factores de riesgo maternos y 0,904 para el registro de complicaciones obstétricas, lo que indica un rango de fiabilidad bueno y excelente, respectivamente. Por lo tanto, se confirma que ambos instrumentos son fiables para su aplicación en el estudio. A pesar de que estos instrumentos ya habían sido utilizados en investigaciones anteriores, la prueba piloto fue fundamental para validar su pertinencia y fiabilidad en el contexto específico del Hospital José Hernán Soto Cadenillas (Anexo 4)

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

### **3.10.1. Procesamiento**

Una vez recolectados los datos mediante la ficha de recolección de información de las historias clínicas, estos fueron tabulados en una base de datos elaborada en Microsoft Excel, para su posterior procesamiento estadístico. El análisis se realizó utilizando el software SPSS, versión 27 y los resultados se presentaron mediante tablas de frecuencia y porcentajes para cada factor de riesgo materno y complicación obstétrica. Para evaluar la relación entre los factores de riesgo maternos y la presencia de complicaciones obstétricas, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado y se calculó la razón de momios (OR), métodos adecuados para variables categóricas y dicotómicas. Estos análisis permitieron determinar la fuerza y significancia de la asociación entre los factores de riesgo y las complicaciones obstétricas en gestantes del III trimestre.

### **3.10.2. Análisis de datos**

El análisis de los datos se desarrolló en dos etapas, con la finalidad de asegurar un abordaje ordenado y riguroso de la información recopilada a partir de las historias clínicas.

- **Primera etapa:** se efectuó la revisión, codificación y tabulación de los datos obtenidos mediante la ficha de recolección, lo que permitió organizar la información de acuerdo con las variables, dimensiones e indicadores establecidos en el estudio.
- **Segunda etapa:** se procedió al análisis estadístico descriptivo de los datos, utilizando frecuencias absolutas y relativas, las cuales fueron presentadas en tablas y gráficos. Este proceso permitió describir los factores de riesgo y las complicaciones obstétricas del III trimestre del embarazo en las gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos de la investigación.

### **3.11. Control de calidad de datos**

La calidad de los datos se garantizó mediante la evaluación de la confiabilidad del instrumento de recolección, la cual fue verificada a través de una prueba piloto aplicada a historias clínicas con características similares a la población de estudio. Asimismo, la consistencia de la información se reforzó mediante la validación del instrumento y la adecuada estructuración de los ítems, lo que permitió un registro uniforme de los datos.

Adicionalmente, la confiabilidad de los resultados se fortaleció debido a que la recolección de la información fue realizada directamente por la autora del estudio, mediante la revisión sistemática de las historias clínicas, lo que aseguró homogeneidad, precisión y control durante todo el proceso de obtención de los datos.

## CAPÍTULO IV

### INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

**Tabla 1. Factores sociodemográficos de las gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota, 2024.**

	<b>Factores sociodemográficos</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>	Edad materna adolescente (10 - 19 años)	24	17.5
	Edad materna adecuada (20 - 34 años)	43	31.4
	Edad materna añosa ( $\geq 35$ años)	70	51.1
<b>Procedencia</b>	Urbana	43	31.4
	Rural	94	68.6
<b>Ocupación</b>	Ama de casa	102	74.5
	Estudiante	17	12.4
	Trabaja	18	13.1
<b>Grado de Instrucción</b>	Sin instrucción	9	6.6
	Primaria	73	53.3
	Secundaria	48	35.0
<b>Estado civil</b>	Superior	7	5.1
	Soltera	18	13.1
	Conviviente	95	69.3
<b>Religión</b>	Casada	24	17.5
	Católico	52	38.0
	No católico	85	62.0
<b>Total</b>		<b>137</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Historias clínicas del Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, 2024.

El análisis de las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, presentadas en la tabla, evidencia patrones relevantes que permiten contextualizar las complicaciones obstétricas del III trimestre. En relación con la edad, predominó el grupo de edad materna añosa, con 51,1%, resultado superior al reportado por Quispe (38%) (12) y ligeramente mayor al encontrado por Chacmana y De La Cruz (48%) (11). Esta diferencia podría explicarse por el contexto rural de la población estudiada e incremento progresivo de embarazos en edades tardías observado en los últimos años, especialmente en zonas con acceso limitado a programas de planificación familiar.

Respecto a la procedencia, se observó que 68,6% provenía de zonas rurales, resultado concordante con López C. (65%) (13) y Angulo G. (70%) (14). Sin embargo, este porcentaje es mayor al reportado por Gutiérrez (58%) (10), lo que podría atribuirse a las

características geográficas propias de la provincia de Chota y al acceso desigual a los servicios de salud.

En cuanto a la ocupación, 74,5% ama de casa, resultado similar a lo reportado por López C. (72%) (13) y Bako y Umar (70%) (8). Esta condición podría estar relacionada con la dependencia económica y una menor autonomía para acudir oportunamente a los controles prenatales, influyendo negativamente en la prevención y detección precoz de complicaciones obstétricas propias del III trimestre del embarazo.

Con relación al grado de instrucción, predominó el nivel primario con 53,3%. Estos hallazgos guardan relación con lo reportado por Kassa (60,6%) (9) y Chacmána y De La Cruz (55%) (11), quienes también evidenciaron un bajo nivel educativo en la población de estudio. El limitado nivel de instrucción puede dificultar la comprensión de los signos de alarma y la adherencia a las recomendaciones del personal de salud, incrementando el riesgo de complicaciones obstétricas en etapas avanzadas del embarazo.

En relación con el estado civil, predominó conviviente con 69,3%, porcentaje similar al encontrado por y Quispe-Sanca (70%) (12) y López C. (67%) (13), evidenciando una tendencia constante en distintos contextos del país. Esta condición podría influir en el soporte familiar y en la toma de decisiones relacionadas con el cuidado prenatal, así como en la continuidad de los controles durante el embarazo.

Finalmente, respecto a la religión, 62% profesaba la no católica, resultado que difiere de lo reportado por López C. (40%) (13), quien encontró un predominio de la católica. Esta diferencia refleja particularidades socioculturales propias del contexto de Chota.

En conjunto, el análisis de las características sociodemográficas permite contextualizar los hallazgos del estudio, evidenciando que la edad maternaañosa, la procedencia rural, el bajo nivel educativo y la condición de convivencia son características frecuentes en gestantes del III trimestre, las cuales podrían estar asociadas a un mayor riesgo de complicaciones obstétricas.

**Tabla 2. Factores Obstétricos de las gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota, 2024.**

	Factores obstétricos	N°	%
<b>Nº de gestación</b>	Primigesta (1)	45	32.9
	Multigesta (2 - 4)	69	50.3
	Gran multigesta (+5)	23	16.8
<b>Paridad</b>	Nulípara	53	38.7
	Primípara	23	16.8
	Multípara	38	27.7
<b>Periodo Intergenésico</b>	Gran multípara	23	16.8
	Corto (< 2 años)	31	22.6
	Normal (2 - 4.11 meses)	28	20.4
<b>Edad Gestacional</b>	Largo (5 a +años)	32	23.4
	No aplica	46	33.6
	De 28 - 31 semanas	19	13.8
<b>Nº controles prenatales</b>	De 32 - 36 semanas	44	32.1
	De 37 - 40 semanas	72	52.6
	De 41 a + semanas	2	1.5
<b>Total</b>	2 controles	3	2.2
	3 controles	32	23.4
	4 controles	58	42.3
	De 5 a + controles	44	32.1
	<b>137</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Historias clínicas del Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, 2024.

En relación con el número de gestaciones, se evidenció que 50,3% fueron multigestas. El resultado es similar a lo reportado por Chacmana y De La Cruz (48%) (11), y López C. (52%) (13). La predominancia de multigestas pone de manifiesto la necesidad de fortalecer las intervenciones de planificación familiar y consejería preconcepcional, con el fin de reducir embarazos repetidos en periodos cortos y disminuir el riesgo de complicaciones obstétricas en gestaciones posteriores.

Respecto a la paridad, predominó el grupo de nulíparas con 38,7%. Los hallazgos son comparables con Quispe (40%) (12) y Angulo G. (35%) (14). La mayor frecuencia de gestantes nulíparas evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de atención prenatal dirigidas a mujeres en su primer embarazo, priorizando la educación en salud materna y la prevención de complicaciones durante el III trimestre.

En cuanto al período intergenésico, 23,4% presentó un intervalo largo; asimismo, el 33,6% no aplicaba por ser primigestas. Estos resultados concuerdan parcialmente con Kassa (25%) (9) y López C. (21%) (13), Lo hallado evidencia la presencia de intervalos

intergenésicos inadecuados, los cuales constituyen un factor de riesgo relevante durante el embarazo, debido a su asociación con complicaciones maternas y perinatales, especialmente en gestaciones del III trimestre.

En relación con la edad gestacional, 52,6% se encontraba entre las 37 y 40 semanas. Este hallazgo es similar a lo reportado por Gutiérrez (50%) (10), y Chacmana y De La Cruz (54%) (11). Estos resultados sugieren que las complicaciones obstétricas y factores de riesgo se presentan con mayor frecuencia en el III trimestre, periodo en el que se intensifica la vigilancia prenatal para prevenir desenlaces adversos maternos y perinatales.

Respecto al número de controles prenatales, se observó que 42,3% asistió a cuatro controles prenatales. Estos resultados son comparables con López C. (45%) (13) y Angulo G. (30%) (14). La asistencia regular a los controles permite el seguimiento continuo de la evolución materno-fetal, detección temprana de alteraciones e implementación de intervenciones preventivas o terapéuticas, que contribuyen a disminuir la aparición de complicaciones obstétricas.

En conjunto, los factores obstétricos identificados en el estudio evidencian que la multigestación, nuliparidad, períodos intergenésicos extremos, edad gestacional avanzada y número limitado de controles prenatales, constituyen características frecuentes en gestantes del III trimestre con complicaciones obstétricas.

**Tabla 3. Complicaciones obstétricas del III trimestre que presentaron las gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota, 2024.**

Complicaciones obstétricas	Indicador	N°	%
Anemia	Leve	5	3.6
	Moderada	5	3.6
	Severa	6	4.4
ITU	No aplica	121	88.3
	Bacteriuria asintomática	28	20.4
	Cistitis	10	7.3
	Pielonefritis	6	4.4
Preeclampsia	ITU recurrente	21	15.3
	Ninguno	72	52.6
	Con signos de severidad	15	10.9
Eclampsia	Sin signos de severidad	21	15.3
	No aplica	101	73.7
	Si	7	5.1
Parto pretérmino	No	130	94.9
	Muy pretérmino (28 - 31 ss)	12	8.8
	Moderado (32 – 33 ss)	12	8.8
	Tardío (34 – 36 ss + 6 d)	25	18.2
DPP	No aplica	88	64.2
	Si	5	3.6
Placenta previa	No	132	96.4
	Tipo I	1	0.7
	Tipo II	1	0.7
	No aplica	135	98.5
RPM	A término (desde las 37 ss)	23	16.8
	Pretérmino (antes de las 37 ss)	16	11.7
	No aplica	98	71.5
<b>Total</b>		<b>137</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Historias clínicas – Hospital José Hernán Soto Cadenillas, 2024.

En relación a la anemia, se observó que 3,6% de gestantes presentó anemia leve, 3,6% moderada y 4,4% severa, siendo en total 11,6% de gestantes del III trimestre con algún grado de anemia. Esta prevalencia es comparable con lo reportado por Chacmána y De La Cruz (10%) (11) y Quispe (12%) (12), lo que indica que, aunque la mayoría de gestantes no presentó anemia, un porcentaje significativo continúa en riesgo de complicaciones como parto pretérmino, bajo peso al nacer y mayor morbilidad perinatal. Este hallazgo podría reflejar un manejo nutricional adecuado o suplementación con hierro durante el embarazo en la población de Chota.

Respecto a las ITU, se registró que 20,4% presentó bacteriuria asintomática, 7,3% cistitis, 4,4% pielonefritis y 15,3% ITU recurrente, siendo un total de 47,4% de gestantes con algún tipo de ITU. Los resultados coinciden con reportes locales de López C. (18%)

(13) y Angulo G. (20%) (14); así como, con estudios internacionales de Bako y Umar (22%) (8), evidenciando que las ITU constituyen una de las complicaciones más frecuentes en gestantes del III trimestre y requieren detección y tratamiento oportunos, para prevenir parto pretérmino y complicaciones maternas.

En cuanto a la preeclampsia, 10,9% de gestantes presentó signos de severidad y 15,3% sin severidad, en total 26,3% de embarazadas afectadas. Los datos son similares con Gutiérrez (12%) (10) y Chacmana y De La Cruz (14%) (11), y superiores a la prevalencia global de 2 – 8% reportada por la OMS. Este resultado resalta la importancia de la vigilancia prenatal e identificación de factores de riesgo como edad materna avanzada, hipertensión previa y antecedentes obstétricos.

Respecto a la eclampsia, 5,1% de gestantes presentó esta complicación, cifra ligeramente superior a la reportada por Quispe (4%) (12). Aunque su frecuencia es baja, la eclampsia representa una complicación grave con elevada morbilidad materna y perinatal, asociada principalmente a preeclampsia no controlada y a limitaciones en el acceso oportuno a los servicios de salud.

En relación al parto pretérmino, 8,8% de las gestantes tuvo parto muy pretérmino, 8,8% moderado y 18,2% tardío, con un total de 35,8%. Los resultados son comparables con lo reportado por Quispe (12%) (12) y Chacmana y De La Cruz (15%) (11), y evidencian la influencia de factores como anemia, ITU y preeclampsia en el desencadenamiento de partos prematuros.

En cuanto al DPP, se presentó en 3,6% de gestantes. El hallazgo es similar con López C. (5%) (13) y estudios internacionales como Bako y Umar (2%) (8), generalmente asociados a hipertensión y preeclampsia, lo que resalta la necesidad de vigilancia clínica y pronta intervención.

Respecto a la placenta previa, se identificaron dos casos (1,5% en total). Este resultado coincide con la literatura internacional (0,5 – 1%), siendo una condición poco frecuente, pero de alto riesgo debido a la posibilidad de hemorragias graves y necesidad de planificación del parto.

Finalmente, en relación con la RPM, 16,8% de gestantes presentó ruptura a término y el 11,7% antes de las 37 semanas, sumando un total de 28,5% de gestantes afectadas. Estos resultados son comparables con Angulo G. (15%) (14) y López C. (17%) (13), y

destacan la importancia de la identificación temprana y manejo adecuado para prevenir parto pretérmino e infecciones maternas y neonatales.

En conjunto, los hallazgos evidencian que las complicaciones obstétricas más frecuentes en gestantes del III trimestre en Chota fueron ITU, RPM, preeclampsia y parto pretérmino; en cambio, complicaciones como eclampsia, placenta previa y DPP, presentaron menor frecuencia, pero alto riesgo clínico. Los resultados coinciden con antecedentes locales, nacionales e internacionales y subrayan la necesidad de fortalecer el control prenatal, detección temprana de factores de riesgo y educación sanitaria, especialmente en contextos rurales.

**Tabla 4. Edad materna y complicaciones obstétricas del III trimestre.  
Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota, 2024.**

Complicación	Edad materna	Casos		Total	
		Nº	%	Si	No
<b>Anemia</b>	Adolescente	2	1,46		
	Adecuada	4	2,92	11,7	88,3
	Añosa	10	7,80		
<b>ITU</b>	Adolescente	15	10,95		
	Adecuada	23	16,78	47,4 %	52,6%
	Añosa	27	19,69		
<b>Preeclampsia</b>	Adolescente	3	2,19		
	Adecuada	9	6,58	26,3	73,7
	Añosa	24	17,53		
<b>Eclampsia</b>	Adolescente	0	0		
	Adecuada	1	0,73	5,1	94,9
	Añosa	6	4,36		
<b>Parto pretérmino</b>	Adolescente	12	8,77		
	Adecuada	15	10,95	35,8	64,2
	Añosa	22	16,07		
<b>DPP</b>	Adolescente	2	1,44		
	Adecuada	1	0,72	3,6	96,4
	Añosa	2	1,44		
<b>Placenta previa</b>	Adolescente	0	0		
	Adecuada	1	0,75	1,5	98,5
	Añosa	1	0,75		
<b>RPM</b>	Adolescente	8	5,85		
	Adecuada	14	10,23	28,5	71,5
	Añosa	17	12,43		

Fuente: Historias clínicas – Hospital José Hernán Soto Cadenillas, 2024.

En relación a la anemia, se observó que 11,6% de las gestantes presentó algún grado de esta complicación, distribuyéndose principalmente en gestantes de edad añosa (7,80%). El hallazgo indica mayor afectación en este grupo, coincidiendo con la literatura consultada, que señala, el incremento de riesgo por deficiencias nutricionales y alteraciones hematológicas durante el embarazo, como Chacmana y De La Cruz (12%) (11). Constituye factor de riesgo relevante en parto pretérmino y justifica el seguimiento nutricional y suplementación con hierro, especialmente en el grupo vulnerable.

Respecto a las ITU, 47,4% de gestantes presentó algún tipo de la patología, con mayor frecuencia en gestantes de edad añosa (19,69%). Los resultados confirman que constituyen una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo, especialmente en este grupo, similar a antecedentes locales, López C. (17%) (13) e internacionales con Bako y Umar (10.4%) (8). La detección y tratamiento oportunos resultan fundamentales para prevenir complicaciones maternas y parto pretérmino.

En cuanto a la preeclampsia, se evidenció que 26,3% de gestantes presentó esta complicación, predominando en gestantes de edad añosa (17,53%). La mayor prevalencia concuerda con Gutiérrez (25,3%) (10) y Chacmana y De La Cruz (28,1%) (11), y confirma que la edad materna avanzada constituye un importante factor de riesgo, lo que resalta la necesidad de una vigilancia prenatal estricta y control de factores predisponentes como hipertensión previa y antecedentes obstétricos.

La eclampsia afectó al 5,1% de gestantes, concentrándose exclusivamente en gestantes de edad añosa (4,36%). El resultado es ligeramente superior a lo reportado por Quispe (4.5%) (12), lo que demuestra que, aunque poco frecuente, representa una complicación grave con alta morbilidad materna y perinatal, requiriendo identificación temprana y seguimiento intensivo, especialmente en este grupo.

En relación al parto pretérmino, 35,8% de gestantes presentó esta complicación, con mayor frecuencia en las de edad añosa (16,07%). Los hallazgos concuerdan con Quispe (12%) (12) y Chacmana y De La Cruz (15%) (11), resaltando la importancia de estrategias preventivas y manejo oportuno.

Respecto al DPP, se registró un 3,6% de casos, distribuidos de manera similar entre adolescentes y gestantes de edad añosa (1,44%, cada una), y en menor proporción en gestantes de edad adecuada (0,72%). Estos resultados son comparables con López C. (5%) (13) y Bako y Umar (2%) (8), los cuales evidencian la necesidad de vigilancia clínica, especialmente en aquellas con trastornos hipertensivos, para prevenir hemorragias graves y mortalidad fetal.

En cuanto a la placenta previa, se identificó 1,5% de casos, distribuidos entre gestantes de edad adecuada y añosa (0,75%, cada una), sin casos en adolescentes. Esta baja frecuencia coincide con Bhandari (1%) (7) y confirma que, aunque poco frecuente, representa un riesgo importante en el III trimestre de embarazo.

Finalmente, la RPM se presentó en el 28,5% de gestantes, con mayor frecuencia en gestantes de edad añosa (12,43%). Los resultados concuerdan con Angulo G. (14%) (14) y López C. (15%) (13); así como, Baco y Umar (12 – 20%) (8), en gestantes del III trimestre. Lo que, resalta la necesidad de vigilancia temprana, diagnóstico oportuno y manejo clínico adecuado para reducir la morbilidad materna y neonatal, especialmente en gestantes con edad añosa o con antecedentes de complicaciones obstétricas.

**Tabla 5. Paridad y Complicaciones obstétricas del III trimestre. Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota, 2024.**

Paridad	Complicaciones obstétricas del III trimestre								Total
	Anemia	ITU	Preeclampsia	Eclampsia	Parto pretérmino	DPP	Placenta previa	RPM	
	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	
<b>Nulípara</b>	11,3	50,09	22,6	0,0	37,7	3,8	1,9	35,8	53
<b>Primípara</b>	4,3	60,9	17,4	8,7	39,1	8,7	0,0	21,7	23
<b>Multípara</b>	15,8	39,5	31,6	10,5	28,9	0,0	2,6	21,1	38
<b>Gran multípara</b>	13,0	39,1	34,7	4,3	39,1	4,3	0,0	30,4	23
<b>Total</b>	<b>11,6</b>	<b>47,4</b>	<b>26,3</b>	<b>5,1</b>	<b>35,8</b>	<b>3,6</b>	<b>0,7</b>	<b>28,5</b>	<b>137</b>

Fuente: Historias clínicas – Hospital José Hernán Soto Cadenillas, 2024.

La anemia se presentó en 11,6% de gestantes. Al analizar su distribución según paridad, se observó mayor frecuencia en multíparas (15,8%). El análisis estadístico mostró asociación estadísticamente significativa entre paridad y anemia ( $p = 0,016$ ), lo que indica que, varía de manera significativa según el número de partos previos. El hallazgo concuerda parcialmente con Angulo G. (12%) (14), descrita como la complicación más frecuente del III trimestre, al contrario, López C. (15%) (13) reportó mayor porcentaje, el cual es superior a lo observado en el estudio, pero confirma que la complicación es frecuente y clínicamente relevante en diversos contextos obstétricos.

La ITU se presentó en 47,4% de gestantes. Según paridad, la mayor proporción fue en primíparas (50,09%). No obstante, el análisis estadístico no evidenció asociación significativa entre paridad e ITU ( $p = 0,633$ ). El resultado difiere con López C. (20%) (13), pero indica complicación frecuente del III trimestre. También, Angulo G. (18%) (14), con porcentajes bajos y sin relación significativa, coincide con la observación, de que puede manifestarse independientemente del número de gestaciones previas.

La preeclampsia afectó al 26,3% de gestantes. Se observó mayor frecuencia en gran multíparas (34,7%). Sin embargo, el análisis estadístico no mostró asociación significativa entre paridad y preeclampsia ( $p = 0,439$ ). El hallazgo se asemeja con Angulo G. (25,3%) (14), y difiere con López C. (47%) (13), lo que coincide con el estudio y sugiere que la complicación no depende del número de partos previos, aun cuando se observan mayores porcentajes en los grupos de mayor paridad.

La eclampsia se presentó en 5,1% de gestantes, con mayor proporción en multíparas (10,5%). El análisis estadístico no evidenció asociación significativa entre paridad y eclampsia ( $p = 0,122$ ), indicando que la aparición de la complicación es independiente. El resultado es coincidente con López C. (5,4%) (13) y Angulo G (5,2%) (14), donde la también se reportó como una complicación poco frecuente en su área de estudio, sin asociación significativa con las variables obstétricas principales.

El parto pretérmino se presentó en el 35,8% de gestantes, siendo mayor porcentaje en primíparas y gran multíparas (39,1%, cada una). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre paridad y parto pretérmino ( $p = 0,397$ ), lo que indica que la complicación se presenta en todos los grupos. Difiere con López C. (19%) (13), lo que podría deberse a diferencias en la población y criterios de clasificación.

Respecto al DPP, se evidenció mayor frecuencia en gran multíparas (4,3%). Sin embargo, el valor de  $p$  fue mayor a 0,05, indicando ausencia de asociación estadística con la paridad. El hallazgo es comparable con López C. (2%) (13) y Angulo G. (2,8%) (14), indicando que, aunque poco frecuente, este evento sí está presente en diferentes contextos obstétricos y sin relación con paridad, lo que coincide con las observaciones.

En relación con la placenta previa, se presentó en multíparas (2,6%), sin asociación estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ). El hallazgo coincide con López C. (1,5%) (13) y Angulo G. (1,8%) (14), que indican como una complicación rara, con porcentajes bajos y sin relación clara con la paridad. La baja prevalencia observada respalda que es infrecuente y no se relaciona directamente con el número de partos previos.

Finalmente, la RPM se observó mayor frecuencia en nulíparas (35,8%). El análisis estadístico no evidenció asociación significativa entre paridad y RPM ( $p = 0,760$ ), lo que sugiere que la complicación no guarda relación con el número de partos previos. Difiere con López C (17%) (13) y Angulo G. (15%) (13), y la mencionan como parte de las complicaciones obstétricas, sin asociación con paridad, lo que coincide con el estudio, reforzando que puede presentarse independiente del número de gestaciones previas.

En conjunto, los resultados evidencian que la paridad sólo se asoció de manera significativa con anemia y no se encontró relación estadísticamente significativa con las demás complicaciones obstétricas del III trimestre. Ello indica que, aunque ciertas complicaciones presentan variaciones porcentuales entre los grupos de paridad, no son suficientes para establecer una relación estadística, excepto en el caso de la anemia.

**Tabla 6. Periodo Intergénésico y Complicaciones obstétricas del III trimestre.**  
**Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota, 2024.**

Periodo intergenésico	Complicaciones obstétricas del III trimestre								
	Anemia	ITU	Preeclampsia	Eclampsia	Parto pretérmino	DPP	Placenta previa	RPM	Total
	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
<b>Corto (&lt; 2 años)</b>	6,5	48,4	12,9	0,0	58,1	0,0	3,2	29,0	31
<b>Normal (2 – 4,11 años)</b>	7,1	50,0	28,6	10,7	32,1	7,1	0,0	25,0	28
<b>Largo (<math>\geq</math> 5 años)</b>	15,6	40,6	37,5	12,5	18,8	3,1	0,0	25,0	32
<b>No aplica</b>	30,4	39,1	26,1	0,0	26,1	4,3	2,2	32,6	46
<b>Total</b>	<b>16,8</b>	<b>43,8</b>	<b>26,3</b>	<b>5,1</b>	<b>32,8</b>	<b>3,6</b>	<b>0,7</b>	<b>28,5</b>	<b>137</b>

Fuente: Historias clínicas – Hospital José Hernán Soto Cadenillas, 2024.

La anemia se presentó en el 16,8% de gestantes, observándose mayor frecuencia en los períodos no aplicable (30,4%) y largo (15,6%). El análisis estadístico mostró una asociación significativa entre el período intergenésico y anemia ( $p = 0,034$ ), lo que indica que el intervalo entre gestaciones influye en su presencia. El hallazgo es similar con Angulo G. (16,5%) (14), mayor frecuencia en intervalos intergenésicos prolongados.

La ITU se presentó en el 43,8% de gestantes. Mayor porcentaje se observó en el período normal (50%). Sin embargo, el análisis estadístico no evidenció asociación significativa entre período intergenésico e ITU ( $p = 0,740$ ) y sugiere que la complicación puede presentarse independientemente del intervalo entre gestaciones. El resultado es similar a lo reportado por López C. (45%) (13) y Bako y Umar (48%) (8), describen a la ITU como una de las complicaciones más frecuentes del III trimestre, pero sin asociación significativa con variables obstétricas como el período intergenésico.

La preeclampsia afectó al 26,3% de las gestantes. Se evidenció mayor frecuencia en aquellas con período largo (37,5%). No obstante, el análisis estadístico no mostró una asociación significativa entre el período intergenésico y preeclampsia ( $p = 0,307$ ). El hallazgo concuerda con Angulo G. (35%) (10), y difiere parcialmente con López C. (37%) (13); sin embargo, coinciden en que no depende del intervalo intergenésico.

La eclampsia se presentó en 5,1% de gestantes, observándose en el período largo (12,5%). El análisis estadístico evidenció asociación estadísticamente significativa entre el período intergenésico y eclampsia ( $p = 0,023$ ), expresa que la complicación es más

frecuencia en intervalo intergenésico prolongado. El resultado es comparable con López C. 11.8% (13) y Angulo G. (10.3%) (14), indican como complicación poco frecuente, pero más presente en aquellas con antecedentes obstétricos acumulados.

En relación al parto pretérmino, aunque se observó una frecuencia considerable (58,1%), principalmente en gestantes con período intergenésico corto, no se evidenció asociación estadísticamente significativa. Este porcentaje es mayor a lo reportado por López C. (38%) (13), lo que podría deberse a diferencias poblacionales, criterios de medición o caracterización de la muestra, pero coincide en que el parto pretérmino puede presentarse independientemente del intervalo entre gestaciones.

Respecto al DPP, se evidenció baja frecuencia global (3,6%), siendo mayor en gestantes con período normal (7,1%). No se encontró asociación estadísticamente significativa con el período intergenésico ( $p = 0,525$ ). El resultado coincide con López C (6,7%) (13) y Angulo G. (5%) (14), reportaron bajo porcentajes y ausencia de asociación con variables obstétricas, confirmando que se trata de una complicación poco frecuente.

La placenta previa se presentó en el 0,7% de gestantes, observándose en el grupo corto (3,2%), sin asociación estadísticamente significativa ( $p = 0,491$ ). El hallazgo concuerda con López C. (2,5%) (13) y Angulo G. (1.8%) (14), quienes también reportaron una baja prevalencia de placenta previa, sin relación clara con el período intergenésico.

Finalmente, la RPM se presentó en el 28,5% de gestantes, con mayor frecuencia en el grupo no aplicable (32,6%). El análisis estadístico no evidenció asociación significativa entre el período intergenésico y RPM ( $p = 0,963$ ), lo que indica que la complicación se presenta independientemente del intervalo entre gestaciones. El resultado es similar con López C. (18%) (13) y Angulo G. (27%) (14), quienes la describen como complicación frecuente, pero sin relación significativa con factores obstétricos específicos.

En conjunto, los resultados evidencian que el período intergenésico se asoció de manera significativa con anemia y eclampsia, mientras que no se encontró relación estadísticamente significativa con las demás complicaciones obstétricas del III trimestre. Esto sugiere que los intervalos intergenésicos extremos influyen en determinadas complicaciones, aunque la mayoría de ellas pueden presentarse independientemente del tiempo transcurrido entre gestaciones.

**Tabla 7. N° Controles prenatales según tipo de complicación obstétrica en gestantes del III trimestre. Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota, 2024.**

Nº controles prenatales	Complicaciones obstétricas del III trimestre							Total	
	Anemia	ITU	Preeclampsia	Eclampsia	Parto pretérmino	DPP	Placenta previa		
<b>2 controles</b>	33,3	66,7	0,0	0,0	33,3	33,3	0,0	0,0	2,2
<b>3 controles</b>	28,1	40,6	9,4	6,3	40,6	3,1	37,5	37,5	23,4
<b>4 controles</b>	5,2	51,7	27,6	1,7	48,3	0,0	25,9	25,9	42,3
<b>&gt; 5 controles</b>	6,8	45,5	38,6	9,1	15,9	6,8	27,3	27,3	32,1
<b>Total</b>	11,7	47,4	26,3	5,1	35,8	3,6	28,5	28,5	100,0

Fuente: Historias clínicas – Hospital José Hernán Soto Cadenillas, 2024.

Los resultados del estudio evidencian que, el N° de controles prenatales se asocia con la presencia de determinadas complicaciones obstétricas, en gestantes del III trimestre atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas.

La anemia se presentó en 11,6% de gestantes. Al analizar su distribución según N° de controles prenatales, se observa que proporciones altas se dieron en aquellas con 2 y 3 controles, la asociación no fue estadísticamente significativa ( $p = 0.088$ ). Indica que, hay tendencia a mayor proporción de anemia con menos controles, no se puede afirmar que por sí solo, el N° de controles determine diferencia significativa. Concuerda con Angulo G. (12%) (14) y López C (15%) (14), la describen como la complicación más frecuente del III trimestre, pero sin relación clara con la cantidad de controles.

La ITU afectó al 47,4% de gestantes. Según el N° de controles prenatales, se observó que las proporciones tienden a ser mayores con menos controles, aunque el análisis estadístico no evidenció asociación significativa ( $p = 0.074$ ). Difiere con López C. (20%) (13), que también la observó como complicación frecuente sin relación clara con la cantidad de controles.

La preeclampsia se registró en 26,3% de gestantes. La distribución por N° de controles mostró que, con menos controles tendieron a presentar mayor proporción de la complicación, aunque la relación no fue estadísticamente significativa ( $p = 0.071$ ). El resultado es similar con Angulo G. (25,3%) (14), difiere parcialmente de López C. (47%) (14), evidenciando que puede presentarse independientemente del N° de controles, cuando existen otros factores de riesgo presentes.

La eclampsia se observó en el 5,1% de gestantes y la comparación por N° de controles prenatales no mostró diferencias significativas ( $p = 0.383$ ). El hallazgo es similar con López C. (5,4%) (13) y Angulo G. (5,2%) (14), que reportaron bajas proporciones de eclampsia sin una asociación clara con la intensidad del cuidado prenatal, reafirmando que esta complicación es poco frecuente y multifactorial.

El parto pretérmino se presentó en el 35,8% de gestantes. Aunque se observó mayor proporción en gestantes con menos controles, no se encontró asociación significativa ( $p = 0.077$ ). El porcentaje es mayor al de López C. (19%) (13), lo que puede explicarse por diferencias en la definición de casos o morbilidad obstétrica y sugieren que el parto pretérmino no se determina únicamente por la cantidad de controles prenatales.

En cuanto al DPP, se presentó en 3,6% de gestantes y mostró relación estadísticamente significativa con el N° de controles prenatales ( $p = 0.012$ ), indicando que se presentó con mayor frecuencia en aquellas con menor N° de controles. El resultado coincide con López C. (2%) (13) y Angulo G. (1,8%) (14), que reportó bajos porcentajes sin asociación estadística con factores obstétricos, reforzando que el control prenatal insuficiente aumenta el riesgo de eventos obstétricos graves como esta complicación.

La placenta previa se presentó en 0,7% de gestantes, sin asociación significativa con el N° de controles prenatales ( $p = 0.588$ ). El hallazgo coincide con porcentajes bajos de López C. (1,5%) (13) y Angulo G. (1,8%) (14), evidencia que la complicación es relativamente rara, no se relaciona directamente con la cantidad de controles prenatales.

Finalmente, la RPM se observó en 28,5% de gestantes. Aunque ciertas tendencias mostraron que fue más frecuente en aquellas con 3 controles prenatales con 37,5%, el análisis no evidenció asociación significativa ( $p = 0.132$ ). Este resultado coincide con López C. (34%) (13) y Angulo G. (36%) (14), quienes la describen como complicación presente en diferentes grupos obstétricos sin relación estadística con atención prenatal.

En conjunto, los resultados evidencian que el N° de controles prenatales se asoció significativamente con DPP ( $p < 0.05$ ), no se encontró relación estadísticamente significativa con anemia, ITU, preeclampsia, eclampsia, parto pretérmino, placenta previa ni RPM, lo que indica que, aunque algunas complicaciones muestran variaciones porcentuales según la cantidad de controles, estas diferencias no son suficientes para establecer una relación estadística sólida, excepto en el caso de DPP.

## **CONCLUSIONES**

Al finalizar la presente investigación sobre los factores de riesgo y las complicaciones obstétricas en gestantes del III trimestre, atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas durante el año 2024, se arribó a las siguientes conclusiones:

1. En cuanto a las características sociodemográficas, predominan gestantes de edad maternaañosa, de zonas rurales, bajo nivel educativo y amas de casa.
2. Respecto a los factores obstétricos, se identificó que la mayoría de gestantes son multigestas y nulíparas, con una proporción considerable presentando períodos intergenésicos inadecuados y niveles variables de control prenatal.
3. Las complicaciones obstétricas más frecuentes fueron ITU (47,4%), parto pretérmino (35,8%), RPM (28,5%) y preeclampsia (26,3%).
4. Mostró mayor concentración porcentual de complicaciones obstétricas del III trimestre en las gestantes de edad añosa.
5. La paridad mostró asociación estadísticamente significativa únicamente con anemia ( $p = 0,016$ ), siendo más frecuente en gestantes multíparas y gran multíparas; no se encontró asociación significativa con las demás complicaciones obstétricas.
6. El período intergenésico presentó asociación significativa con anemia ( $p = 0,034$ ) y eclampsia ( $p = 0,023$ ), los intervalos intergenésicos prolongados o inadecuados influyen en la presencia de estas complicaciones, no se evidenció relación significativa con otras complicaciones obstétricas.
7. El N° de controles prenatales se asoció de manera significativa con DPP ( $p = 0,012$ ), observándose mayor frecuencia en gestantes con número insuficiente de controles; para el resto de complicaciones, no hubo asociación estadísticamente significativa con la cantidad de controles.

## **RECOMENDACIONES**

### **Para el director Sub Regional de Salud (DISA) Chota**

Implementar y reforzar estrategias de prevención y seguimiento a gestantes de alto riesgo, en el III trimestre, sobre todo de zonas rurales, promoviendo el acceso oportuno a controles prenatales completos, suplementación nutricional adecuada y tamizaje sistemático de complicaciones obstétricos; así como, el fortalecimiento del programa de planificación familiar, para favorecer adecuado intervalo intergenésico.

### **Para el director del Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota**

Fortalecer programas de educación y consejería prenatal, con énfasis en gestantes de edad materna añosa, identificación precoz de factores de riesgo y fomentar hábitos saludables, contribuya a la prevención de complicaciones, durante el III trimestre.

### **Para los Obstetras**

Intensificar la vigilancia clínica y seguimiento diferenciado de gestantes con factores de riesgo, promoviendo atención integral en identificación precoz de complicaciones como ITU, anemia y trastornos hipertensivos del embarazo; así como, registro y monitoreo del número y oportunidad de controles prenatales, durante el III trimestre.

### **Para estudiantes de Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca**

Fortalecer la formación académica y práctica, identificación y manejo de factores de riesgo obstétricos del III trimestre, promoviendo atención humanizada, basada en evidencia científica, que contribuya a la prevención de complicaciones maternas y perinatales, especialmente en contextos rurales y poblaciones vulnerables.

### **Para futuros investigadores**

Realizar estudios de diseño longitudinal y muestra más amplia, que permita profundizar en la relación causal de factores de riesgo y complicaciones obstétricas del III trimestre, con variables: calidad del control prenatal, adherencia al tratamiento y determinantes sociales de salud, que contribuyan al fortalecimiento de estrategias preventivas a nivel local y regional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pintado EC, Reyes WA. Nivel de conocimiento sobre señales de alarma en gestantes atendidas en establecimientos de salud del distrito de Lambayeque, 2018 [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2018 [citado 16 junio 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12893/1828>
2. Monteza Peralta E. Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y perinatales. Hospital José H. Soto Cadenillas – Chota, 2017 [Tesis de maestría en Salud Materna Y Perinatal]. Universidad de Chiclayo; 2019 [citado 17 junio 2024]. Disponible en: <http://repositorio.udch.edu.pe/handle/UDCH/210>
3. Eunice K, National Institute of Child Health and Human Development, Office on Women's Health. Complicaciones obstétricas durante el embarazo [Internet]. Estados Unidos: Office on Women's Health; 2019 [citado 17 junio 2024]. Disponible en: <https://espanol.womenshealth.gov/pregnancy/youre-pregnant-now-what/pregnancy-complications>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Mortalidad materna. Ginebra: OMS; 7 abril 2025. [Internet] [citado 15 diciembre 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
5. Universidad Nacional de Huancavelica. Principales problemas en salud pública con repercusión en la morbilidad materna y perinatal [Internet]. Universidad Nacional de Huancavelica [citado 16 diciembre 2025]. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/93cd5e1c-fb7b-4af5-b5af-8e5a877d4831/content>
6. Miettinen O. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. Salud Colectiva. 2021;5(3):323–44 [Internet]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2009.v5n3/323-344/es>
7. Bhandari A, Rasania K, Verma S, Gupta K, Dangayach N. Estudio para determinar varios factores asociados con embarazos de alto riesgo. Revista Internacional de Reproducción, Anticoncepción, Obstetricia y Ginecología. 2024;13(9):2330–2334 [Internet]. Disponible en: <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20242477>
8. Bako G, Umar B. Factores de riesgo asociados con complicaciones obstétricas en mujeres embarazadas que asisten a clínicas de atención prenatal. Revista Internacional de Ginecología y Obstetricia. 2024;164(2):412–418 [Internet]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07216-9>
9. Kassa M, Arowojolu O, Odukogbe A, Yalew W. Resultados obstétricos adversos y factores asociados en mujeres que dieron a luz en hospitales públicos. BMC

Embarazo y Parto. 2023;23:512 [Internet]. Disponible en:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36076160>

10. Gutiérrez C. Factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas en el embarazo y parto en gestantes tardías atendidas en un establecimiento de salud de primer nivel, Nuevo Chimbote [Tesis para optar al título profesional de Obstetricia]. Nuevo Chimbote: Universidad San Pedro; 2025 [citado 5 febrero 2026]. Disponible en: <https://repositorio.hdl.handle.net/20.500.12976/26496>
11. Chacmán M, De La Cruz B. Factores asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas del Hospital Regional de Ayacucho, 2021 [Tesis para optar el título profesional de: Obstetra]. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2023 [citado 5 febrero 2026]. Disponible en: <https://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCHE/6214>
12. Quispe ES. Factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a la mortalidad perinatal en el Hospital Carlos Monje Medrano – Juliaca, 2021 [Tesis para optar al título profesional de Obstetra]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2023 [citado 5 febrero 2026]. Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/20410>
13. López JC. Complicaciones obstétricas del tercer trimestre en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2021 [Tesis para optar al título profesional de Médico Cirujano]. Universidad Nacional de Cajamarca; 2022 [citado 5 febrero 2026]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.14074/4877>
14. Angulo GDJ. Complicaciones obstétricas en el tercer trimestre del embarazo en adolescentes, comparadas con madres no adolescentes en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, enero a diciembre 2019 [Tesis para optar al título profesional de Médico Cirujano]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2020 [citado 5 febrero 2026]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.14074/3854>
15. McMahon A, Winch J, Caruso A. Factores socioeconómicos, familiares e individuales asociados al riesgo durante el embarazo: una revisión sistemática. Revista Europea de Salud Pública. 2020;19(3):266–271 [citado 5 febrero 2026]. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurpub/article/19/3/266/934710>
16. MedlinePlus. Embarazo: etapas y desarrollo. Estados Unidos: MedlinePlus; 2025 [citado 17 diciembre 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002367.htm>
17. Ministerio de Salud (MINSA). Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. Lima: Gobierno del Perú; 2013 [citado 5 febrero 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/827-2013-minsa>

18. Padilla C. Periodo intergenésico: revisión de la literatura. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2018;83(1):52–60 [citado 5 febrero 2026]. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v83n1/0048-766X-rchog-83-01-0052.pdf>
19. MedlinePlus. Edad gestacional. Encyclopedia médica [Internet]. Estados Unidos: MedlinePlus; 2025 [citado 17 diciembre 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002367.htm>
20. Ministerio de Salud (MINSA). Atenciones prenatales para tener un embarazo saludable. Lima: Ministerio de Salud; 17 mayo 2024 [citado 17 diciembre 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/40283-atenciones-prenatales-para-tener-un-embarazo-saludable>
21. Adibi J, Walker L, Werler M. Factores de riesgo en el primer trimestre del embarazo: mecanismos placentarios y fetales. Actualización en Reproducción Humana. 2021;27(5): [citado 5 febrero 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmab022>
22. Paladine L, Stranges M. Movimiento fetal en el segundo trimestre del embarazo. Perlas Estadísticas. Isla del Tesoro. 2025 [citado 5 febrero 2026]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470566/>
23. Fowler R. Atención prenatal en el segundo y tercer trimestre. Cuidado Prenatal. Centro Nacional de Información Biotecnológica (NCBI) Biblioteca de Libros; 2024 [citado 17 diciembre 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448166/>
24. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Variables complicaciones obstétricas: definición conceptual. Iquitos; 2025 [citado 17 diciembre 2025]. Disponible en: <https://api-repositorio.unapiquitos.edu.pe/server/api/core/bitstreams/681a9dd0-bdb7-491a-9be0-87abf492d21e/content>
25. Merck Sharp & Dohme. Manual. Factores de riesgo de complicaciones del embarazo [Internet]. Abril 2025 [citado 17 diciembre 2025]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-embarazo/factores-de-riesgo-de-embarazo>
26. Instituto Nacional de Salud (INS). ¿Qué es la anemia? [Internet]. Abril 2025 [citado 17 diciembre 2025]. Disponible en: <https://anemia.ins.gob.pe/que-es-la-anemia>
27. Guevara E. Anemia en el embarazo. Rev Perú: Investigación Materno Perinatal. Diciembre 2023;6–7 [Internet]. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/download/396/376/2067>

28. Ministerio de Salud (MINSA). Guía de diagnóstico de anemia en gestantes según valores de hemoglobina. Lima: MINSA; 2025 [citado 17 diciembre 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ucp.edu.pe/bitstreams/801f507e-9769-45b9-ba30-679d2cd9dda4/download>
29. Merck Sharp & Dohme. Manual de anemia en el embarazo. Edición Profesional Nueva Jersey, Estados Unidos. Febrero 2025 [citado 17 diciembre 2025]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/professional/ginecolog%C3%ADA-y-obstetricia/complicaciones-no-obst%C3%A9tricas-durante-el-embarazo/anemia-en-el-embarazo>
30. Ministerio de Salud (MINSA). Infección del tracto urinario en el embarazo. Manual de normas de atención de patologías obstétricas. Lima: mayo 2025 [citado 17 diciembre 2025]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/650t.pdf>
31. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG). Infecciones del tracto urinario en personas embarazadas. Washington, Agosto 2023 [citado 17 diciembre 2025]. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/clinical-consensus/articles/2023/08/urinary-tract-infections-in-pregnant-individuals>
32. Basumatary B, Dutta B, Choudhury N. Bacteriuria asintomática en mujeres embarazadas atendidas en un centro de atención terciaria. Revista Internacional de Reproducción, Anticoncepción, Obstetricia y Ginecología .Noviembre 2020 [citado 17 diciembre 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20200030>
33. Gupta K, Hooton M, Naber G, Wullt B, Colgan R, Miller G. Guías clínicas internacionales para el tratamiento de la cistitis aguda no complicada y la pielonefritis en mujeres. Enfermedades Infecciosas Clínicas. Marzo 2021;52(5):103–20 [citado 17 diciembre 2025]. Disponible en: <https://academic.oup.com/cid/article/52/5/e103/388285>
34. Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Guías de práctica clínica y procedimientos en obstetricia: infección urinaria. Lima:2023 [citado 17 diciembre 2025]. Disponible en: [https://www.inmp.gob.pe/uploads/GUIAS\\_DE\\_PRACTICA\\_CLINICA\\_Y PROCEDIMIENTOS\\_EN\\_OBSTETRICIA\\_2023.pdf](https://www.inmp.gob.pe/uploads/GUIAS_DE_PRACTICA_CLINICA_Y PROCEDIMIENTOS_EN_OBSTETRICIA_2023.pdf)
35. Minchola Mautino CS. Infección del tracto urinario en la gestación, según trimestre, como factor de riesgo para preeclampsia [Tesis para optar al título profesional de Médico Cirujano]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2018 [citado 17 diciembre 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/3939>
36. Ministerio de Salud (MINSA). Guía de práctica clínica para la prevención y manejo de la preeclampsia y eclampsia [Internet]. Lima: junio 2019 [citado 17 diciembre

- 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/280849-guia-de-practica-clinica-para-la-prevencion-y-manejo-de-preeclampsia-y-eclampsia>
37. Instituto Nacional de Salud (INS). Guía de práctica clínica para la prevención y manejo de la preeclampsia y eclampsia [Internet]. Lima 2021 [citado 18 diciembre 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14196/1151.com>
38. Ministerio de Salud (MINSA). INMP: especialistas recomiendan iniciar control prenatal precoz para prevenir preeclampsia. Lima: Plataforma del Estado Peruano; 2023 [citado 17 diciembre 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/764046-inmp-especialistas-recomiendan-iniciar-control-prenatal-precoz-para-prevenir-preeclampsia>
39. Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Guía clínica para la atención de preeclampsia [Internet]. Lima: INMP; 2020 [citado 20 diciembre 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14196/11554871>
40. Magley M, Hinson M. Eclampsia: presentación clínica y características [Internet]. Treasure Island, Florida, EE. UU; 2025 [citado 23 dic 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554392/>
41. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro. Montevideo, Uruguay, 2019 [citado 16 noviembre 2025]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53940/9789974860247\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53940/9789974860247_spa.pdf)
42. Biblioteca Virtual en Salud (BVS). Protocolos para la prevención, diagnóstico y manejo de la amenaza de parto pretérmino. El Caribe, Enero 2025 [citado 17 diciembre 2025]. Disponible en: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2024/07/1562755/protocoloparalaprevenciondiag nosticoymanejodelamenazadepartop\\_uszjDfl.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2024/07/1562755/protocoloparalaprevenciondiag nosticoymanejodelamenazadepartop_uszjDfl.pdf)
43. Portal Médico. Información adicional sobre factores de riesgo de parto pretérmino: etnia, antecedente de embarazo prematuro y factores sociodemográficos. Amenaza de parto pretérmino. España, Marzo 2025 [citado 17 dic 2025]. Disponible en: <https://www.revistaportalesmedicos.com/revista-medica/amenaza-de-parto-pretermino-generalidades/>
44. Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología 2023. Parto Pretérmino – Clasificación por edad gestacional. Lima: INMP; 2023 [citado 10 diciembre 2025]. Disponible en: [https://www.inmp.gob.pe/uploads/GUIAS\\_DE\\_PRACTICA\\_CLINICA\\_Y PROCEDIMIENTOS\\_EN\\_OBSTETRICIA\\_2023.pdf](https://www.inmp.gob.pe/uploads/GUIAS_DE_PRACTICA_CLINICA_Y PROCEDIMIENTOS_EN_OBSTETRICIA_2023.pdf)

45. Desprendimiento prematuro de placenta (DPP). Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Sección: Desprendimiento prematuro de placenta (DPP), definición y características clínicas. Perú; 2019 [citado 21 diciembre 2025].. Disponible en:  
<https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>
46. Zhang Jun, Smith Catherine, Villar José. Factores de riesgo independientes para desprendimiento prematuro de placenta: revisión sistemática y metaanálisis. Embarazo y Parto Infantil. Barcelona. 2025 [citado 15 diciembre 2025]. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-025-07482-7>
47. Mayo Clinic. Desprendimiento de placenta – síntomas y causas. Rochester, Minnesota: Junio 2025 [citado 17 noviembre 2025]. Disponible en:  
<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/placental-abruption/symptoms-causes/syc-20376458>
48. Universidad Ricardo Palma. Evaluación clínica y ecográfica del sangrado obstétrico y desprendimiento prematuro de placenta. Lima: URP; 2025 [citado 17 diciembre 2025]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstreams/fdfe260b-b20d-46e4-948b-41a4ce5ce062/download>
49. Mackenzie Magley, Melissa R. Hinson. Factores de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta: control prenatal inadecuado, hipertensión arterial y otros. Treasure Island, Florida, Estados Unidos: Julio 2025 [citado 18 diciembre 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554392/>
50. Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología 2023. Sección: Placenta previa — definición y clasificación. Lima, Perú: INMP; 2023 [citado 17 diciembre 2025]. Disponible en:  
[https://www.inmp.gob.pe/uploads/GUIAS\\_DE\\_PRACTICA\\_CLINICA\\_Y PROCEDIMIENTOS\\_EN\\_OBSTETRICIA\\_2023.pdf](https://www.inmp.gob.pe/uploads/GUIAS_DE_PRACTICA_CLINICA_Y PROCEDIMIENTOS_EN_OBSTETRICIA_2023.pdf)
51. Andrade Jazmín. Placenta previa: definición y clasificación según relación con el orificio cervical interno. Placenta previa. Apuntes medicina. Lima, Perú: 2025 [citado 12 diciembre 2025]. Disponible en:  
<https://www.udocz.com/apuntes/207878/placenta-previa>
52. Manual Médico Profesional (MSD). Placenta previa: factores de riesgo. Nueva Jersey, Estados Unidos, Septiembre 2025 [citado 18 diciembre 2025]. Disponible

en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%ADA-y-obstetricia/complicaciones-prenatales/placenta-previa>

53. Ministerio de Salud (MINSA). Definiciones operacionales y criterios de medición de avances de programas presupuestales. Sección: Definición de ruptura prematura de membranas. Lima, Perú: Junio 2019 [citado 10 diciembre 2025]. Disponible en: [https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/07Presupuesto/presxres/2016/Informacion\\_PpR\\_Fto\\_Definicion.pdf](https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/07Presupuesto/presxres/2016/Informacion_PpR_Fto_Definicion.pdf)
54. Revista Digital de Postgrado. Rodríguez E, Pérez D. Ruptura prematura de membranas ovulares. Clasificación gestacional. Revista Digital de Postgrado. Universidad Nacional del Callao. Lima Enero 2023. [citado 19 diciembre 2025]. Disponible en: <https://portal.amelica.org/ameli/journal/101/1014218002/html/>

# **ANEXOS**

**ANEXO 1. SOLICITUD PARA LA AUTORIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN Y  
RECOLECCIÓN DE DATOS**

SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA  
REALIZAR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

DOCTOR

WALTHER YOSEPPY CUBAS AYASTA.

DIRECTOR DEL HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS

Yo Carmen Chavely Becerra Chilón, identificada con N° DNI 76420824, con domicilio en la Prolongación Los Zafiros # 150 de la provincia de Cajamarca, egresada de la Universidad Nacional de Cajamarca. Ante usted respetuosamente me presento y expongo.

Que, habiendo concluido con mi etapa de internado, solicito a usted, permiso para realizar el proyecto de investigación titulado: "Factores de riesgo relacionados a complicaciones Obstétricas del III trimestre. Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, 2024.", para optar el grado académico profesional de Obstetra; por ello solicito a usted me brinde el apoyo para la recolección de datos necesarios para la elaboración del mismo, solicitando se me proporcione información de las historias clínicas que cumplen con los criterios de inclusión de las gestantes atendidas en el 2024.

POR LO EXPUESTO:

Sin más que añadir agradezco y ruego a usted acceder a mi solicitud.

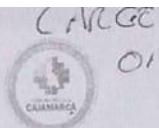
Cajamarca, 22 de Julio del 2025

.....  
Carmen Chavely Becerra Chilón  
DNI: 76420824

## ANEXO 2. AUTORIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN Y RECOLECCIÓN DE DATOS



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA  
DIRECCIÓN SUB REGIONAL DE SALUD CHOTA  
HOSPITAL "JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS" - CHOTA



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

OFICIO MULT. N°. 003G.-2025-GOB.RE.CAJ. "JHSC" – JEF.OADI

Chota, 07 de agosto de 2025

LIC. ELVIA RUIZ SAAVEDRA

JEFE DE ESTADÍSTICA E INFORMATICA DEL HJHSC.

OBST. CONSUELO SÁNCHEZ MORALES

JEFE DE GINECO OBSTETRICIA DEL HJHSC

PRESENTE. -

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN Y RECOLECCIÓN DE DATOS DE UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

De mi mayor consideración:

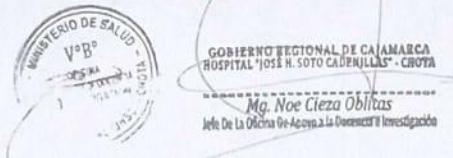
Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para expresarle mi cordial saludo y, a la vez, autorizar a la Sra. Carmen Chavely Becerra Chilón, identificada con D.N.I. N° 76420824, egresada de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca, para que lleve a cabo la recolección de datos de los sistemas de información de nuestro Hospital e historias clínicas, lo cual son indispensables para la ejecución de su proyecto de investigación titulado: "**Factores de Riesgo relacionadas a Complicaciones Obstétricas del III trimestre. Hospital José Hernán Soto Cadenillas - Chota - 2024**", por lo que solicitamos se brinde las facilidades necesarias a la investigadora para la ejecución de su Proyecto.

Una vez recolectada la información, procesada y analizada, la investigadora deberá hacer llegar un ejemplar de su trabajo de investigación.

Sin otro particular me despido de usted, no sin antes expresarle las muestras de especial estima y consideración personal.

Atentamente,

CC. OADI



## ANEXO 3. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS FACTORES DE RIESGO RELACIONADAS A COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DEL III TRIMESTRE

La presente ficha tiene como finalidad recopilar información relevante sobre los factores de riesgo que podrían estar asociados a complicaciones obstétricas en mujeres embarazadas durante el tercer trimestre de gestación. La información obtenida será utilizada con fines investigativos y de mejora en la atención prenatal.

#### I. IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Nº:..... Fecha:..... Lugar: Chota Institución: HJHSC

#### II. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad: ..... años.

2. Procedencia:

a. Urbana ( ) b. Rural ( )

3. Ocupación:

a. Ama de casa ( ) b. Estudiante ( )  
c. Trabaja ( ) d. Estudia y trabaja ( )

4. Grado de Instrucción:

a. Sin Instrucción ( ) b. Primaria ( )  
c. Secundaria ( ) d. Superior ( )

5 Estado Civil

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

6 Religión:

a. Católico ( ) b. Evangélico ( ) c. Otro:.....

#### III. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

1. G:..... P:.....

Primigesta ( )	Nulípara ( )
Segundigesta ( )	Primípara ( )
Multigesta ( )	Multipara ( )
Gran Multigesta ( )	Gran Multipara ( )

2. Periodo Intergénésico:.....

Corto (< 2 años) ( )
Normal 2 <sup>a</sup> – 4 <sup>a</sup> . 11 m.) ( )
Largo (> 5 años) ( )

3. Edad Gestacional:.....

4. N° Control Prenatal:.....

#### IV. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

1. Anemia: a. Leve ( ) b. Moderada ( ) c. Severa ( )

2. Inf. del Tracto Urinario: a. Bact. Asintomática ( ) Cistitis ( ) c. Pielonefritis ( )

3. Preclampsia: a. Con criterios de severidad ( ) b. Sin criterios de severidad( )

4. Eclampsia: a. Si ( ) b. No ( )

5. Parto Pretérmino: a. Muy pretérmino ( ) b. Moderado( ) c. Tardío ( )

6. Desprendimiento Prematuro de Placenta: a. Si ( ) b. No ( )

7. Placenta Previa: a. Tipo I ( ) b. Tipo II ( ) c. Tipo III ( ) d. Tipo IV ( )

8. Ruptura Prematura de Membranas: a. A término ( ) b. Pretérmino ( )

## **ANEXO 4. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO (PRUEBA PILOTO)**

### **1. Ficha de recolección de datos**

<b>Resumen del procesamiento de casos</b>			
<b>Casos</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	
	Válido	25	100,0
	Excluido	0	0,0
	Total	25	100,0

**a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.**

<b>Estadísticas de confiabilidad</b>	
<b>Alfa de Cronbach</b>	0,872
<b>N de elementos</b>	25

La confiabilidad del instrumento de medición para la ficha de recolección de datos, que incluye factores de riesgo maternos y complicaciones obstétricas, presenta un Alfa de Cronbach de 0,872, lo que indica que el instrumento tiene un rango de fiabilidad bueno, por tanto, es confiable para su aplicación en el estudio.

## ANEXO 5. CONSTANCIA DE PROCESAMIENTO DE DATOS

### CONSTANCIA DE PROCESO DE DATOS

**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DEL III TRIMESTRE. HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS – CHOTA,2024.**

**Tesista: Carmen Chavely Becerra Chilón**

**Tabla 1.** Factores Sociodemográficos de las gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota,2024.

**Tabla 2.** Factores Obstétricos de las gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota,2024.

**Tabla 3.** Complicaciones obstétricas del III trimestre que presentaron las gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas.Chota,2024.

**Tabla 4.** Edad Materna y Complicaciones obstétricas del III trimestre Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota,2024.

**Tabla 5.** Paridad y Complicaciones obstétricas del III trimestre. Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota,2024.

**Tabla 6.** Periodo Intergenésico y Complicaciones obstétricas del III trimestre. Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota,2024.

**Tabla 7.** N° Controles Prenatales según tipo de complicación obstétrica en gestantes del III trimestre. Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota,2024.

Cajamarca, 22 de octubre de 2025



MG. Julio César Guailupo Alvarez  
COESPE N° 254

MG. JULIO CESAR GUAILUPO ALVAREZ

DNI: 17920110

COESPE: 254

## ANEXO 5. CARTILLAS DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



### CARTILLA DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor 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 ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ		Elva Monteza Peralta	
2.	PROFESIÓN	Obstetra	
	TÍTULO Y/O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Titulada	
	ESPECIALIDAD	Especialidad en Emergencias Obstétricas	
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	16 años	
	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	Hospital "José Hernán Soto Cadenillas"	
CARGO	Obstetra		
3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DEL III TRIMESTRE. HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS - CHOTA, 2024.			
4. NOMBRE DEL TESISTA: Carmen Chavely Becerra Chilón			
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN		Determinar los Factores de riesgo relacionados a las complicaciones obstétricas del III trimestre. Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota.	
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO: La ficha de recolección de datos que se va a utilizar consta de 19 preguntas, los cuales me van a servir para identificar datos que me permitan determinar los factores de riesgo asociados a las complicaciones obstétricas del III trimestre.			
A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.			

Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	X	X			X	X			X		
2	X	X			X	X			X		
3	X	X			X	X			X		
4	X	X			X	X			X		
5	X	X			X	X			X		
6	X	X			X	X			X		
7	X	X			X	X			X		
8	X	X			X	X			X		
9	X	X			X	X			X		
10	X	X			X	X			X		
11	X	X			X	X			X		
12	X	X			X	X			X		
13	X	X			X	X			X		
14	X	X			X	X			X		
15	X	X			X	X			X		
16	X	X			X	X			X		
17	X	X			X	X			X		
18	X	X			X	X			X		
19	X	X			X	X			X		
Aspectos Generales		Sí No									

El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario

Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación

Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial

El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir

**JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO:** marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:

APLICABLE	<input checked="" type="checkbox"/>	APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES	<input type="checkbox"/>	NO APLICABLE	<input type="checkbox"/>
Fecha:	10/09/25	Firma:		E mail:	monteraz80@gmail.com
Teléfono: 970 91 7216					
Elaborado por Corral Y (2009)					



### CARTILLA DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor 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 ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ		María Catalina Yulcamoro Sapo	
2.	PROFESIÓN	Obstetra	
	TITULO Y / O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Titulada	
	ESPECIALIDAD	-	
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	5 años	
	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	Hospital "José Hernán Soto Cadenillas"	
CARGO	Obsteta		
3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DEL III TRIMESTRE. HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS - CHOTA, 2025.			
4. NOMBRE DEL TESISTA: Carmen Chavely Becerra Chilón			
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN		Determinar los Factores de riesgo relacionados a las complicaciones obstétricas del III trimestre. Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota.	
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO: La ficha de recolección de datos que se va a utilizar consta de 19 preguntas, los cuales me van a servir para identificar datos que me permitan determinar los factores de riesgo asociados a las complicaciones obstétricas del III trimestre.			
A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.			

Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No		
1	✓		✓		✓		✓		✓			
2	✓		✓		✓		✓		✓			
3	✓		✓		✓		✓		✓			
4	✓		✓		✓		✓		✓			
5	✓		✓		✓		✓		✓			
6	✓		✓		✓		✓		✓			
7	✓		✓		✓		✓		✓			
8	✓		✓		✓		✓		✓			
9	✓		✓		✓		✓		✓			
10	✓		✓		✓		✓		✓			
11	✓		✓		✓		✓		✓			
12	✓		✓		✓		✓		✓			
13	✓		✓		✓		✓		✓			
14	✓		✓		✓		✓		✓			
15	✓		✓		✓		✓		✓			
16	✓		✓		✓		✓		✓			
17	✓		✓		✓		✓		✓			
18	✓		✓		✓		✓		✓			
19	✓		✓		✓		✓		✓			
Aspectos Generales											Sí      No	
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario											✓	
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación											✓	
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial											✓	
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir											✓	
JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:												
APLICABLE		<input checked="" type="checkbox"/>	APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES		<input type="checkbox"/>		NO APLICABLE		<input type="checkbox"/>			
Fecha:		10-09-25	Firma:				E mail:		y611ta94.26@hotmail.com		Teléfono:	
Elaborado por Corral Y (2009)												

## TESIS CHAVELY BECERRA (1).docx

 My Files

 My Files

 Universidad Nacional de Cajamarca

### Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::3117:553565075

70 páginas

Fecha de entrega

5 feb 2026, 10:11 p.m. GMT-5

15.306 palabras

Fecha de descarga

5 feb 2026, 11:05 p.m. GMT-5

92.145 caracteres

Nombre del archivo

TESIS CHAVELY BECERRA (1).docx

Tamaño del archivo

5.9 MB

## 18% Similitud general

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

### Filtrado desde el informe

- » Bibliografía
- » Texto citado
- » Texto mencionado
- » Coincidencias menores (menos de 8 palabras)

### Exclusiones

- » N.º de fuentes excluidas
- » N.º de coincidencias excluidas

---

### Fuentes principales

9%	Fuentes de Internet
7%	Publicaciones
17%	Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

---

### Marcas de integridad

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

**Texto oculto**

3553 caracteres sospechosos en N.º de páginas

El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

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.