



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**RESULTADOS MATERNOS PERINATALES EN GESTANTES MAYORES DE
40 AÑOS EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ - 2014**

TESIS PRESENTADO POR:

BACHILLER: JACKELINE ELIZABETH ATOCHE COTOS

PARA OPTAR

EL GRADO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

2016

INDICE

CARATULA	I
PAGINAS PRELIMINARES	II
RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
INTRODUCCIÓN	
CAPITULO I PLANEAMIENTO METODOLÓGICO	
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	3-5
1.2 Delimitación de la investigación	6
1.3 Formulación del Problema	6
1.3.1 Problema principal	
1.3.2 Problemas secundarios	
1.4 Objetivos de la investigación	7
1.4.1 Objetivo general	
1.4.2 Objetivos específicos	7-8
1.5 Hipótesis	
1.5.1 Hipótesis general	
1.5.2 Hipótesis secundaria	
1.5.3 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	
1.6 Diseño de la Investigación	9
1.6.1 Tipo de investigación	
1.6.2 Nivel de la investigación	
1.6.3 Método	
1.7 Población y muestra	9
1.7.1 Población	
1.7.2 Muestra	

1.8	Técnicas e instrumentos	10-11
1.8.1	Técnicas	
1.8.2	Instrumentos	
1.9	Justificación	12

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1	Fundamentos teóricos de la Investigación	
2.1.1	Antecedentes	13-19
2.1.2	Bases teóricas	19-29
2.1.3	Definición de términos	29

CAPITULO III. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

3.1	Presentación de resultados	30-52
3.2	Interpretación, análisis y discusión de resultados	53-55

CAPITULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1	Conclusiones	56
4.2	Recomendaciones	57

FUENTES DE INFORMACION 58-61

ANEXOS 62

Matriz de consistencia

Instrumentos de recolección de datos

Juicio de expertos

Autorización Institucional donde se ha realizado el estudio

Dedico a:

A mis padres Isabel Cotos y Juan Atoche, mi hermana Joyce Atoche quienes, a lo largo de mi carrera, me apoyaron incondicional en todo momento.

Por estar conmigo en cada etapa de mi formación académica, por la confianza depositada., este logro es gracias a Uds.

Agradezco a:

A Dios por permitirme lograr una de mis metas.

A mis asesoras Dra. María Caldas y Lic. Luisa Parra, por los conocimientos y orientación que fueron de gran aporte para el desarrollo de esta tesis.

De igual manera expreso mi agradecimiento al Dr. Wilfredo Hernández por su invaluable apoyo; al personal administrativo y asistencial del departamento de gineco-obstetricia del hospital Carlos Lanfranco la Hoz.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **objetivo:** Determinar los resultados maternos y perinatales en gestantes mayores de 40 años en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el año 2014.

Material y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Se aplicó una ficha de recolección de datos en el cual se identificaron todos los casos de gestantes mayores de 40 años, que se atendieron en el año 2014 en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, para luego evaluar la magnitud de los riesgos de maternos perinatales.

Resultados. Se estudió 124 casos. El 93.5% se encontraba entre los 40-44 años de edad y el 6.5% eran de 45-49 años.

Se identificaron como resultados maternos: parto normal 54,8%, anemia 50,0%, cesárea 42.7%, EHE 11.3%, RPM 10.5%, parto prematuro 5.6% y parto múltiple 3.2%. Resultados perinatales: RN normal 99.2%; peso al nacer: 12.1% grande, 6.5% bajo peso y 4.0% macrosómico; apgar (presentaron un grado de depresión) 11.2%; talla: 6.5% pequeño y 4.8% grande; prematuridad 3.2%; defectos congénitos 0.8% y Síndrome de insuficiencia Respiratoria 0.8%.

Conclusiones. La incidencia global entre la población de gestantes mayores de 40 años atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, ha tenido una mayor incidencia en el año 2014, la misma que estuvo asociada a la anemia, EHE, el que significó un aumento de partos distócicos (cesárea), RPM y RN grandes.

Palabras clave: gestantes mayores de 20 años, resultados maternos y resultados perinatales.

ABSTRACT

This study was planned with the **aim**: To determine maternal and perinatal outcomes in pregnant women over 40 years in the Hoz Hospital Carlos Lanfranco in 2014.

Material and methods: Descriptive, retrospective and cross-sectional study. A form of data collection in which all cases of pregnant women older than 40, who were treated in 2014 at the Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, and then assess the magnitude of the risk of perinatal maternal identified was applied.

Results: 124 cases were studied. 93.5 % were between 40-44 years old and 6.5 % were aged 45-49.

They were identified as maternal outcomes: normal delivery 54.8 %, anemia 50.0 % , 42.7 % cesarean , EHE 11.3 % , 10.5 % RPM , 5.6 % preterm and multiple births 3.2 %. Perinatal outcomes : Normal RN 99.2 % ; birth weight : 12.1 % larger , 6.5 % and 4.0% underweight macrosomia ; Apgar (presented a degree of depression) 11.2 % ; size: small 6.5 % and 4.8 % larger ; prematurity 3.2 % ; 0.8 % congenital respiratory distress syndrome and 0.8 % defects.

Conclusions: The overall incidence in the population of pregnant women older than 40 years treated at the Carlos Lanfranco la Hoz Hospital, has a higher incidence in 2014, the same as it was associated with anemia, EHE, which represented an increase of dystocia (cesarean), RPM and large RN.

Keywords: pregnant women older than 20 years, maternal and perinatal outcomes results

INTRODUCCION

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

Dentro de los distintos sistemas de definición de riesgo obstétrico, están las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer, por la probable asociación con afecciones propias de estas edades como la hipertensión arterial, con una evolución del embarazo más comprometida, mayor índice de morbimortalidad perinatal, mayor incidencia de intervenciones y resultados más desfavorables. En la literatura biomédica se reporta que el embarazo en mujeres mayores de 35 años (FIGO, Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) y menores de 20 conllevan a complicaciones para el binomio madre e hijo.

Los 35 años, se ha establecido como límite de “embarazada en edad avanzada”, porque a partir de esta edad se inicia el incremento progresivo del riesgo para síndrome de Down y otras alteraciones cromosómicas, Asimismo, la edad mayor de 40 años junto a la nuliparidad ha sido descrita anteriormente como un posible factor de riesgo para algunos problemas perinatales como la prematuridad.

Los avances de la medicina han ayudado a las mujeres de entre 35 y 50 años a tener embarazos con menos riesgos que en el pasado. El control y los cuidados han de ser más exhaustivos que en las pacientes más jóvenes, pero gracias a los progresos en el diagnóstico prenatal, las madres mayores pueden vivir su embarazo con tranquilidad.

Por ello, es necesario que las mujeres conozcan los riesgos relacionados con los embarazos a esta edad para estar informadas al decidir cuál es el mejor momento para comenzar a formar una familia. De ahí determinar los diferentes resultados maternos perinatales en gestantes mayores de 40 años en el

hospital Carlos Lanfranco la Hoz, El objetivo fue determinar las repercusiones materno-perinatales como resultado después del parto, para que con esta información se pueda ajustar las recomendaciones realizadas sobre la medicina basada en evidencias en la realidad actual.

CAPITULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Dentro de los sistemas de definición de riesgo obstétrico, se encuentran las edades extremas en la vida reproductiva de la mujer, por la probable asociación con morbilidad propias de la edad mayor de 40 años, como la hipertensión arterial, diabetes, nefropatías y cardiopatías, con una consiguiente evolución del embarazo con mayor compromiso, así como también un mayor índice de morbimortalidad perinatal, mayor incidencia de intervenciones quirúrgicas acompañado de resultados desfavorables. La Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología expresa que el embarazo en mujeres mayores de 35 años y menores de 20 años conlleva a complicaciones para el binomio madre e hijo.¹

En el mundo, la frecuencia de embarazadas en edad avanzada no es altamente significativo pero se observa un incremento en sus cifras, esto debido a que en los últimos 20 años hay una tendencia general

importante a retrasar la maternidad hasta después de los 30 años, esto ha venido ocurriendo con mayor frecuencia en países desarrollados no solo por el desarrollo académico que quieren alcanzar las mujeres, sino también a la espera de una situación emocional y laboral estable, esto conducente a la realización de ciertas metas profesionales y logros materiales, finalmente otro factor que contribuye a este hecho es el desarrollo de la reproducción asistida para aquellas parejas que no han logrado aún formar una familia por problemas de infertilidad, lo cual en estos casos incrementa la probabilidad de embarazos múltiples, todas estas características que antes eran observados en países desarrollados, ahora son compartidos por países con menos desarrollo como el nuestro. Los avances en la especialidad de la reproducción asistida han ayudado a las mujeres mayores a tener embarazos con menor riesgo que en épocas pasadas, en estos casos es importante los cuidados y control de este embarazo de alto riesgo, pues debe ser más exhaustivo que en mujeres adultas de edades óptimas para el embarazo, vivimos la época del progreso en el diagnóstico pre natal, lo que contribuye a que estas madres puedan vivir un embarazo con mayor tranquilidad.

El embarazo a esta edad límite trae consigo un incremento progresivo del riesgo para síndrome de Down en los recién nacidos y otras alteraciones cromosómicas que se encuentran asociados a la edad materna pero que con mayor ventaja pueden ser detectados de forma temprana.²

Según ENDES del año 2013, en los últimos cuatro años, la fecundidad descendió 7,7%. Por grupos de edad los descensos más importantes han tenido lugar entre las mujeres de 30 a 34 años de edad (10,9%), 25 a 29 años (9,4%) y 35 a 39 años (9,0%).

La fecundidad ha descendido en todos los grupos de edad, pero esta se ha dado con mayor intensidad en el grupo de 15 a 19, con el 16,0% y en el grupo de 20 a 24 años de edad con el 14,2% entre los períodos indicados.

Por varios quinquenios, en el país, la edad mediana al nacimiento del primer hijo/a, de las mujeres de 25 a 49 años de edad, se ha mantenido casi constante, en alrededor de 22 años. Según los resultados de la encuesta 2013, se estima en 22,2 para las mujeres de 25-29 años, la misma que respecto a la edad mediana de las mujeres de 45 a 49 años de edad (21,7 años) muestra un ligero incremento de 0,5 años.³

El proceso de gestación representa un evento que puede ocurrir en toda mujer durante su vida reproductiva, se conoce que la edad reproductiva está comprendida entre los 15 y 49 años de edad (MINSA) y se considera como una edad óptima para el embarazo edades entre los 20 y 34 años.¹⁵

Por ello, resulta de suma importancia que las mujeres conozcan el riesgo que da un embarazo a esta edad se derivan, estar informadas les ayudara a decidir cuál es el mejor momento para embarazarse y formar una familia.

Debido a que existe poca investigación en el país referente a este tema y en general las investigaciones en esta área no son concluyentes aún, nos planteamos la presente investigación con el fin de conocer las patologías obstétricas y perinatales más frecuentes asociadas en gestantes de 40 años o más atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el año 2015.

1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN

a) Delimitación espacial

El presente estudio se realizará en el hospital Carlos Lanfranco la Hoz, ubicado en Av. Saenz Peña s/n – cdra. 6, distrito de Puente Piedra – Lima, es un hospital de nivel II-2, cuenta con 32 especialidades. Dependiente del Ministerio de Salud perteneciente a la Dirección de Salud.

b) Delimitación temporal

La recolección de datos de este estudio se realizará del año 2014

c) Delimitación social

La población sujeta de estudio serán todas las pacientes cuyos controles y partos fueron atendidos en el hospital Carlos Lanfranco la Hoz.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1 Problema Principal

¿Cuáles son los resultados maternos y perinatales en gestantes mayores de 40 años en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el año 2014?

1.3.2 Problemas Secundarios

- ¿Cuáles son los resultados maternos en gestantes mayores de 40 años?
- ¿Cuáles son los resultados perinatales en gestantes mayores de 40 años?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

Determinar los resultados maternos y perinatales en gestantes mayores de 40 años en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el año 2014.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Determinar los resultados maternos en gestantes mayores de 40 años
- Determinar los resultados perinatales en gestantes mayores de 40 años

1.5 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

1.5.1 Hipótesis General

No es pertinente, por ser un estudio descriptivo.

1.5.2 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores

- Variable 1

Los resultados maternos

- Variable 2

Los resultados perinatales

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
V1 Resultados Maternos	Embarazo	✓ RPM
		✓ EHE
		✓ Anemia
	Parto	✓ Parto disfuncional
		✓ parto múltiple
		✓ Parto normal
		✓ Parto prematuro
		✓ Cesárea
	Puerperio	✓ Hemorragia post-parto
		✓ Muerte materna
V2 Resultados Perinatales	Recién nacido	✓ Apgar
		✓ Defectos congénitos
		✓ Recién nacido normal
		✓ RCIU
		✓ Peso al nacer
		✓ Talla
		✓ Síndrome de Insuficiencia respiratoria
		✓ Prematurez
		✓ Muerte perinatal

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 Tipos de Investigación

Descriptivo, porque se busca conocer los resultados de un grupo de personas, y situaciones que están bajo un constante estudio, describiendo los fenómenos o sucesos tal y como se presentaron; Retrospectivo, porque la información fue recolectada de hechos anteriores, ya suscitados en las historias clínicas a través de una ficha de recolección de datos y de corte Transversal, porque los datos que se levantaron fueron tomados en un solo momento en un tiempo determinado.

1.6.2 Nivel de Investigación

Aplicativo porque se realizó sobre hechos concretos y específicos, de carácter netamente utilitarios.

1.6.3 Método

Cuantitativo por que se vale de los números para examinar datos e información. Con un determinado nivel de error y nivel de confianza.

1.6.4. Criterio de exclusión

- Parto domiciliario

1.6.5. Criterios de inclusión

- Gestantes mayores de 40 años
- Parto hospitalario

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 Población

Consta de 3620 gestantes que acudieron al Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

1.7.2 Muestra

La unidad de análisis fue de 124 gestantes que eran mayores 40 años en el tiempo de estudio, en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 Técnicas

Se solicitó la autorización formal del director del hospital Carlos Lanfranco la Hoz a fin de recolectar los datos a partir de las historias clínicas mediante la lista de chequeo.

Se procedió a recolectar los datos, del libro de ingresos de las gestantes que sean mayor de 40 años, luego se solicitó el permiso para acceder a las historias clínicas, se empezó a completar la ficha de recolección de datos.

1.8.2 Instrumentos

El instrumento que se utilizó fue la ficha de recolección de datos, el cual estuvo constituido por los siguientes puntos:

Aspectos sociodemográficos que consto de 10 ítems en donde se colocó la edad, procedencia, nivel de instrucción, ocupación, estado civil, uso de método anticonceptivo, gesta para, periodo Inter-genésico, edad gestacional, Atención prenatal reenfocada.

Resultados maternos que a su vez se subdividió en tres partes, embarazo, parto y puerperio que consto de 6 ítems en donde se colocó estuvo constituido por los siguientes 10 ítems: RPM, Enfermedad Hipertensiva del Embarazo, Anemia, Parto normal, Parto disfuncional, Parto múltiple, Parto prematuro, Cesárea, Hemorragia post-parto, Muerte materna.

Resultados perinatales estuvo constituida por los siguientes 9 ítems: Apgar:, Peso al nacer, Talla, Defectos congénitos, Recién nacido normal, RCIU, Síndrome de Insuficiencia respiratoria, Prematurez, Muerte perinatal

Toda la información fue recolectada y procesada en una base de datos mediante el programa Excel (Office 2010) y SPSS (versión 23) para el análisis respectivo se elaboró cuadros estadísticos y gráficas.

1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El límite superior de edad, en el cual se considera a la gestante añosa, ha ido variando a lo largo de la historia y aún hoy en día sigue siendo un importante motivo de controversia. No obstante, es aceptado que las mujeres que conciben a edades próximas al límite de la fertilidad, presenta mayor morbimortalidad materno-fetal. Las mujeres de 35 y más años de edad tienen un mayor riesgo de aborto involuntario, anomalías cromosómicas, malformaciones congénitas, diabetes gestacional, amenaza de parto prematuro, hemorragia del primer y tercer trimestre, hemorragia post parto, parto por cesárea, y los trastornos hipertensivos del embarazo.

Estudios realizados en el Perú indican que la edad materna avanzada se asocia independientemente con la alteración de la presentación fetal durante el parto, mayor frecuencia de parto por cesárea, hemorragia del primer y tercer trimestre, parto pretérmino, hipertensión inducida por el embarazo, aborto recurrente, hipertensión crónica, recién nacidos con peso bajo.

La Dirección General de Epidemiología con la estimación del subregistro de mortalidad materna, determinó que el grupo etario de 35 a 39 años presentó la mayor tasa de mortalidad materna en el Perú en todo el periodo 2002-2011 estimándose una tasa de mortalidad materna de 13.4 muertes maternas por cada cien mil mujeres en edad fértil.

Los resultados del presente estudio servirán para conocer en detalle las complicaciones maternas y perinatales en la población de estudio que permitan establecer acciones preventivas que mejoren el abordaje del problema.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION

2.1.1 ANTECEDENTES

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Heras P, Gobernado T, Mora C, Almaraz G. La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. España; 2011. Objetivo: Comparar los resultados perinatales de gestantes mayores de 35 años con un grupo control (< 35 años). **Métodos:** Estudio de cohortes históricas, análisis univariante y estimación de RR. **Muestra:** 355 (24,39%) correspondieron a mujeres con edad igual o superior a 35 años. En el grupo control se recogieron 354 partos seleccionados con la técnica de muestreo anteriormente referida. **Resultados:** Las gestantes de mayor edad presentaron más patología asociada al embarazo (29,2 vs 15,8%, $p < 0,001$) como diabetes gestacional (6.2%, $p < 0.0029$), metrorragia del primer trimestre (5.6%, $p < 0.01$), y amenaza de parto prematuro (3.9%, $P < 0.007$). Los estados hipertensivos del embarazo aunque fueron

también más frecuentes no demostraron significación estadística. Se requirió inducción médica del parto con mayor frecuencia en el grupo de estudio (RR=1.42; CI 95%:1.08-1.87). En el 47% de las gestantes nulíparas de edad avanzada se indicó una cesárea (RR=1.63; CI 95%: 1.24-2.15). La tasa de mortalidad perinatal en el grupo de estudio fue 16.5‰ vs 2.77‰ en el grupo control. La morbilidad materna también fue superior en el grupo de edad avanzada (RR 5.98; CI 95% 1.35-26.54), fundamentalmente por complicaciones hemorrágicas. **Conclusiones:** la edad materna avanzada se asocia con mayor frecuencia a patología gestacional y mayor incidencia de inducciones médicas del parto y tasa de cesáreas, especialmente en nulíparas. Todo ello repercute en la morbimortalidad materna y fetal, siendo un grupo poblacional de riesgo obstétrico que requiere una atención prenatal adecuada y trasciende el ámbito de la planificación sanitaria, dado el porcentaje de gestantes de edad avanzada en nuestro medio.⁴

García A, Alemán M. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. Cuba; 2010. Objetivos: Identificar las principales características demográficas y obstétricas de las gestantes de edad avanzada, determinar las principales causas de morbilidad materna en este grupo de riesgo y compararlas con un grupo control. **Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo y analítico de casos y controles sobre los riesgos del embarazo en las gestantes de 35 y más años del Policlínico de Falcón, entre el 1ro. De enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2007. El grupo control estuvo integrado por una muestra aleatoria de embarazadas de 20 a 34 años. Se aplicaron pruebas estadísticas y de análisis de riesgo. **Resultados:** El hábito de fumar se encontró en el 71,43 % de las gestantes de edad avanzada, en las que predominaron además el sobrepeso (42,86 %) y la obesidad (38,09 %). En el

grupo estudio la hipertensión arterial crónica y los trastornos hipertensivos gestacionales estuvieron presentes en el 57,14 % y 42,86 % respectivamente. Tuvieron significación estadística la hipertensión arterial crónica ($p = 0,000$) y la amenaza de parto pretérmino ($p= 0,021$). **Conclusiones:** Fueron más frecuentes en el grupo estudio el tabaquismo, el peso corporal excesivo, la hipertensión arterial crónica y la amenaza de parto pretérmino.⁶

Nolasco B, Hernández H, Ramos G. Hallazgos perinatales de embarazos en edad materna avanzada. México; 2012.

Objetivo: conocer los resultados materno-fetales de las pacientes de 40 o más años que recibieron atención del parto en el lapso de un año en un hospital de concentración de la ciudad de Monterrey, Nuevo León. **Pacientes y Método:** estudio retrospectivo de serie de casos, descriptivo y transversal. **Resultados:** se incluyeron 163 pacientes y 170 recién nacidos. Un neonato falleció pero no se registraron las muertes maternas. La complicación materna más frecuente fue la diabetes gestacional (16%) seguida de los trastornos hipertensivos del embarazo (10%). El 71.1% de los embarazos terminó mediante cesárea, indicada por cesáreas previas. El principal motivo de la hospitalización fue la amenaza de parto prematuro (4.2%). En 11% de las pacientes hubo rotura prematura de membranas. El promedio de semanas de gestación al nacimiento fue de 38. El peso promedio de los neonatos fue de 3032 g. Se registraron cinco casos (2.9%) de malformaciones congénitas. El 12.3% (21/170) de los recién nacidos se trasladó al cunero debido a prematuridad. **Conclusión:** en las embarazadas de 40 o más años de edad la principal causa de complicación del embarazo fue la diabetes gestacional, seguida por los trastornos hipertensivos inducidos por la gestación, que tuvieron una incidencia similar a la

de la población general. La vía más frecuente de terminación del embarazo fue la abdominal. Consideramos que en la mayoría de los casos los resultados perinatales de este estudio son favorables para la madre y el recién nacido.⁷

ANTECEDENTES NACIONALES

Olortegui R.L. Factores asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas en el instituto nacional materno perinatal, enero – junio 2013. Lima; 2014. Objetivo: Determinar los factores más frecuentes que se asocian a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. **Materiales y métodos:** los datos se obtuvieron de las historias clínicas de las pacientes mayores de 35 años con parto vaginal atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el período de enero a junio del 2013. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con 391 pacientes. Las variables utilizadas fueron: consumo de alcohol, consumo de tabaco, evaluación nutricional, antecedentes patológicos, paridad, periodo intergenésico, cesárea previa y complicaciones obstétricas. Se calculó frecuencia, Intervalo de confianza 95% y p estadística. Para el análisis multivariado de los factores de riesgo para complicaciones se empleó regresión logística obteniéndose los odds ratios (OR). **Resultados:** de 391 gestantes añosas el 48.3% presentaron complicaciones obstétricas siendo las más frecuentes la rotura prematura de membranas (15.6%), hipodinamia uterina (8.7%) y el alumbramiento incompleto (7.9%). Los factores que se asociaron significativamente a las complicaciones obstétricas fueron el IMC alto ($p=0.007$), la obesidad (OR 2.58, IC 95% 1.45, 4.57), la cesárea previa (OR=2.03, IC95% 1.09, 3.77) y la paridad (OR=1.51, IC95% 1.12, 2.05). **Conclusión:** la obesidad, la cesárea previa y la paridad son factores de riesgo

estadísticamente significativo para complicaciones obstétricas en gestantes añosas.⁵

Hurtado U.C. Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes añosas y adolescentes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García enero a diciembre 2013. Iquitos; 2014. Objetivo: Determinar la relación de las complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes añosas y adolescente atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García, entre Enero a Diciembre del 2013. **Metodología:** Se planteó un estudio descriptivo transversal comparativo, con una población de 429 gestantes añosas y 980 gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García, entre Enero a Diciembre del 2013, se obtuvo una muestra de 203 gestantes añosas y 276 gestantes adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, el muestreo fue a través de los número aleatorios o Randon. **Resultados:** El 76.8% de las gestantes adolescentes y el 72.5% de las gestantes añosas presentaron complicaciones obstétricas. El 64.7% de las gestantes añosas y el 58.0% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones perinatales. Las principales complicaciones obstétricas en las gestantes adolescentes fueron: anemia (25.4%), ITU (23.9%), desgarro perineal (16.7%), pre eclampsia (11.6%) y amenaza de aborto (8.0%). Las principales complicaciones obstétricas en las gestantes añosas fueron: anemia (24.5%), ITU (23.5%), desgarro perineal (14.7%), APP (10.8%) y pre eclampsia (8.8%). Las principales complicaciones perinatales en las gestantes adolescentes y añosas fueron: RNBP, SFA, sepsis, prematuridad e hipoglicemia. El 78.6% de las gestantes adolescentes y el 72.5% de las gestantes añosas presentaron complicaciones obstétricas ($p=0.286$). El 64.7% de las gestantes añosas y el 58.0% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones perinatales ($p=0.037$). Las complicaciones obstétricas en las

gestantes adolescentes se relacionaron con el nivel de instrucción ($p=0.002$), con la edad gestacional ($p=0.01$), con el control prenatal ($p=0.049$); en las añosas se relacionó con la procedencia ($p=0.001$), con el nivel de instrucción ($p=0.015$), con la paridad ($p=0.002$), con la edad gestacional ($p=0.048$). Las complicaciones perinatales en las gestantes adolescentes, se relacionó con la edad gestacional ($p=0.000$); en las añosas con el nivel de instrucción ($p=0.002$), con la paridad ($p=0.005$), con la edad gestacional ($p=0.007$). **Conclusiones:** Las gestantes adolescentes y añosas presentan una alta tasa de complicaciones obstétricas y perinatales.⁸

Lemor A. Relación entre la edad materna avanzada y la morbilidad neonatal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Enero –Octubre del 2012. LIMA; 2014. Objetivo: Determinar si existe relación entre la edad materna avanzada y la morbilidad neonatal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. **Material y Métodos:** Estudio tipo cohorte, comparativo, analítico, retrospectivo. Se utilizó una muestra de 2771 recién nacidos entre Enero y Octubre del 2012, de los cuales fueron 460 de madres mayores de 35 años y 2311 de madres entre 20 y 34 años. El análisis estadístico utilizó SPSS 21.0 y se incluyó la prueba de chi cuadrado, siendo un valor de $p < 0.05$ considerado para la significancia estadística. **Resultados:** El 1.3% de los recién nacidos de madres añosas presentaron trisomía 21, en comparación con un 0.13% en las madres de 20 a 34 años ($p < 0.001$; RR: 10.16 IC 95%: 2.5 – 40.8). El parto por cesárea representó el 51.52% en el grupo de mayores de 35 y 37.78% en el grupo control ($p < 0.001$; RR: 1.75, IC 95%: 1.43 – 2.14). No se halló diferencia significativa al comparar el resto de morbilidades en ambos grupos, siendo estas la Enfermedad de Membrana

Hialina ($p=0.824$), Síndrome de Distrés Respiratorio ($p=0.448$), Sepsis Neonatal ($p=0.309$). **Conclusiones:** La edad materna avanzada se asoció con una mayor tasa de cesáreas y más riesgo de tener un hijo con síndrome de Down. No se evidenció que la edad materna avanzada se asocie al aumento de la morbimortalidad neonatal. (Horiz Med 2014; 14(2): 22-26)⁹

2.1.2 BASES TEÓRICAS

Según ENDES 2013 En el periodo de 27 años transcurrido entre las encuestas de 1986 y 2013, la fecundidad disminuyó en 44,2%, desde 4,3 hijas e hijos por mujer a 2,4 (menos 1,9 hijas e hijos). Este porcentaje fue aún mayor entre las mujeres de 35 y más años de edad. En los últimos cuatro años, la fecundidad descendió 7,7%. Por grupos de edad los descensos más importantes han tenido lugar entre las mujeres de 30 a 34 años de edad (10,9%), 25 a 29 años (9,4%) y 35 a 39 años (9,0%). La fecundidad en el país ha disminuido 7,7% respecto a la estimada a partir de la Encuesta 2009, que fue de 2,6 hijas e hijos por mujer para el período 2006-2009.³

Edad al primer nacimiento

Por varios quinquenios, en el país, la edad mediana al nacimiento del primer hijo/a, de las mujeres de 25 a 49 años de edad, se ha mantenido casi constante, en alrededor de 22 años. Según los resultados de la encuesta 2013, se estima en 22,2 para las mujeres de 25-29 años, la misma que respecto a la edad mediana de las mujeres de 45 a 49 años de edad (21,7 años) muestra un ligero incremento de 0,5 años.

Las mujeres comienzan a tener hijas/os a edades tempranas. Antes de los 18 años, entre un 15,1% y 17,9% tuvieron su primer hijo; asimismo, entre un 32,6% y un 35,4% de las mujeres

procrearon por primera vez antes de los 20 años. Al llegar a los 25 años, más del 64,6% de las mujeres habían dado a luz.³

MORTALIDAD PERINATAL

La mortalidad perinatal es un indicador de los riesgos de muerte ligados a la reproducción y es muy importante porque permite tener conocimiento de la atención prenatal, durante el parto y postparto, actuando como demarcador tanto de la calidad del servicio de salud materno infantil como de la condición nutricional de la madre y el entorno en que vive.

En el país, la Tasa de Mortalidad Perinatal fue 17 defunciones por mil embarazos de siete o más meses de duración, con un componente algo mayor de nacidos muertos que de muertes tempranas. La mortalidad perinatal para los nacimientos de madres que tenían 40 a 49 años en el momento del nacimiento fue 28 por mil, y en las de 20 a 29 años de edad (16 por mil). Entre las mujeres sin nivel educativo los riesgos de tener una muerte perinatal fue 1,8 veces que en aquellas con educación superior (25 y 14 por mil, respectivamente).

Normalmente se consideran como grupos de riesgo elevado los nacimientos que ocurren en las siguientes condiciones:

- La madre tiene menos de 18 años al momento del nacimiento de la niña o niño.
- La madre tiene más de 34 años al momento del nacimiento de la niña o niño.
- El intervalo intergenésico es menor de 24 meses.
- El orden del nacimiento es mayor de tres.³

Atención prenatal por fuente de atención

- El 98,4% de las mujeres tuvieron algún control prenatal por personal de salud (médico, obstetrix, enfermera, técnico en enfermería, sanitario o promotor de salud), lo que constituyó un aumento sobre el 94,5% encontrado en el año 2009. Desagregando este indicador, se observaron avances entre los años 2009 y 2013, subió la atención por obstetrix, de 58,2% a 59,1%. La atención prenatal por médico presenta una tendencia a aumentar, de 28,9% en el año 2009 a 32,3% en el año 2013. Hay excepciones, como disminuciones entre las mujeres del quintil superior que pasó de 66,6% a 61,0% y en aquellas con educación superior, de 53,5% a 52,5%, entre las dos encuestas mencionadas.

Las diferencias de atención prenatal se evidencian según características demográficas y sociales de la mujer. Así, relativamente menos adolescentes menores de 20 años de edad se atendieron con un médico, en comparación con las mujeres de 35 a 49 años de edad (26,6% frente a 36,9%). El 62,9% de las adolescentes menores de 20 años de edad se controlaron con una obstetrix. Según el orden de nacimiento, una mayor proporción de mujeres con su primer nacimiento (38,7%) fueron atendidas por médico comparado con el sexto o posterior nacimiento (15,5%). De igual manera, entre los años 2009 y 2013, se advierte incrementos en la proporción de mujeres atendidas por obstetrix en cada orden de nacimiento (a excepción del primer nacimiento), como el caso del aumento de 57,7% a 60,8% para el segundo o tercer nacimiento.³

Según el fondo de poblaciones de naciones unidas (UNFPA) en el 2012 el problema de embarazo adolescente en el Perú mostraba que el 13% de las mujeres entre los 15 y 19 años han salido

embarazadas; entre los hombres de la misma edad menos del 1% son padres entre las más pobres, el 26% entre las menos pobres se han embarazado el 3% son más vulnerables a quedar embarazadas si tienen poca educación, si viven en el área rural, urbano-marginal o en la selva; 1 de cada 5 adolescentes en el área rural se han embarazado entre los 15 y 19 años, el 38% de las adolescentes en el área rural que hablan lenguas nativas se embarazaron; 7 de cada 100 muertes por causas maternas son madres de 17 años o menos; solo el 32% de las mujeres embarazadas entre los 15 y 19 años deseaban estar embarazadas; 6 de cada 10 mujeres adolescentes no unidas y sexualmente activas usan métodos anticonceptivos modernos 53% de los hombres adolescentes no unidos y sexualmente activos usan condón.⁸

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, define a la embarazada de edad avanzada, como aquella que presenta su gestación a los 35 años o más, otros términos comúnmente usados son “gestante añosa”, “madura” y “tardía”.¹³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al embarazo como aquella etapa que comienza cuando termina la implantación. La OMS también define a la edad reproductiva o fértil, al periodo de edad de las mujeres entre los 15 y 49 años.¹⁴

Se denomina también como la secuencia de eventos que ocurren normalmente durante la gestación de la mujer y generalmente incluye la fertilización, implantación del ovulo fecundado, el crecimiento embrionario, el crecimiento fetal, finalizando con el nacimiento luego de un periodo correspondiente a 280 días o 40 semanas. Para DeCherney es definido como el estado materno que consiste en desarrollar un feto dentro del cuerpo; el producto de la concepción desde la fecundación hasta la semana ocho del

embarazo recibe el nombre de embrión y a partir de esta semana y hasta antes del parto se llama feto.¹⁵

Por lo general, las mujeres empiezan a experimentar una disminución en su fertilidad a partir de los 30 años, por lo que es frecuente que a una mujer de más de 35 años le lleve más tiempo en quedar embarazada en comparación con una mujer más joven, una de las causas de la reducción de la fecundidad es el descenso en la ovulación, así como también ciertos problemas de salud que son más frecuentes en mujeres mayores de 35 años como la endometriosis, que ocasionan que los tejidos se adhieran a los ovarios o a las trompas de Falopio e interfieran con la concepción entre otros problemas de salud, es por ello, que si una mujer de más de 35 años no ha quedado embarazada después de intentar concebir durante seis meses, debe consultar al especialista ya que los estudios sugieren que aproximadamente un tercio de las mujeres de 35 a 39 años y aproximadamente la mitad de las mujeres de más de 40 años tienen problemas de fertilidad y estos pueden ser tratados con éxito. Si bien las mujeres de más de 35 años pueden tener más dificultades para quedar embarazadas, también tienen una mayor probabilidad de tener embarazos múltiples, probabilidad que va en aumento con la edad, siendo más probable que este grupo deba someterse a un tratamiento de fertilidad el cual es la causa principal de embarazo múltiple.

Por otro lado, el embarazo de alto riesgo se define como aquel en el que la madre, el feto o el recién nacido tienen o pueden tener un mayor riesgo de morbilidad o mortalidad antes, durante o después del parto. Hay muchos factores involucrados incluyendo la salud materna, antecedentes obstétricos y enfermedad fetal. Las complicaciones obstétricas pueden imponer un riesgo adicional para la madre y el feto, como lo son el desprendimiento

prematureo de placenta, prematuridad, preeclampsia, eclampsia, retardo de crecimiento intrauterino, etc. La incidencia de embarazo de alto riesgo varía de acuerdo con los criterios que se utilicen para definirlo, muchos de estos factores participan y los efectos de cualquier factor específico difieren de una paciente a otra, es importante la identificación temprana de estos factores, para la conducción más adecuada del embarazo.¹⁵

Dummies nos dice también que cualquier mujer que tiene o es mayor de 35 años cuando está embarazada se incluye en la definición médica de “edad materna avanzada”.¹⁶

A.- Embarazo en mujeres mayores de 35 años

Se considera clásicamente a este tipo de embarazos como un riesgo obstétrico alto para complicaciones materno-perinatales y generalmente estas pacientes son manejadas en cuidados de nivel especializado. En la actualidad, debido a los cambios económicos y sociales a nivel mundial, muchas mujeres deciden ser madres después de los 35 años, de hecho, esta proporción de mujeres que tiene un embarazo a esta edad, tiene en la mayoría de los casos embarazos y bebés saludables, diversos estudios demuestran que las mujeres de más de 35 años están expuestas a algunos riesgos especiales. Por esta razón, es necesario que las mujeres reconozcan estos riesgos para que puedan decidir adecuadamente la conveniencia de un embarazo o determinar cuál es el mejor momento para quedar embarazada.

Las estadísticas en países sub desarrollados como Panamá, Chile, Ecuador, cerca del 35% de las mujeres de 35 años y más se embarazan, lo contrario sucede en países con gran desarrollo como los Estados Unidos, Francia y Canadá, donde la fecundidad en esos años es mínima y llega a ser de un 15%, según datos del Instituto Nacional de Estadística de España, en el 2010, el 22.4%

de los nacimientos correspondían a mujeres mayores de 35 años.¹⁷

Idealmente el crecimiento y desarrollo del feto debería de depender solamente de su constitución genética, pero en realidad está sometido a las modificaciones determinadas por su microambiente (madre) y las influencias que sobre ellas ejerce el medio externo. Se determina como factores desfavorables a las circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio madre – hijo, durante el embarazo, parto o puerperio y este puede ser de carácter biológico, psicológico y social, siendo valorado en forma particular para cada caso, es decir que la misma condición de riesgo no repercute de manera similar en cada mujer, por lo que debemos hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso, por lo que debemos tener en cuenta una serie de criterios que nos ayuden a su identificación.

Es indudable que la mujer añosa con una enfermedad crónica o cuya condición física es insatisfactoria está expuesta a mayores riesgos. Sin embargo, en el caso de la mujer con buena condición física y sin problemas médicos, los riesgos son mucho menores de lo que se había publicado.

Los efectos del nivel socioeconómico y el estado de salud sobre los resultados del embarazo en las mujeres añosas quedan ilustrados por los resultados de dos estudios clínicos realizados en poblaciones diferentes de mujeres. Berkowits et al., describieron los resultados de alrededor de 800 nulíparas con seguro médico privado que tenían 35 años de edad a más y que fueron atendidas en el hospital Mount Sinai de la ciudad de Nueva York, dichos autores indicaron que hubo un incremento leve en el riesgo de padecer diabetes gravídica, hipertensión gestacional, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y de

realizar una cesárea. Las mujeres no tuvieron una mayor frecuencia de parto pretérmino, ni tuvieron hijos pequeños con restricción del crecimiento o que murieron en fase perinatal. Por el contrario, los resultados de un estudio clínico llevado a cabo en el hospital Parkland que comprendió a cerca de 900 mujeres mayores de 35 años de edad y deficiencia socioeconómica, se observó una frecuencia mucho mayor de hipertensión, diabetes, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, parto pretérmino y mortalidad perinatal. La gran diferencia en los resultados, entre ambos grupos quizá se debe al nivel socioeconómico que influye en el modo de vida y el acceso a los servicios asistenciales y como consecuencia sobre el estado de salud.

La mortalidad materna es mayor en mujeres de 35 años a más, pero el riesgo disminuye si mejora la atención médica. Buehler et al., revisaron los datos de las muertes maternas en Estados Unidos entre 1974 y 1982. Entre 1974 y 1978 se advirtió un incremento del riesgo relativo de muerte materna cinco veces mayor que en las mujeres de menor edad. Sin embargo, en 1982 la cifra de mortalidad de las mujeres añosas disminuyó 50%. Los autores concluyeron que la razón es quizá un mejor servicio asistencial.

Los riesgos inherentes a la edad materna comprenden principalmente los siguientes:

- a) Parto pretérmino
- b) Diabetes gestacional
- c) Hipertensión gestacional
- d) Amenaza de parto pretérmino
- e) Trastorno del crecimiento fetal por alguna enfermedad crónica de la madre
- f) Gestación múltiple

g) Aneuploidia fetal

Muchos investigadores han observado que la aneuploidia fetal es la única anomalía congénita vinculada con la edad de la gestante. Los resultados del estudio clínico que llevaron a cabo Baird et al., en 577000 neonatos en Columbia Británica y del estudio de Pradat en 574000 neonatos vivos en Suecia, no muestran vínculo alguno entre los defectos estructurales distintos de la aneuploidia y la edad materna. La excepción fue el estudio de Hollier et al., que comprendió alrededor de 103000 embarazos y 3885 lactantes con malformaciones congénitas nacidos en el Hospital Parkland. Publicaron que la frecuencia de anomalías estructurales distintas de la aneuploidia aumentó significativamente con la edad de la mujer. Sin embargo algunos investigadores suponen que se trata de un “sesgo preferencial”, puesto que las gestantes añosas fueron sometidas a una ultrasonografía con fines específicos pero no a amniocentesis y además la población de estudio clínico aumento al recibir referencias regionales de mujeres con fetos malformados.

La frecuencia de gemelos dicigóticos aumenta con la edad de la gestante, pero la causa más importante de gestaciones multifetales en mujeres añosas es que conciben por medio de técnicas de reproducción asistida y por medio de la inducción de la ovulación. Según datos de los Centers for Disease Control and Prevention, el 0.7% de los 3.9 millones de nacimientos en los Estados Unidos en 1998 provinieron de la aplicación de tales técnicas. Más de la mitad de dicha cifra porcentual correspondió al nacimiento de productos múltiples, lo cual explica gran parte de las complicaciones como parto pretérmino y las secuelas neurológicas (Adashi et al., 2003, 2004; Schieve et al., 2002; Strömberg et al., 2002). Por último, Hansen et al., (2002) publicaron que el 8.6% de los 301 lactantes concebidos por

inyección intracitoplásmica de semen y 9% de 837 lactantes concebidos por fecundación in vitro presentaron graves anomalías congénitas, en comparación con 4.2% de las 4000 mujeres testigo.¹⁷

B.- Edad del progenitor

La vejez del padre se acompaña, también constituye un factor que acrecienta una mayor frecuencia de enfermedades genéticas causadas por mutaciones nuevas autosómicas dominantes, aunque la frecuencia aun es pequeña.

C.- Fetos con riesgo elevado de padecer enfermedades genéticas o congénitas

En general cuando menos 8% de los productos de la concepción es aneuploide, lo que explica la mitad de los abortos del primer trimestre y de 5 a 7% de los óbitos y muertes neonatales. Alrededor de 0.65% de los neonatos exhibe cromosómicos compatibles con la vida pero que originan complicaciones notables. Otro 0.2% exhibe algún reordenamiento cromosómico estructural que finalmente perjudicara la reproducción.

En mujeres mayores de 35 años el riesgo o la frecuencia de síndrome de Down es de 1: 250 y aumenta rápidamente con la edad de la madre. El riesgo de cualquier aneuploidia numérica es de 1: 132. La frecuencia en el segundo trimestre es mayor que la del término, puesto que una gran proporción de fetos aneuploides muere espontáneamente antes de llegar al término de su gestación. Por lo tanto, el riesgo de que una mujer de 35 años de edad o más tenga un hijo con síndrome de Down al término es de 1: 384 embarazos y el riesgo de padecer cualquier aneuploidia numérica es de 1: 204.

Mujeres que tenían como mínimo 37 años al nacer sus gemelos dicigóticos. La posibilidad de que el embarazo se complique con síndrome de Down en el producto es mayor en el caso de gemelos. El riesgo de trisomía 21 en un embarazo gemelar se calcula con base en el riesgo de síndrome de Down según la edad de la madre, la frecuencia de gemelos dicigóticos según la raza y la edad de la madre y la probabilidad de que uno o ambos fetos puedan ser afectados. El análisis de Meyers et al., indica que para mujeres de 31 años de edad y raza blanca o afroamericana el riesgo de síndrome de Down en el segundo trimestre de un embarazo de gemelos dicigóticos es de 1: 190. Una parte importante del asesoramiento ante dicha situación es ofrecer las diversas opciones para proceder si solamente un feto tiene el síndrome, ya que esta medida repercute sobre la motivación para el diagnóstico prenatal.

La mayor parte de los casos de anomalías del tubo neural, síndrome de Down y otras anomalías fetales pertenece a familias que carecen del antecedente de defectos congénitos. Por tal razón la evaluación prenatal limitada a las mujeres con riesgo elevado de padecer estas complicaciones no permitiría identificar a la mayor parte de los embarazos anormales. En la actualidad es posible ofrecer a las parejas sin antecedentes de anomalías genéticas una serie de pruebas prenatales de detección sistemática para ciertas anomalías fetales. Estos métodos de detección sistemática no proporcionan un diagnóstico específico, sino más bien identifican a las personas con un riesgo suficiente como para beneficiarse de la práctica de un método diagnóstico definitivo. Según Wald et al., los métodos de detección sistemática en genética deben observar los criterios generalmente aceptados para otros tipos de estudio de esta índole.¹⁸

D.- Consecuencias perinatales

La frecuencia de las anomalías mayores que se descubren al nacimiento es de 2 a 3%, constituyen la causa de numerosas muertes en la etapa neonatal y más de 25% de las hospitalizaciones pediátricas es consecuencia de alguna enfermedad genética (Lee et al., 2001). El diagnóstico prenatal es la estrategia que se ejerce con el fin de identificar tales anomalías estructurales o funcionales en el feto en desarrollo. Con la información obtenida, los médicos esperan modificar la gravedad de las enfermedades congénitas al ofrecer un número cada vez mayor de tratamientos o seguimientos fetales, así como el parto óptimo en ciertos casos y la terminación del embarazo en otros.

La edad gestacional e un recién nacido es muy importante para su desarrollo, es así que un feto de 37 a 42 semanas de gestación, está preparado tanto orgánica como funcionalmente para crecer fuera del útero materno. La mortalidad neonatal aumenta a medida que disminuye la edad gestacional. Los problemas de la placenta, pueden impedir que esta suministre oxígeno y nutrientes de manera adecuada al feto, lo que trae como resultado, productos con bajo peso y pequeños para la edad gestacional o también como consecuencia de un nacimiento prematuro.

Los recién nacidos pretérmino y con bajo peso al nacer tienen mayor riesgo de padecer problemas de salud física como fallo en el crecimiento y enfermedad pulmonar en sus primeros años de vida. La repercusión en la edad escolar, adolescencia o adultez de estos problemas al nacimiento es variable, desde este punto de vista las repercusiones negativas tienen un alto riesgo de que estos niños puedan padecer de discapacidades mayores (parálisis cerebral, retardo mental, ceguera y/o sordera).¹⁸

La valoración de APGAR es el método utilizado para evaluar el ajuste inmediato del recién nacido a la vida extrauterina con el propósito de verificar su condición y la eventual necesidad de reanimación, este test evalúa cinco parámetros: frecuencia cardiaca, respiración tono muscular, respuesta a estímulos y color, la puntuación de este test en el rango de 7 a 10, nos indica una excelente condición del recién nacido, se valora como depresión moderada cuando la puntuación va de 4 a 6 y es una situación en la que se debe administrar oxígeno al neonato, un APGAR inferior a 3 en el primer minuto o a los 5 minutos, indica depresión grave y la necesidad de realizar intubación endotraqueal y cateterización de los vasos umbilicales para perfusión de bicarbonato.¹⁹

La hipoxia fetal, es un problema producto de un insuficiente intercambio uteroplacentario, que se da durante el embarazo, pero se incrementa durante el trabajo de parto, por efecto de la contractilidad, lo presentan por lo general las embarazadas en edades extremas, gestantes con diabetes, gestantes con hipertensión arterial. La evidencia científica demuestra por ejemplo que el estudio realizado en el Hospital General de Zona N° 71, del estado de Veracruz – México, se estudiaron a 382 pacientes de las cuales 194 fueron gestantes mayores de 35 años y 188 fueron gestantes con edades de 20 a 34 años. Las complicaciones perinatales se presentaron en el 56% de las gestantes añosas.²⁰

Se conoce como muerte fetal a aquella que ocurre en un embarazo sobre las 20 semanas; la mortalidad perinatal ocurre alrededor del nacimiento, la muerte fetal se divide en tres periodos: el primero incluye la muerte fetal temprana, la que se da antes de cumplir las 20 semanas, la muerte fetal intermedia que se presenta entre las semanas 20 y 27 y la muerte fetal tardía que

sucede a partir de las 28 semanas.²¹ El segundo periodo comprende la muerte neonatal temprana (< de 7 días después del nacimiento) y la muerte neonatal tardía (que va desde el 7° día al 28 día, posterior al nacimiento).

Diversas publicaciones científicas señalan a la edad materna avanzada como un factor de riesgo significativo asociado a la muerte fetal, considerándola como un factor de riesgo de 2 a 5 veces mayor que en las mujeres menores de 35 años.²²

En el Perú, en un estudio anterior en gestantes 20 entre 36 a 45 años, se encontró una frecuencia de anemia de 28,6%, 4 muy superior a otros países como Cuba con 19,05%, y Chile (5,8% 11 en mayores de 35 años y de 5,5% en mayores de 40 años).²³

En la Revista Peruana de Epidemiológica (2012), la frecuencia de anemia en gestantes mayores de 35 años atendidas en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud para el periodo 2009 – 2012 fue de 26,9% (IC95% 26,5 a 27,4%). Durante los años 2009 a 2012 la distribución de gestantes mayores de 35 años con Hb>11 g/dl se ha mantenido encima del 70%, esto quiere decir que la anemia en este grupo se mantenido en alrededor del 30%, la anemia leve se encuentra entre 17,3% a 18,1%. La anemia moderada entre 9% a 9,7% y la de menor frecuencia fue la anemia severa entre 0,2% a 0,3%.²³

2.1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Embarazo de alto riesgo: Es aquel en donde el feto y/o la madre tienen una alta probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto.

Defectos congénitos: Las mujeres mayores de 35 años de edad tienen mayores probabilidades de dar a luz un bebé con algún defecto congénito relacionado con los cromosomas (las estructuras de las células que contienen los genes). El síndrome de Down es el más común de estos defectos congénitos cromosómicos.

APGAR < 7: La escala de APGAR es el índice utilizado para evaluar la condición del recién nacido en base a un puntaje de 0, 1 o 2 para cada una de cinco características: color, latidos del corazón, respuesta a la estimulación en la planta del pie, tono muscular y respiración, siendo 10 puntos el puntaje perfecto, y que en la embarazada en edad avanzada existe mayor riesgo de un bajo puntaje. La edad materna avanzada, los trastornos hipertensivos del embarazo, la prematurez y ser pequeño para la edad gestacional, son factores que conllevan a padecer esta complicación fetal.

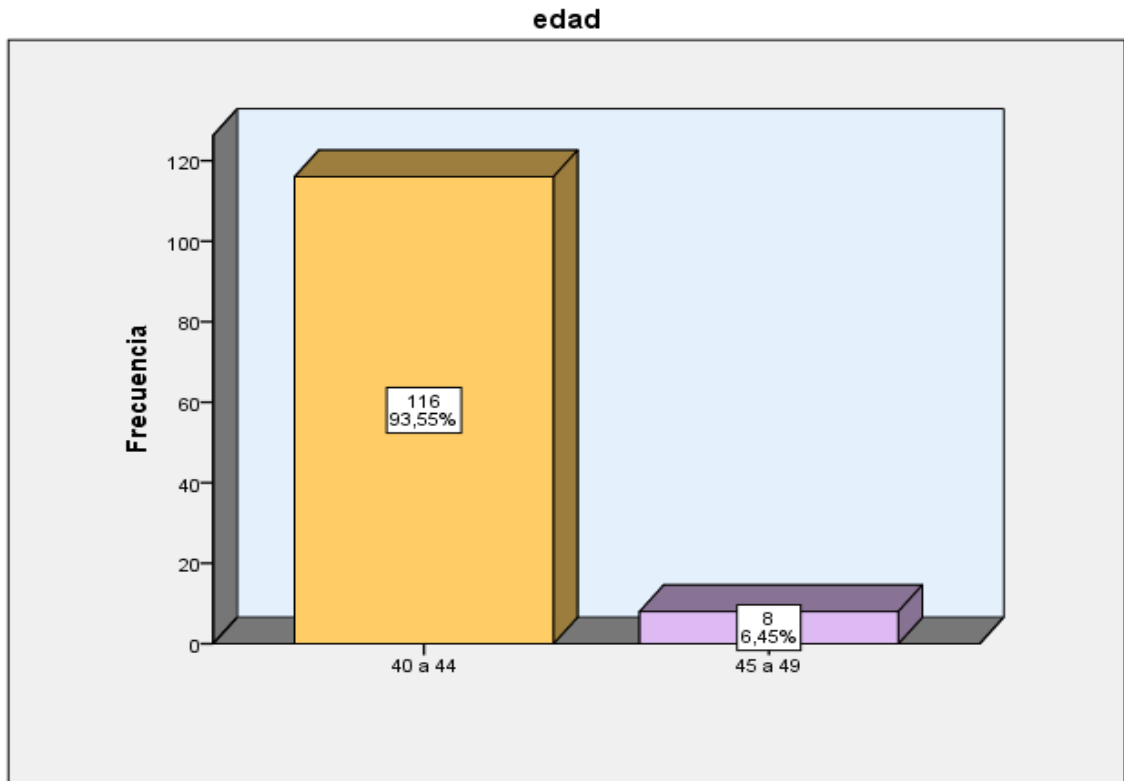
CAPITULO III

PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

EDAD

Gráfico N° 1



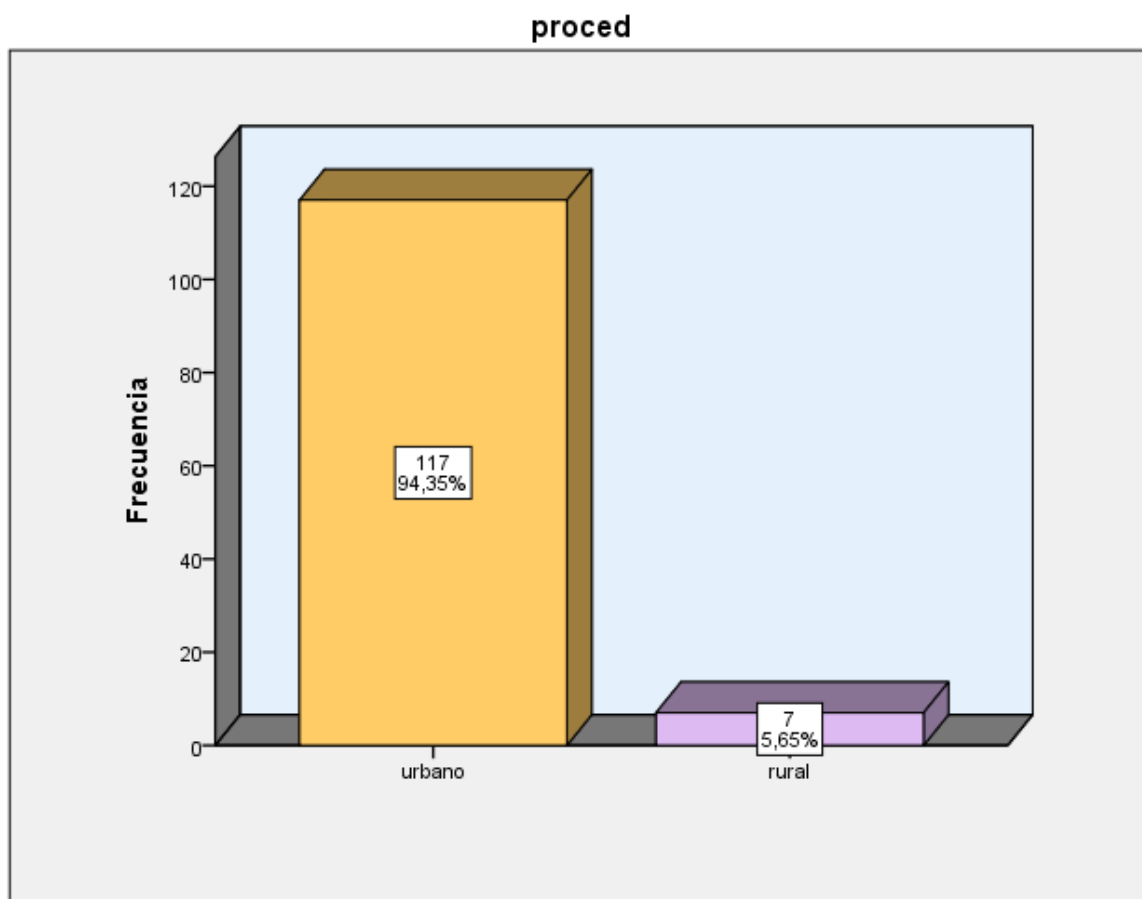
Fuente: ficha de recolección de datos (resultados maternos perinatales en gestantes mayores de 40 años a mas) realizadas en el HCLLH-2014

Interpretación .-

Se evidencio que el grupo con mayor concentración esta entre las edades de 40-44 años de casos, se presenta con un 93.5% (116). Significa los 9/10 del total.

PROCEDENCIA

Gráfico N° 2



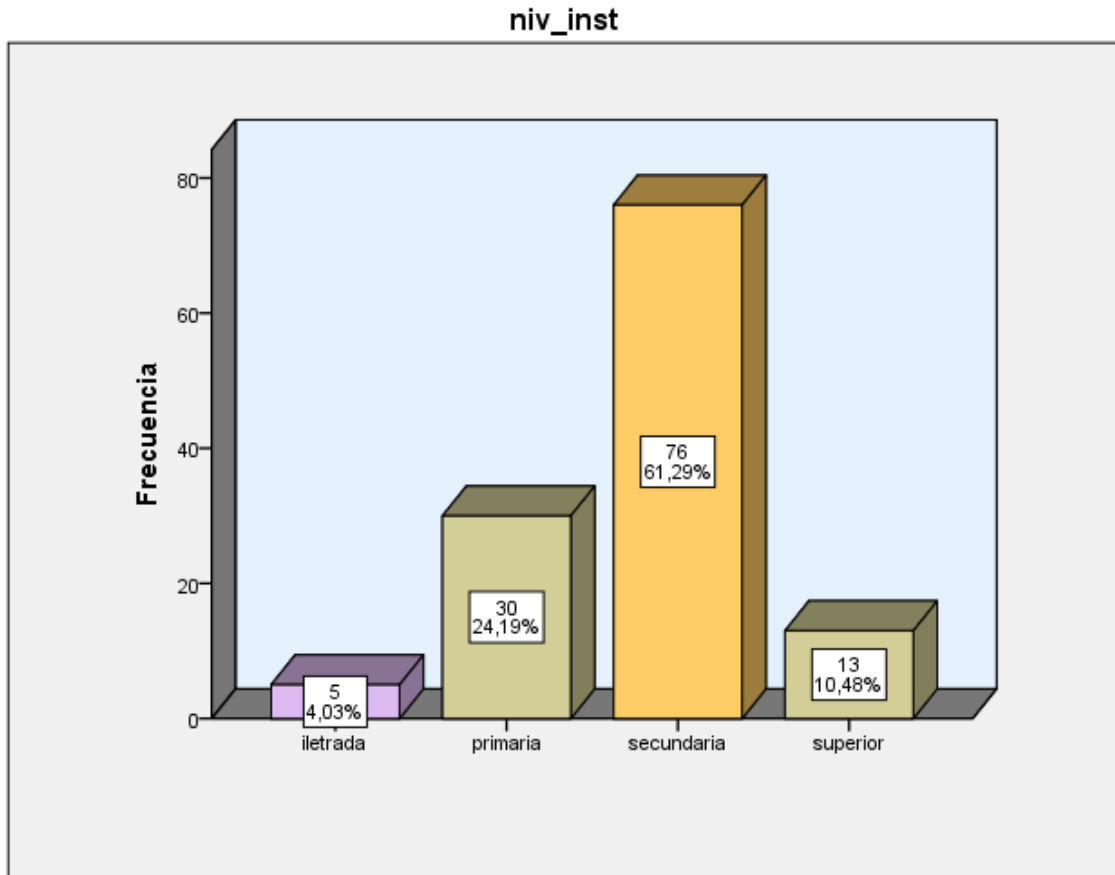
Fuente: ficha de recolección de datos (resultados maternos perinatales en gestantes mayores de 40 años a mas) realizadas en el HCLLH-2014

Interpretación .-

El grupo con mayor concentración es de procedencia urbana, se presenta con un 94.4% (117).

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Grafico N° 3



Fuente: ficha de recolección de datos (resultados maternos perinatales en gestantes mayores de 40 años a mas) realizadas en el HCLLH-2014

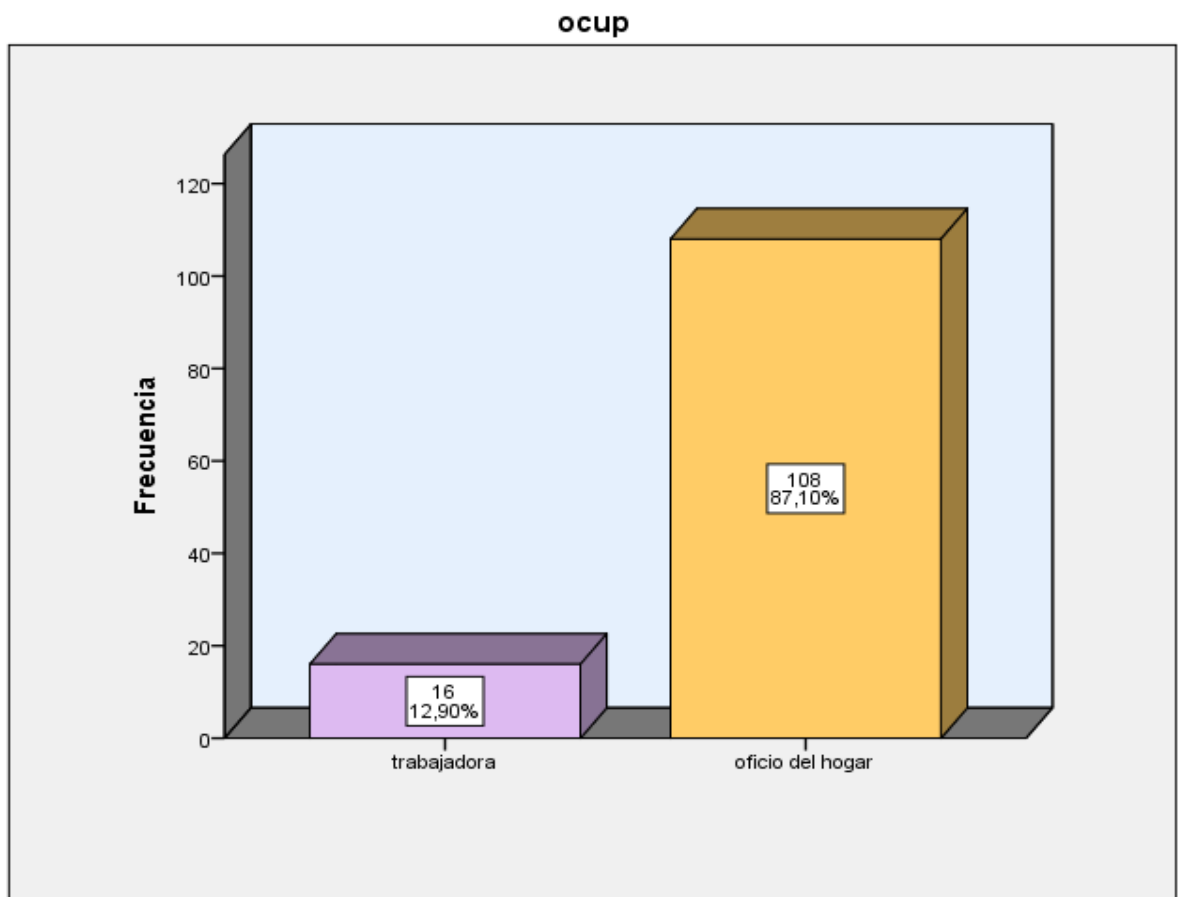
Interpretación .-

Con respecto al grado de instrucción el porcentaje más alto fue de secundaria con un 61.3% seguido por primaria con 24.2 %.

Siguiendo con los demás grados de instrucción alcanzados por las gestantes fueron, superior 10.5% y por ultimo con 4.0%.

OCUPACIÓN

Grafico N° 4



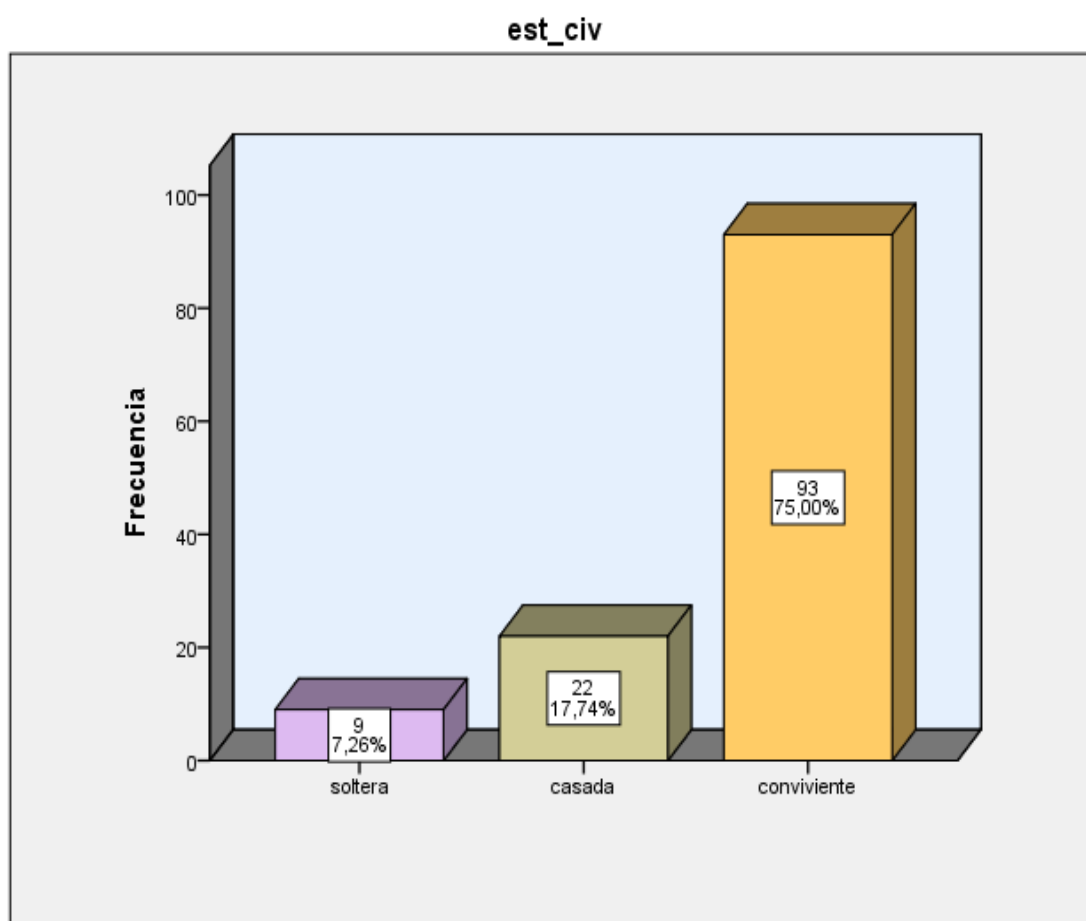
Fuente: ficha de recolección de datos (resultados maternos perinatales en gestantes mayores de 40 años a mas) realizadas en el HCLLH-2014

Interpretación .-

Se observó que el grupo con mayor porcentaje es oficio del hogar, se presenta con un 87.1% (108).

ESTADO CIVIL

Grafico N° 5



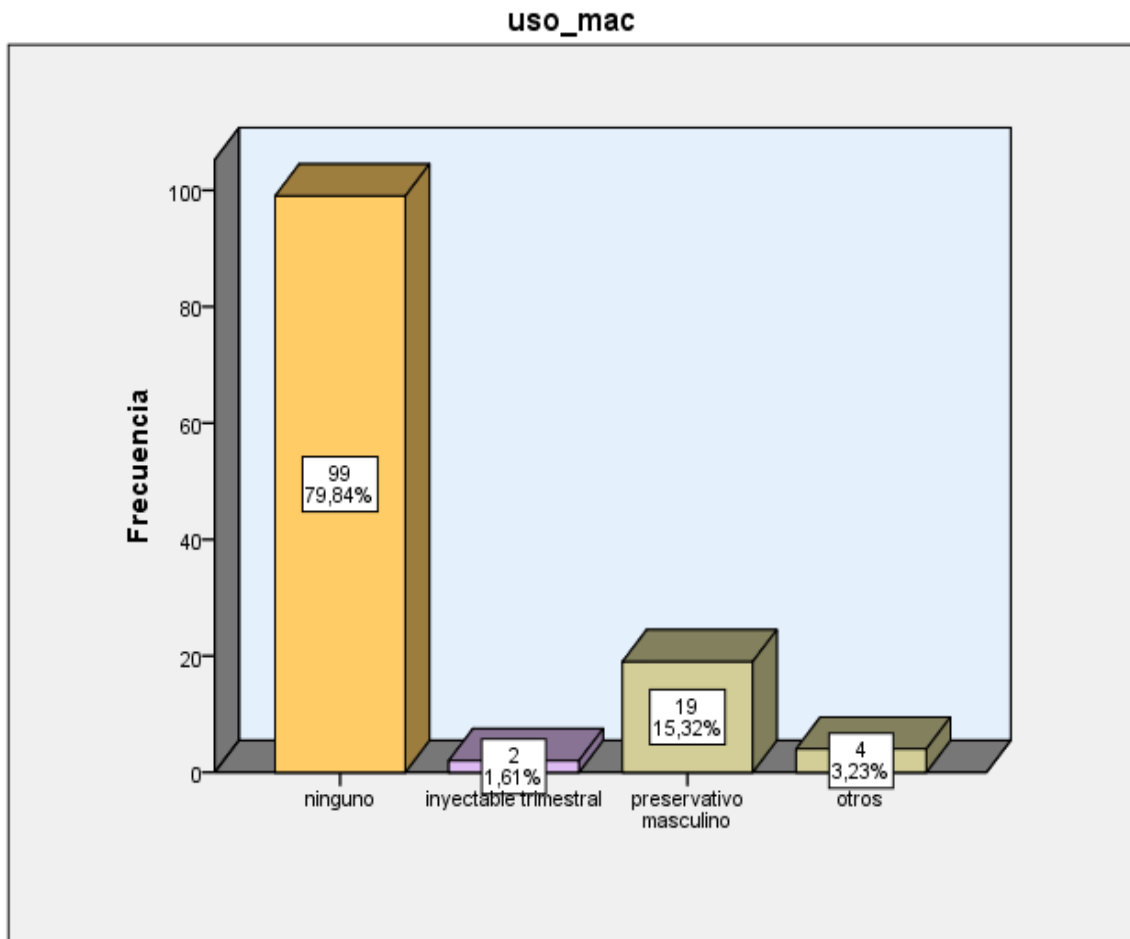
Fuente: ficha de recolección de datos (resultados maternos perinatales en gestantes mayores de 40 años a mas) realizadas en el HCLLH-2014

Interpretación .-

Respecto al estado civil, se observó que el 75% del total de pacientes son convivientes, el 17,7% casadas y el 7,3% solteras.

USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO

Grafico N° 6



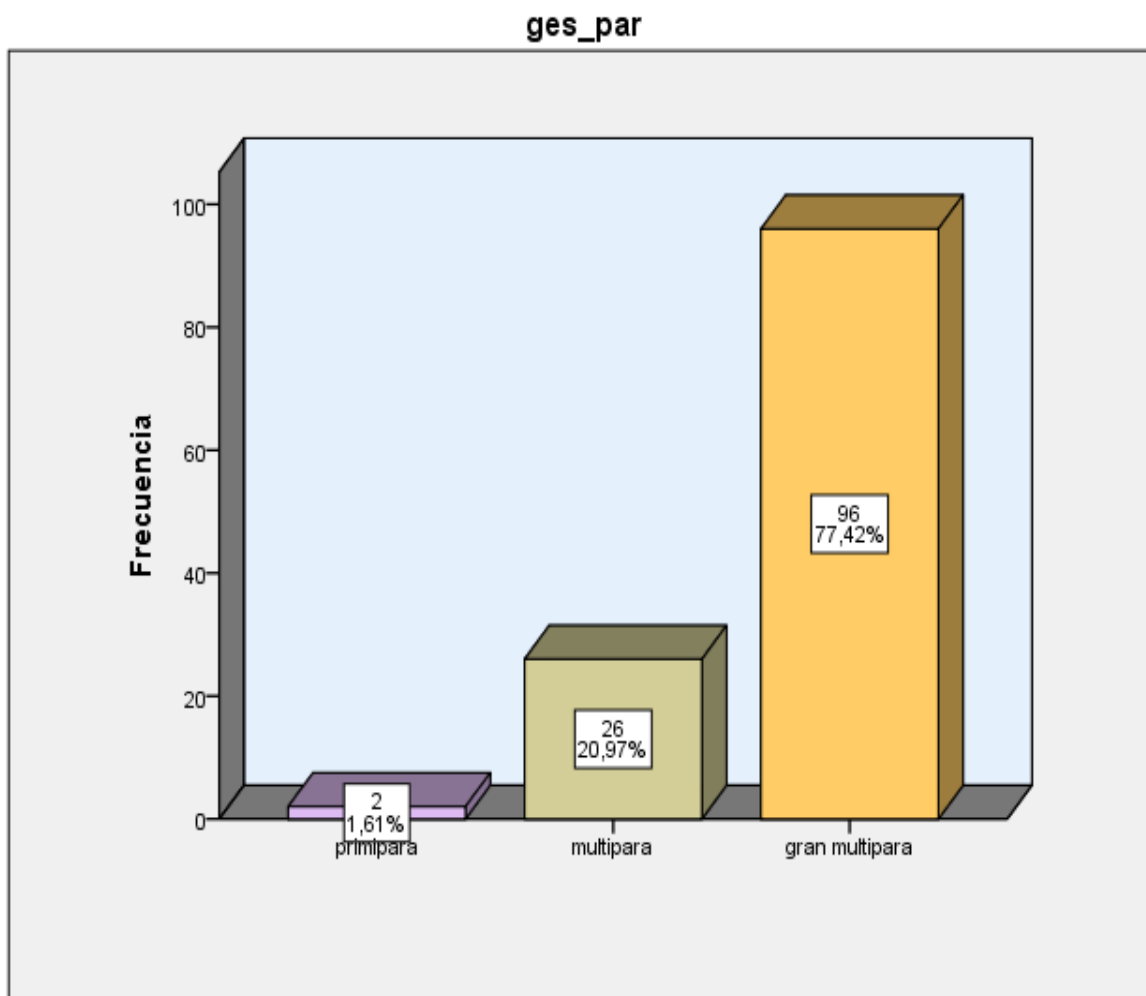
Fuente: ficha de recolección de datos (resultados maternos perinatales en gestantes mayores de 40 años a mas) realizadas en el HCLLH-2014

Interpretación .-

Con respecto al uso de método anticonceptivo previo al embarazo, el porcentaje más alto fue ninguno con 79.8% seguido por el preservativo masculino con 15.3%, inyectable trimestral con 1.6% y otros 3.2%.

GESTA PARA

Grafico N° 7



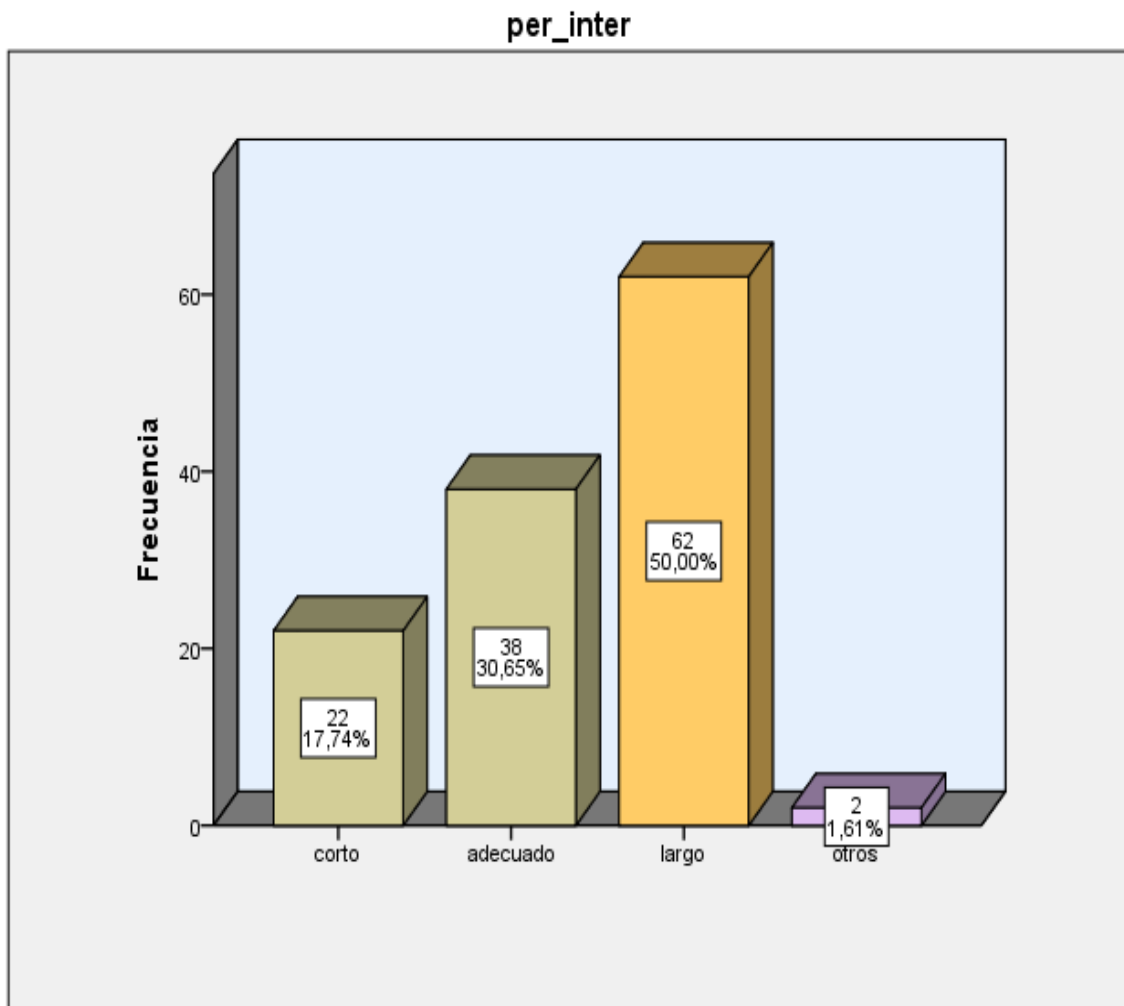
Fuente: ficha de recolección de datos (resultados maternos perinatales en gestantes mayores de 40 años a mas) realizadas en el HCLLH-2014

Interpretación .-

Respecto a la paridad, se observó que el 77.4% del total de pacientes son gran multíparas, el 21,0% son multíparas y el 1,6% son primíparas.

PERIODO INTERGENESICO

Grafico N° 8



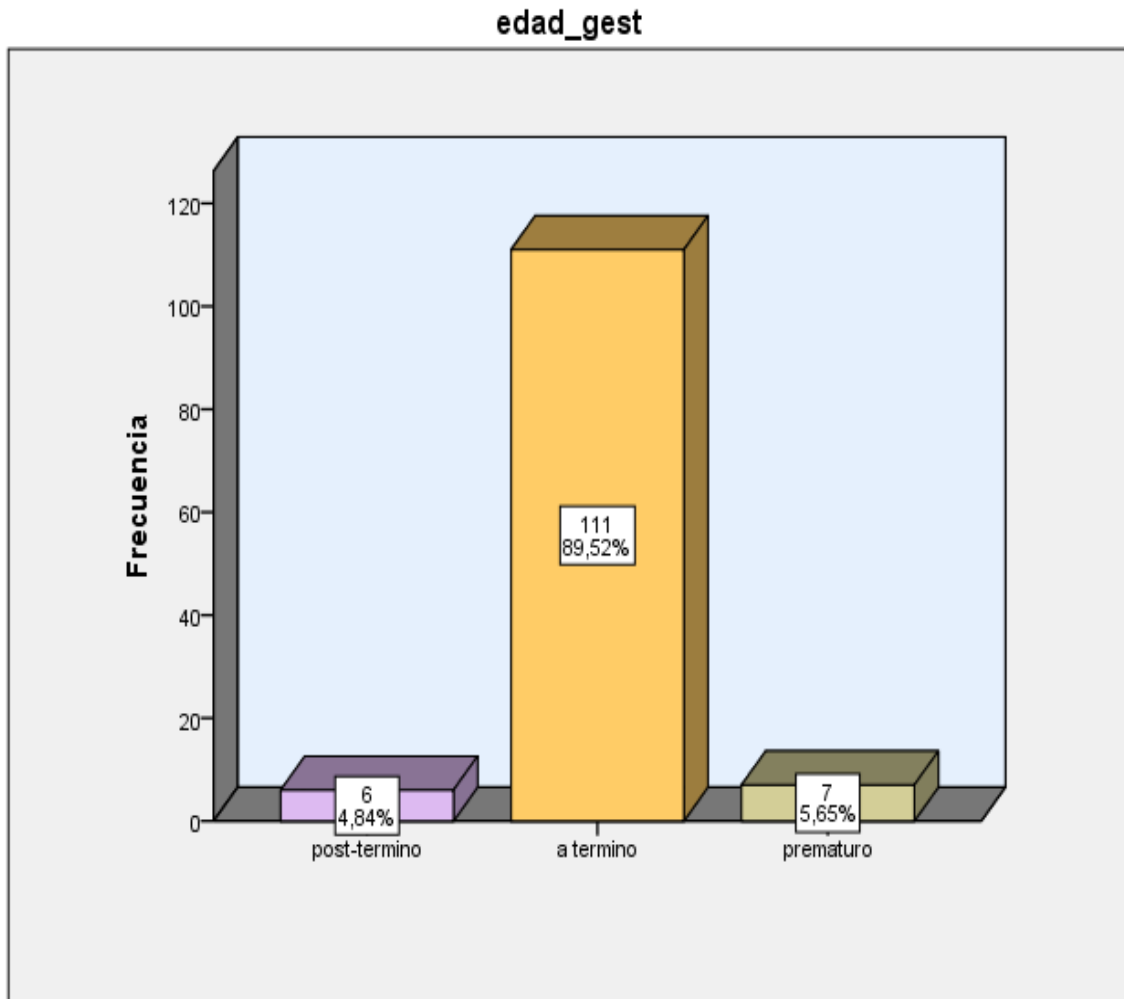
Fuente: ficha de recolección de datos (resultados maternos perinatales en gestantes mayores de 40 años a mas) realizadas en el HCLLH-2014

Interpretación .-

Se observó que el porcentaje más alto fue el PI Largo con 50% seguido por el PI Adecuado con 30.6 %, PI Corto con 17.7% y otros 1.6%.

EDAD GESTACIONAL

Grafico N° 9



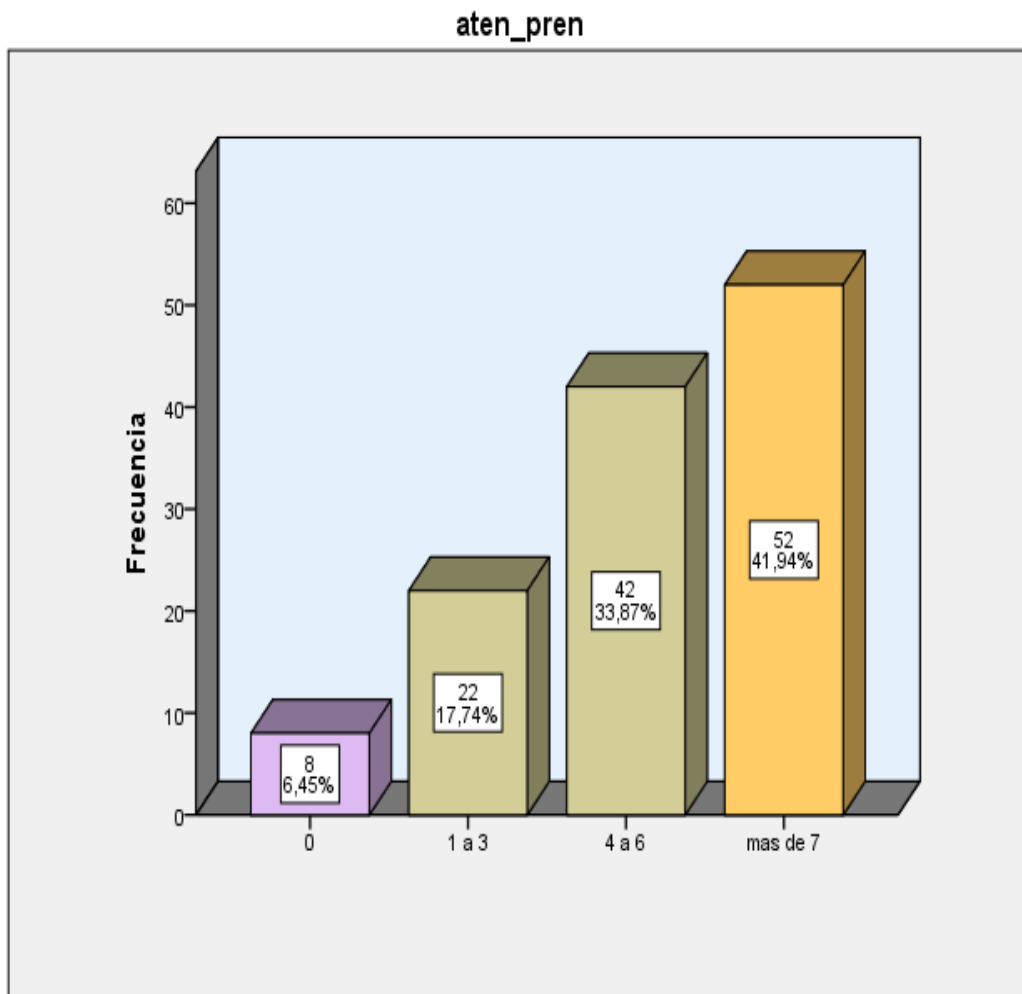
Fuente: ficha de recolección de datos (resultados maternos perinatales en gestantes mayores de 40 años a mas) realizadas en el HCLLH-2014

Interpretación .-

En la edad gestacional se observó, que el 89.5% del total de pacientes son a término, el 5.6% son prematuros y el 4.8% son post termino.

ATENCIÓN PRENATAL

Grafico N° 10



Fuente: ficha de recolección de datos (resultados maternos perinatales en gestantes mayores de 40 años a mas) realizadas en el HCLLH-2014

Interpretación .-

Respecto a las atenciones prenatales se observó, con mayor porcentaje a más de 7 AP de los casos, se presenta con un 41.9% (52), entre 4-6 AP con un 33.9%, entre 1-3 AP con un 17.7% y con un porcentaje mínimo de 0 AP con 6.5%.

RESULTADOS MATERNOS

Tabla N° 11

EMBARAZO				
		Recuento	% del N de la columna	Total
RPM	SI	13	10.5%	124
	NO	111	89.5%	
EHE	PREECLAMPSIA SEVERA	6	4.8%	124
	PREECLAMPSIA LEVE	8	6.5%	
	NINGUNA	110	88.7%	
ANEMIA	SEVERA	1	.8%	124
	MODERADA	12	9.7%	
	LEVE	49	39.5%	
	NINGUNA	62	50.0%	

Fuente: ficha de recolección de datos (resultados maternos perinatales en gestantes mayores de 40 años a mas) realizadas en el HCLLH-2014

Interpretación .-

Se observó un 10.5% (13/124) de RPM en las pacientes, en EHE se encontró: 6.5% de preeclampsia leve y 4.8% de preeclampsia severa y en anemia se encontró un 39.5% de anemia leve, 9.7% y 0.8% de anemia severa.

Tabla N° 12

PARTO

		Recuento	% del N de la columna	Total
PARTO DISFUNCIONAL	SI	0	0.0%	124
	NO	124	100.0%	
PARTO NORMAL	NO	56	45.2%	124
	SI	68	54.8%	
PARTO MULTIPLE	SI	4	3.2%	124
	NO	120	96.8%	
PARTO PREMATURO	SI	7	5.6%	124
	NO	117	94.4%	
CESAREA	ELECTIVA	15	12.1%	124
	EMERGENCIA	38	30.6%	
	NO APLICA	71	57.3%	

Fuente: ficha de recolección de datos (resultados maternos perinatales en gestantes mayores de 40 años a mas) realizadas en el HCLLH-2014

Interpretación .-

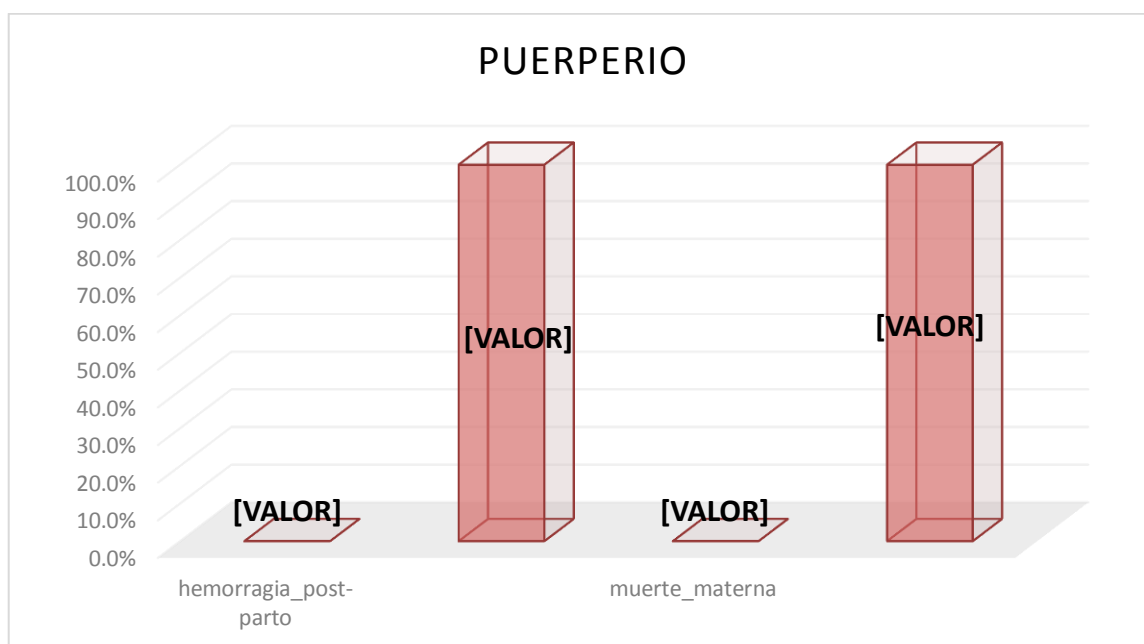
Se observó un 54.8% en parto normal, en parto múltiple se presentó un 3.2%, en parto prematuro se presentó con 5.6% y En el caso de la cesárea, se encontró 42.7%

Tabla N°13

PUERPERIO

		Recuento	% del N de la columna	Total
HEMORRAGIA POST-PARTO	SI	0	0.0%	124
	NO	124	100.0%	
MUERTE MATERNA	SI	0	0.0%	124
	NO	124	100.0%	

Grafico N° 13



Fuente: ficha de recolección de datos (resultados maternos perinatales en gestantes mayores de 40 años a mas) realizadas en el HCLLH-2014

RESULTADOS PERINATALES

Tabla N° 14

		APGAR 1				Total
		depresión severa	depresión moderada	Depresión leve	normal	
edad 40 a 44	Recuento	1	4	5	106	116
	% dentro de edad	0,9%	3,4%	4,3%	91,4%	100,0%
45 a 49	Recuento	0	0	1	7	8
	% dentro de edad	0,0%	0,0%	12,5%	87,5%	100,0%
Total	Recuento	1	4	6	113	124
	% dentro de edad	0,8%	3,2%	4,8%	91,1%	100,0%

Fuente: ficha de recolección de datos (resultados maternos perinatales en gestantes mayores de 40 años a mas) realizadas en el HCLLH-2014

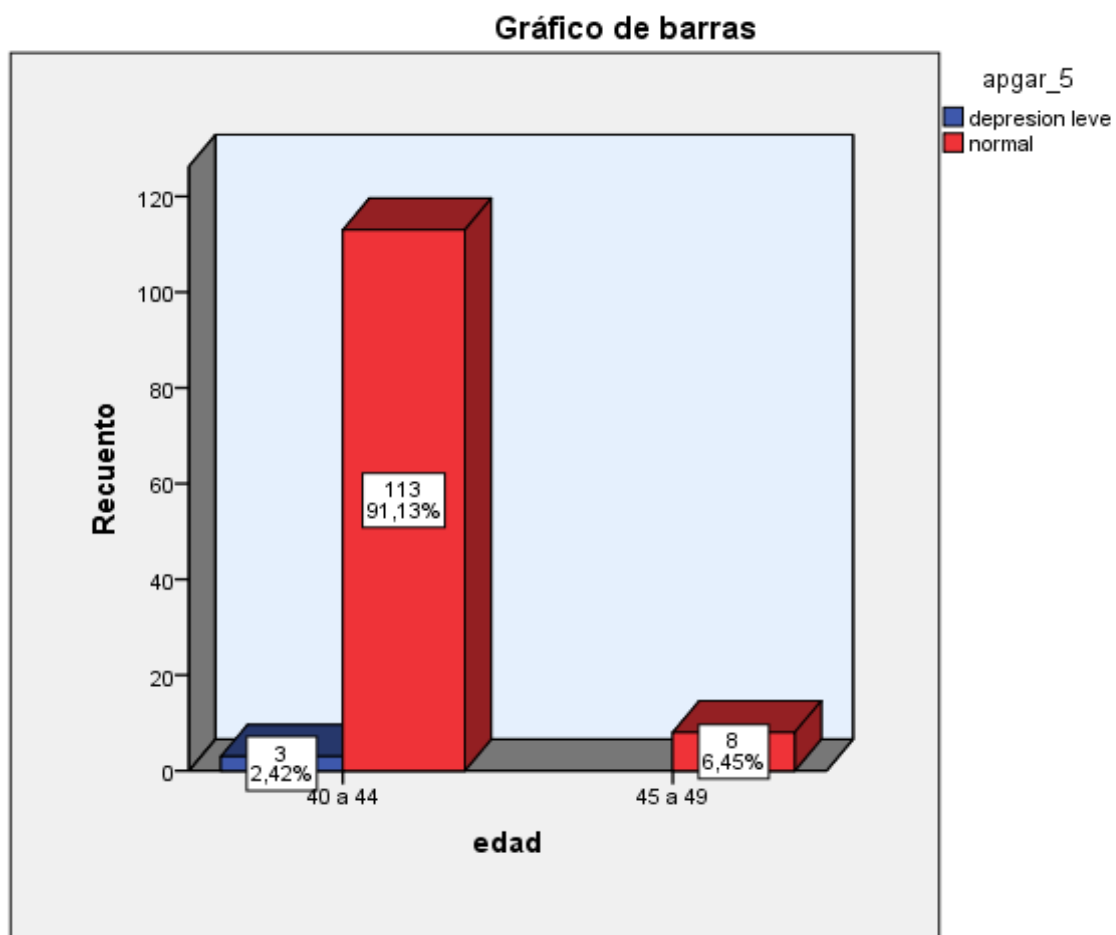
Interpretación .-

Se presentaron 6 casos (4.8%) de depresión leve, de los cuales 5 pertenecen al grupo de edades de 40- 44 años.

Seguido de 4 casos (3.2%) de depresión moderada, pertenecen al grupo de edades de 40-44 años y 1 caso (0.8%) de depresión severa en el grupo de edades de 40- 44 años.

APGAR 5

Grafico N° 15



Fuente: ficha de recolección de datos (resultados maternos perinatales en gestantes mayores de 40 años a mas) realizadas en el HCLLH-2014

Interpretación .-

Se presentaron 3 casos (2.4%) de depresión leve, que pertenecen al grupo de edades de 40-44 años.

Tabla N° 16

	PESO AL NACER				Total
	bajo peso	adecuado	grande	macrosomico	
edad 40 a 44 Recuento	7	91	13	5	116
% dentro de edad	6,0%	78,4%	11,2%	4,3%	100,0%
45 a 49 Recuento	1	5	2	0	8
% dentro de edad	12,5%	62,5%	25,0%	0,0%	100,0%
Total Recuento	8	96	15	5	124
% dentro de edad	6,5%	77,4%	12,1%	4,0%	100,0%

Fuente: ficha de recolección de datos (resultados maternos perinatales en gestantes mayores de 40 años a mas) realizadas en el HCLLH-2014

Interpretación .-

Se presentaron 15 casos (12.1%) grande, de los cuales 13 pertenecen al grupo de edades de 40- 44 años. Seguido de 8 casos (6.5%) de bajo peso, de los cuales 7 pertenecen al grupo de edades de 40-44 años y 5 casos (4.0%) de macrosomicos, en el grupo de edades de 40- 44 años.

Tabla N° 17

		TALLA			Total
		pequeño	Adecuado	grande	
edad 40 a 44	Recuento	8	103	5	116
	% dentro de edad	6,9%	88,8%	4,3%	100,0%
45 a 49	Recuento	0	7	1	8
	% dentro de edad	0,0%	87,5%	12,5%	100,0%
Total	Recuento	8	110	6	124
	% dentro de edad	6,5%	88,7%	4,8%	100,0%

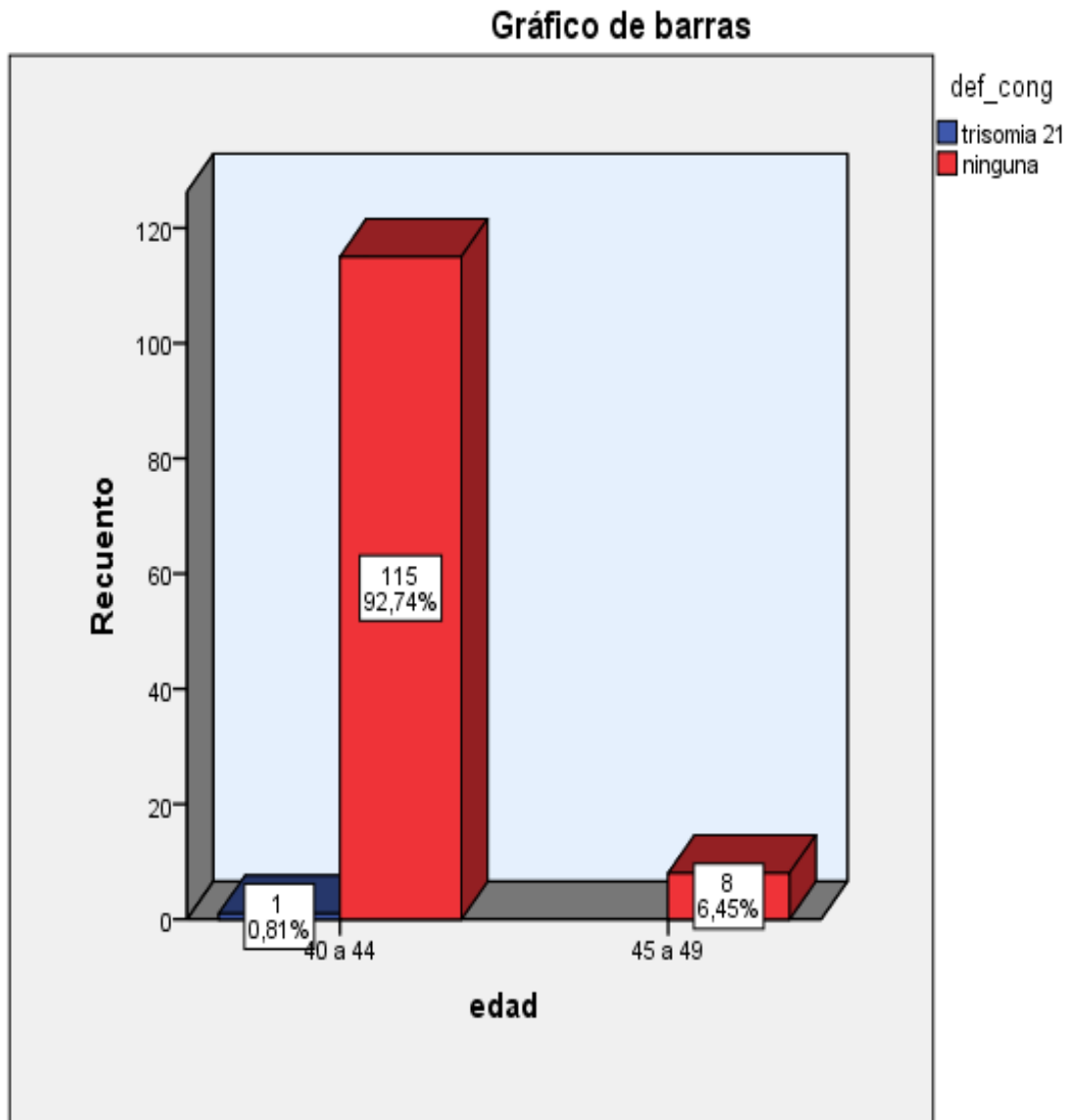
Fuente: ficha de recolección de datos (resultados maternos perinatales en gestantes mayores de 40 mas) realizadas en el HCLLH-2014

Interpretación .-

Se presentaron 8 casos (6.5%) de talla pequeña, pertenecen al grupo de edades de 40-44 años y 6 casos (4.8%) de talla grande, de los cuales 5 son de 40-44 años.

DEFECTOS CONGÉNITOS

Gráfico N° 18



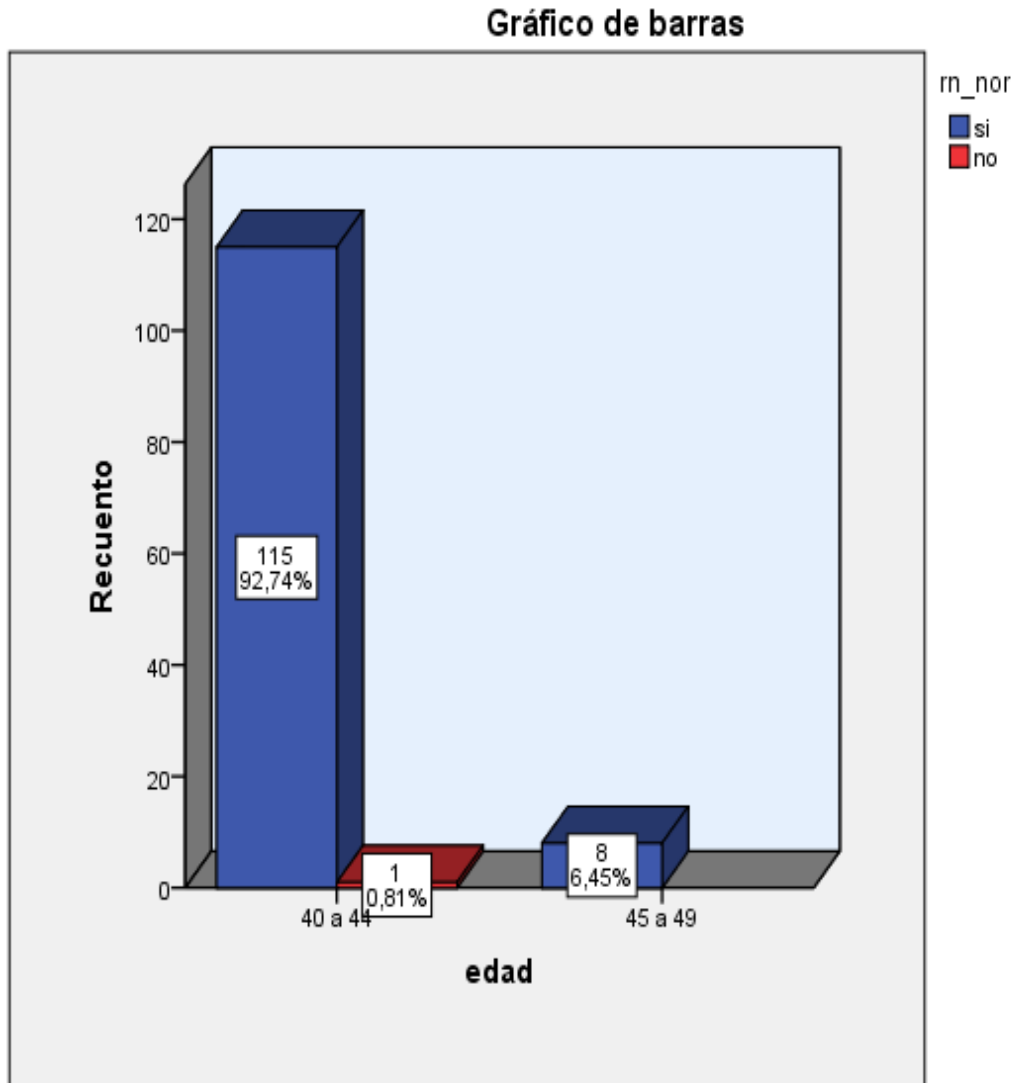
Fuente: ficha de recolección de datos (resultados maternos perinatales en gestantes mayores de 40 años a mas) realizadas en el HCLLH-2014

Interpretación .-

Se presentó 1 caso (0.8%) de defecto congénito, pertenece al grupo de edades de 40- 44 años.

RECIÉN NACIDO NORMAL

Grafico N° 19



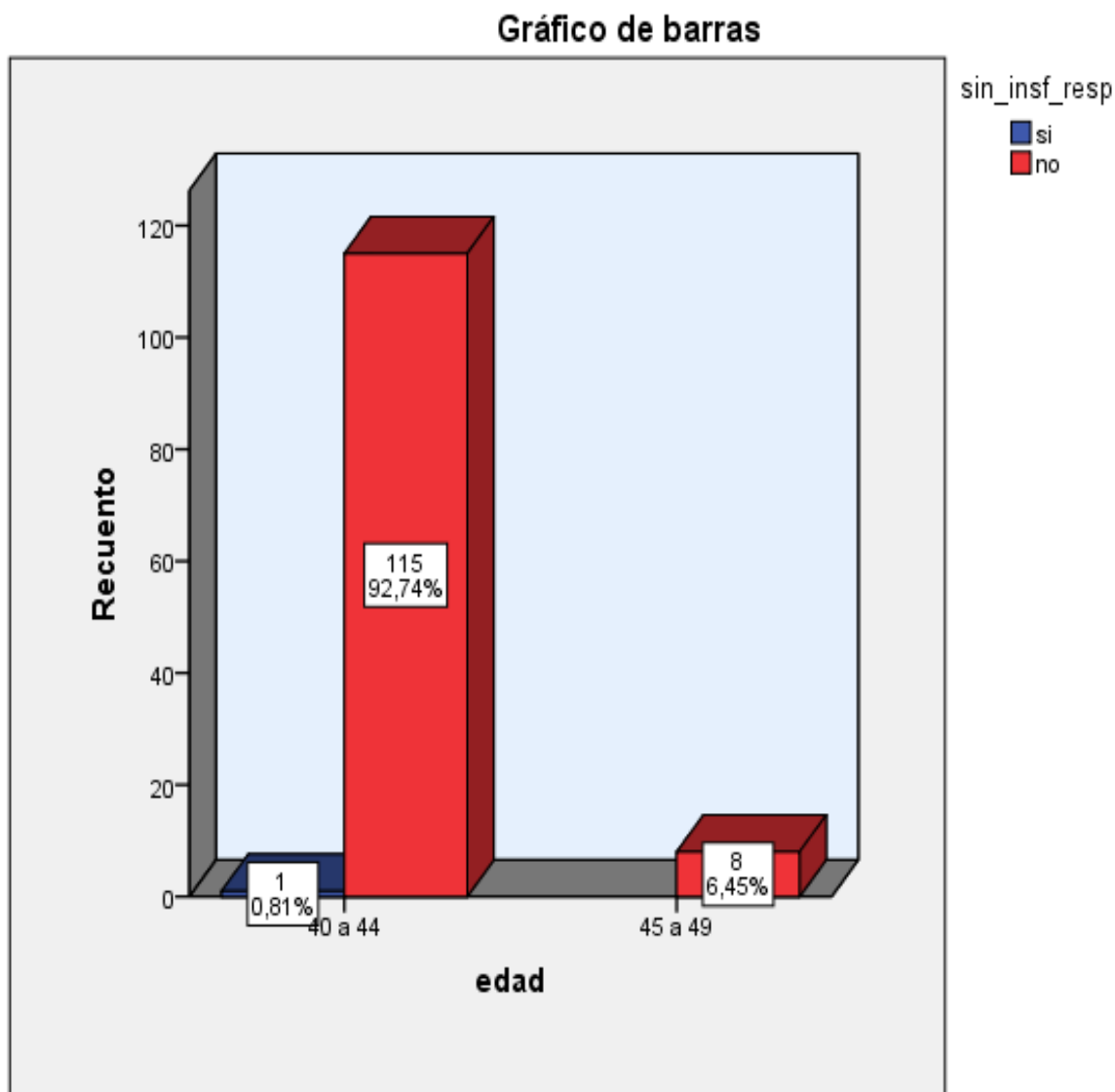
Fuente: ficha de recolección de datos (resultados maternos perinatales en gestantes mayores de 40 años a mas) realizadas en el HCLLH-2014

Interpretación .-

Se presentó 1 caso (0.8%) de recién nacido con defecto congénito, pertenece al grupo de edades de 40- 44 años.

SÍNDROME DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Grafico N° 20



Fuente: ficha de recolección de datos (resultados maternos perinatales en gestantes mayores de 40 años a mas) realizadas en el HCLLH-2014

Interpretación .-

Se presentó 1 caso (0.8%) de síndrome de insuficiencia respiratoria, pertenece al grupo de edades de 40- 44 años.

Tabla N° 21

			PREMATUREZ		Total
			si	no	
edad	40 a 44	Recuento	3	113	116
		% dentro de edad	2,6%	97,4%	100,0%
	45 a 49	Recuento	1	7	8
		% dentro de edad	12,5%	87,5%	100,0%
Total		Recuento	4	120	124
		% dentro de edad	3,2%	96,8%	100,0%

Fuente: ficha de recolección de datos (resultados maternos perinatales en gestantes mayores de 40 años a mas) realizadas en el HCLLH-2014

Interpretación .-

Se presentaron 4 casos (3.2%) de prematuridad de los cuales 3 pertenecen al grupo de edades de 40- 44 años.

Tabla N° 22

			otros				Total
			sepsis neonatal	trastorno metabólico	incompatibilidad Rh (-)	ninguno	
edad	40 a 44	Recuento	1	1	0	114	116
		% dentro de edad	0,9%	0,9%	0,0%	98,3%	100,0 %
	45 a 49	Recuento	0	0	1	7	8
		% dentro de edad	0,0%	0,0%	12,5%	87,5%	100,0 %
Total		Recuento	1	1	1	121	124
		% dentro de edad	0,8%	0,8%	0,8%	97,6%	100,0 %

Fuente: ficha de recolección de datos (resultados maternos perinatales en gestantes mayores de 40 años a mas) realizadas en el HCLLH-2014

Interpretación .-

Se presentó 1 caso (0.8%) de sepsis neonatal, pertenece al grupo de edades de 40- 44 años, 1 caso (0.8%) de trastorno metabólico, pertenece al grupo de edades entre 40- 44 años y 1 caso (0.8%) de incompatibilidad de Rh (-), pertenece al grupo de edades de 45- 49 años.

Recién nacido		Recuento	% del N de la columna	Total
apgar_1'	Óbito	0	0.0%	124
	Depresión severa 1 - 3	1	.8%	
	Depresión moderada 4 - 5	4	3.2%	
	Depresión leve 6 - 7	6	4.8%	
	Normal más de 8	113	91.1%	
apgar_5'	Óbito	0	0.0%	124
	Depresión severa 1 - 3	0	0.0%	
	Depresión moderada 4 - 5	0	0.0%	
	Depresión leve 6 - 7	3	2.4%	
	Normal más de 8	121	97.6%	
peso al nacer	Macrosomico	5	4.0%	124
	Bajo Peso	8	6.5%	
	Grande	15	12.1%	
	Adecuado	96	77.4%	
talla	Grande	6	4.8%	124
	Pequeño	8	6.5%	
	Adecuado	110	88.7%	
Defectos congénitos	Trisomía 21	1	.8%	124
	Ninguna	123	99.2%	
RN normal	No	1	.8%	124
	Si	123	99.2%	
RCIU	Si	0	0.0%	124
	No	124	100.0%	
Síndrome de insuficiencia respiratoria	Si	1	.8%	124
	No	123	99.2%	
prematureo	Si	4	3.2%	124
	No	120	96.8%	
Muerte perinatal	Si	0	0.0%	124
	No	124	100.0%	
Otros	Sepsis neonatal	1	0.8%	124
	Trastorno metabólico	1	0.8%	124
	Incompatibilidad RH (-)	1	0.8%	124
	Ninguno	121	97.6%	124

Fuente: ficha de recolección de datos (resultados maternos perinatales en gestantes mayores de 40 años a mas) realizadas en el HCLLH-2014

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados reflejan que las variables analizadas son similares con otras investigaciones llevadas a cabo.

El total de historias clínicas revisadas de gestantes mayores de 40 años que se atendieron su parto en el 2014 fueron 124 siendo este el 100%.

En el estudio se encontró que la edad de mayor porcentaje fue de 40-44 años con el 93.5% y de 45-49 años con los 6.5%, resultados similares a lo hallado por Anna Kristell Nolasco-Blé, Ricardo Jorge Hernández-Herrera y René Mónico Ramos-González en su estudio que realizaron en México, en el cual la edad promedio fue entre 40 y 47 años, con un mayor porcentaje en el grupo de edades de 40-44 años.

En el grado de instrucción, se encontró mayor porcentaje de pacientes con secundaria con un 61.3%, similar a lo hallado por Christian Jesús Hurtado Urrutia en un estudio realizado en Iquitos donde predominó el nivel secundaria con el 58.8%. Por otro lado, su procedencia con 94.4% procede de zona urbana.

En cuanto ocupación, se encontró que el 87.1% de mujeres se dedicaban a su casa, resultado similar en el estudio de Lilibeth Feba Olortegui Ramos, realizado en Lima con un porcentaje de 79.8%. Con respecto al estado civil con 75% de las pacientes son convivientes.

Con respecto a las características clínicas en base a los antecedentes obstétricos se encontró, en el Gesta Para, se encontró mayor porcentaje de gran multíparas con 77.4%, el cual no tuvo el mismo resultado que el estudio realizado por Christian Jesús Hurtado Urrutia en un estudio realizado en Iquitos.

Con respecto al periodo intergenésico, se observó que el 50% fue PI Largo, resultado similar en el estudio de Olortegui con un porcentaje de 61.9%.

En la edad gestacional, se encontró que el 89.5% del total de pacientes son a término, resultado similar en el estudio de Blanca Heras Pérez, Julio Gobernado Tejedor, Pablo Mora Cepeda y Ana Almaraz Gómez, realizado en España con un porcentaje de 86.7%

Respecto a las atenciones prenatales se observó, con mayor porcentaje a más de 7 AP que se presenta con un 41.9%, Resultado similar en el estudio realizado por Olortegui con 48.1%.

Con respecto a las características clínicas en base a los resultados maternos se encontró un 10.5% (13/124) de RPM en las pacientes, similar resultado en el estudio por Anna Kristell Nolasco-Blé, Ricardo Jorge Hernández-Herrera y René Mónico Ramos-González con 11.65% rotura prematura de membranas.

En cuanto a la EHE se encontró: 6.5% de preeclampsia leve y 4.8% de preeclampsia severa, resultado similar en el estudio realizado por Hurtado con 8.8% de preeclampsia.

En la anemia se encontró un 39.5% de anemia leve, 9.7% de anemia moderada y 0.8% de anemia severa, el cual no tuvo el mismo resultado por Olortegui.

En el caso de la cesárea, se encontró 42.7%, el cual no tuvo el mismo resultado en el estudio de Nolasco, Hernandez y Ramos. Por otro lado, el parto normal se encontró 54.8%.

Respecto al parto prematuro se presentó con 5.6%, resultado similar al estudio por Olortegui con 6.6%. En cuanto al parto múltiple se presentó un 3.2%, resultado muy similar al estudio por Nolasco, Hernandez y Ramos con 3.05% de parto múltiple.

En los resultados perinatales se encontró, RN normal 99.2%, por otro lado, se presentó defectos congénitos 0.8%, resultado que se asemeja al estudio de

Nolasco, Hernandez y Ramos con un porcentaje de 2.9% de defectos congénitos.

En el Peso al nacer: 12.1% grande, 6.5% bajo peso y 4.0% macrosómico, en el cual no tuvo el mismo resultado por Hurtado. En cuanto al Apgar (presentaron un grado de depresión) 11.2%, del cual apgar al 1' se encontró 8.8% de depresión y en el apgar a los 5' con un 2.4%.

En el grupo de estudio se encontró, Talla: 6.5% pequeño y 4.8% grande. En cuanto la Prematurez 3.2%, no presento similitud debido a que el estudio por Hurtado presento un 10.8% de prematurez.

En el Síndrome de insuficiencia Respiratoria 0.8%, el cual no tuvo el mismo resultado en el estudio por Heras, Gobernado, Mora y Almaraz.

En resumen, en los resultados maternos en relación a la edad materna avanzada, tuvo mayor incidencia en casos anemia obteniendo un total de 50.0% (anemia leve 39.5%, anemia moderada 9.7% y anemia severa 0.8%) y cesáreas obteniendo 42.7% del Hospital Carlos Lanfranco. En los resultados perinatales se encontró en menores porcentajes en el apgar con algún tipo de depresión 11.2%, prematurez, defectos congénitos y síndrome de insuficiencia respiratoria.

CONCLUSIONES

Basado en los resultados del estudio de Investigación se concluye que:

- ✓ Con respecto a los aspectos sociodemográficos se evidenció que aquellas gestantes mayores de 40 años comprendían las de edades de 40 a 44 años de edad con un estado civil de conviviente, secundaria completa, procediendo del ámbito urbano, ocupación ama de casa, gesta para siendo gran multíparas, periodo intergenesico largo, edad gestacional a término y teniendo más de 7 de atenciones prenatales.
- ✓ Con respecto a los resultados maternos, en cuanto al embarazo se evidencio un mayor porcentaje en anemia con un de 50%, con un RPM de 10.5% y con un EHE de 10.3%. En cuanto al parto se evidencio un mayor porcentaje en parto normal con un 54.8%, en cesáreas con un 42.7%, en parto prematuro con un 5.6% y un 3.2% en parto prematuro.
- ✓ Referente a los resultados perinatales; peso al nacer: con mayor porcentaje en RN adecuado con un 77.4%, seguido RN grande con un 12.1%; apgar al 1' (presentaron un grado de depresión) un 8.9%, apgar a los 5' con una depresión leve de 2.4%; talla adecuada con mayor porcentaje de un 88.7%; prematurez con un 3.2%; defectos congénitos 0.8% y Síndrome de insuficiencia Respiratoria en un mínimo porcentaje de 0.8% y en otros se encontró sepsis neonatal con un 0.8%, trastorno metabólico con un 0.8% e incompatibilidad RH (-) con un 0-8%.

RECOMENDACIONES

Dado que la edad mayor de 40 años es un factor agravante en los resultados maternos perinatales se recomienda al Hospital lo siguiente:

- ✓ Fortalecer la correcta información de consejería preconcepcional en mujeres mayores de 40 años a más que deseen salir embarazadas, con el objetivo de que puedan conocer los posibles riesgos y cuidados que deben tener durante este proceso, con el fin de que cursen un embarazo con una mínima posibilidad de inconvenientes.
- ✓ Informar a las mujeres que decidan embarazarse a esta edad la importancia de una consulta preconcepcional con el fin de que puedan recibir el consejo genético, conocer el estado de salud de la mujer antes del embarazo con el fin de tratar enfermedades con condiciones mórbidas previas para un manejo profesional adecuado. Así mismo tener resultados maternos perinatales óptimos preservando la salud de madre – hijo.
- ✓ La atención prenatal es la estrategia que favorecerá la identificación de riesgos y conducción del embarazo en estas mujeres por lo que se recomienda que deba iniciarse de manera precoz, periódica y en un establecimiento de alta complejidad, porque será necesario el trabajo en equipo de obstetras y médicos, u otras especialidades para un manejo óptimo de la gestación.

FUENTES DE INFORMACION

1. Bermello M.; Uquillas J. Caracterización del embarazo en edad avanzada y sus repercusiones materno-fetales, hospital provincial Verdi Cevallos Balda, Portoviejo Enero -Junio 2012. [tesis de grado]. Portoviejo-Ecuador: UTDM; 2012.
<http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/50000/5090/1/tesis%20%20embarazadas%20en%20edad%20avanzada.pdf>
2. Paredes N. Maternidad postergada. Horiz Med [en línea] 2013 [fecha de acceso 14 de agosto de 2015]; 13 (1). URL disponible en:
<http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/65/67>
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013. Lima: INEI; 2014
http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1151/pdf/Libro.pdf
4. Heras B, Gobernado J, Mora P, Almaraz A. La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. Elsevier [en línea] 2011 [17 de agosto de 2015]; 54 (1) URL disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-la-edad-materna-como-factor-riesgo-obstetrico-90034646>
5. Olortegui R.L. Factores asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas en el instituto nacional materno perinatal, enero – junio 2013. [tesis de licenciatura] Lima: UNMSM; 2014
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3679/1/Olortegui_rl.pdf
6. García A, Alemán M. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. Rev. Cubana de Obstet y Ginecol [en línea] 2010 [17 de agosto de 2015]; 36

(481) URL disponible en :

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138600X2010000400002&script=sciarttext>

7. Nolasco B, Hernández H, Ramos G. Hallazgos perinatales de embarazos en edad materna avanzada. Ginecol Obstet Mex [en línea] 2012 [18 de agosto de 2015]; 80 (270) URL disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom124e.pdf>

8. Hurtado U.C. Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes añosas y adolescentes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García enero a diciembre 2013. [tesis de licenciatura] Iquitos: UNApiquitos 2014.

http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtual/Resultados_Busqueda.asp?q=complicaciones%20obst%E9tricas%20en%20gestantes%20a%F1osas%20%20BibVirtual/Publicaciones&domains=sisbib.unmsm.edu.pe&sitesearch=sisbib.unmsm.edu.pe

9. Lemor A. Relación entre la edad materna avanzada y la morbilidad neonatal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Enero -Octubre del 2012. Horiz Med [en línea] 2014 [18 de agosto de 2015]; 14 (22) URL disponible en:

<http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v14n2/a05v14n2.pdf>

10. Portal del estado peruano

http://www.peru.gob.pe/directorio/pep_directorio_detalle_institucion.asp?cod_institucion=13151

11. Ministerio de salud. Observatorio. 2015

[http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/x_encuentro/23sep/Segundo/1Proyecto%20de%20Mejora%20-%20Hospital%20Carlos%20Lanfranco%20La%20Hoz.pdf\(deli,itaciomespacial\)](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/x_encuentro/23sep/Segundo/1Proyecto%20de%20Mejora%20-%20Hospital%20Carlos%20Lanfranco%20La%20Hoz.pdf(deli,itaciomespacial))

12. Gómez R. Alto riesgo obstétrico. Ginecoweb. [en línea] 2015 [19 de agosto de 2015];1 (1) URL disponible en:
<http://www.maternofetal.net/5aro.html>
13. Herrera L; Martínez L. el embarazo multiple: ¿es realmente un factor de alto riesgo obstétrico? .Cedem [en línea] 2009 [19 de agosto de 2015]; 2 URL disponible en:
http://www.alapop.org/2009/images/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2008_FINAL_28.pdf
14. Menéndez G, Navas I, Hidalgo Y, Espert J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol [en línea] 2012 [19 de agosto de 2015] 38 URL disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006
15. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Boletín Epidemiológico (Lima) 2012; 21 (26)
16. Guizar S. Edad materna avanzada como factor de riesgo de resultados perinatales adversos en el hospital materno infantil del ISSEMYM en el periodo del 1 de agosto de 2012 al 31 de julio de 2013. [Tesis de maestría]. Toluca-México; UAEDM; 2014
<http://ri.uaemex.mx/bitstream/123456789/14862/1/Tesis.417702.pdf>
17. Amaro F, Ramos M, Mejías N, Cardoso O, Bentacourt R. Repercusión de la edad materna avanzada sobre el embarazo, el parto y el recién nacido. Redalyc. [en línea] 2008 [19 de agosto de 2015] 10 (3) 3. URL disponible en:
www.redalyc.org/articulo.oa?id=211117906006
18. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Aprendizaje y escolaridad del niño Prematuro. UNICEF. 2010.
http://www.unicef.org/argentina/spanish/escuelas_prematuros2.pdf.

19. University of Maryland. Índice de APGAR; 2014.
<http://umm.edu/health/medical/spanishpreg/trabajo-de-parto-y-parto/indice-de-apgar>
20. Juárez AS. Resultados perinatales adversos en embarazadas añosas. [Tesis de especialidad]. México: Departamento de estudios de Postgrado, Universidad Veracruzana; 2013.
21. Heredia B. Muerte fetal. 237
<http://www.hvil.sld.cu/instrumental-quirurgico/biblioteca/ginecobstetricia%20-%20rigol/cap23.pdf>
22. Valenti E, Grandi C, Barral R, Pensotti A. y Gago A. Influencias de la edad materna avanzada y la edad gestacional sobre la muerte fetal: análisis por tablas de vida. Redalyc [en línea] 2009 [19 de agosto de 2015]; 26 (150). URL disponible en:
www.redalyc.org/articulo.oa?id=91226405
23. Munares O, García , Gómez G y Guizado. Anemia en gestantes añosas atendidas en los establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2009-2012. Redalyc [en línea] 2014 [19 de agosto de 2015]; 18 (02). URL disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/2031/203131877001.pdf>

ANEXOS

- Matriz de Consistencia
- Instrumento de recolección de datos
- Juicio de expertos
- Autorización Institucional

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DEL PROYECTO: Resultados maternos perinatales en gestantes mayores de 40 años en el hospital Carlos Lanfranco la Hoz - 2014

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización		Método
			Variable	Indicadores	
<p>Problema principal</p> <p>¿Cuáles son los resultados maternos y perinatales en gestantes mayores de 40 años en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el año 2014?</p> <p>Problemas secundarios</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los resultados maternos en gestantes mayores de 40 años? • ¿Cuáles son los resultados perinatales en gestantes mayores de 40 años? 	<p>Objetivos generales</p> <p>Determinar los resultados maternos y perinatales en gestantes mayores de 40 años en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el año 2014.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los resultados maternos en gestantes mayores de 40 años. • Determinar los resultados perinatales en gestantes mayores de 40 años. 	<p>No es pertinente</p>	<p>Variable 1</p> <p>Los resultados maternos</p> <p>Variable 2</p> <p>Los resultados perinatales</p>	<p>EHE Anemia Parto normal Parto disfuncional Hemorragia post-parto RPM Parto prematuro Parto múltiple Cesárea Muerte materna</p> <p>Apgar Defectos congénitos Recién nacido normal RCIU Peso al nacer Talla Síndrome de Insuficiencia respiratoria Prematurez Muerte perinatal</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Retrospectivo, porque el inicio del estudio es posterior a los hechos estudiados, los datos se recolectaran de las historias clínicas. De corte transversal, la unidad de muestra será tomada en un solo tiempo y por una sola oportunidad.</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Aplicativo porque se realizará sobre hechos concretos y específicos, de carácter netamente utilitarios.</p> <p>MÉTODO</p> <p>Cuantitativo por que se vale de los números para examinar datos e información. Con un determinado nivel de error y nivel de confianza.</p>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

**Resultados maternos perinatales en gestantes mayores de 40 años en el
Hospital Carlos Lanfranco la Hoz – 2014**

I. ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

1) Edad: __ años

2) Procedencia:

Urbano () Rural ()

3) Nivel de Instrucción:

Iletrada () Primaria () Secundaria () Superior ()

4) Ocupación:

Estudiante () Trabajadora () Oficio del hogar ()

Otros.....

5) Estado civil:

Soltera () Casada () Conviviente () Divorciada ()

6) Uso de método anticonceptivo:

Ninguno () Iny. Trimestral () Preservativo masculino ()

Otros.....

7) G_ P_____

Primípara () Multípara () Gran multípara ()

8) Periodo Intergenésico:

Corto () Adecuado () Largo ()

9) EG: __ __ Semanas

Prematuro () A termino () Post termino ()

10) APR: _

0 AP () 1 a 3 AP () 4 a 6 AP () +7 AP ()

II. RESULTADOS MATERNOS

11) RPM ()

12) EHE ()

Preeclampsia leve () Preeclampsia severa () Eclampsia ()

HELLP () Ninguno ()

13) Anemia ()

Leve () Moderada () Severa () Ninguna ()

14) Parto disfuncional ()

15) Parto normal ()

16) Parto múltiple ()

17) Parto prematuro ()

18) Cesárea ()

De emergencia () Electiva () NA ()

19) Hemorragia post-parto ()

20) Muerte materna ()

21) Otros

III. RESULTADOS PERINATALES

22) Apgar:

Al 1'

Óbito () 1 a 3 () 4 a 5 () 6 a 7 () + de 8 ()

A los 5'

Óbito () 1 a 3 () 4 a 5 () 6 a 7 () + de 8 ()

23) Peso al nacer: ___kg

Bajo peso () Adecuado () Grande () Macrosomico ()

24) Talla: ___cm

Pequeño () Adecuado () Grande ()

25) Defectos congénitos

26) Recien nacido normal

27) RCIU

28) Síndrome de Insuficiencia respiratoria ()

29) Prematurez ()

30) Muerte perinatal ()

31) Otros: