

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**“RAFAEL DONAYRE ROJAS”**



**Título:**

**RESULTADOS PERINATALES Y OBSTÉTRICOS EN  
GESTANTES MAYORES DE 35 AÑOS EN EL HOSPITAL  
REGIONAL DE LORETO EN EL AÑO 2014**

**TESIS**

**Para Optar el Título de Médico – Cirujano**

**Presentado por:**

**Bachiller SLY JUVEN RAMIREZ PAREDES**

**Asesor:**

**Dr. JAVIER VÁSQUEZ VASQUEZ**

**IQUITOS – PERÚ**

**2015**

## INDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDO.....	2
ÍNDICE DE TABLAS .....	3
ÍNDICE DE GRAFICOS .....	4
DEDICATORIA .....	7
AGRADECIMIENTOS .....	8
RESUMEN .....	10
<b>CAPÍTULO I</b>	
PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA .....	13
JUSTIFICACION.....	16
OBJETIVOS.....	18
<b>CAPÍTULO II</b>	
MARCO TEÓRICO .....	20
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES .....	53
<b>CAPÍTULO III</b>	
METODOLOGIA .....	60
<b>CAPÍTULO IV</b>	
RESULTADOS .....	66
DISCUSIONES .....	87
CONCLUSIÓN .....	92
RECOMENDACIONES .....	94
<b>CAPÍTULO V</b>	
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA .....	96
ANEXOS .....	101

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla N°01:</b>	Características Sociodemográficas de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.	66
<b>Tabla N°02</b>	Características Obstétricas de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.	72
<b>Tabla N°03:</b>	Características Perinatales de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.	78
<b>Tabla N°04:</b>	Complicaciones de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.	85

## ÍNDICE DE GRAFICOS

<b>Grafico N°01:</b>	Distribución según edad de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014	68
<b>Grafico N°02</b>	Distribución según estado civil de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014	69
<b>Grafico N°03:</b>	Distribución según nivel de instrucción de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.	69
<b>Grafico N°04:</b>	Distribución según procedencia de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.	70
<b>Grafico N°05:</b>	Distribución según distrito de procedencia de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.	70
<b>Grafico N°06:</b>	Distribución según ocupación de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.	71
<b>Grafico N°07:</b>	Distribución según número de gestaciones de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.	74
<b>Grafico N°08:</b>	Distribución según paridad de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.	75
<b>Grafico N°09:</b>	Distribución según número de abortos de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.	75
<b>Grafico N°10:</b>	Distribución según edad gestacional de las	76

	gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.	
<b>Grafico N°11:</b>	Distribución según número de controles prenatales de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.	76
<b>Grafico N°12:</b>	Distribución según periodo intergenésico de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.	77
<b>Grafico N°13:</b>	Distribución según índice de masa corporal de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.	77
<b>Grafico N°14:</b>	Distribución según tipo de parto de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.	80
<b>Grafico N°15:</b>	Distribución según color de líquido amniótico durante el parto de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.	81
<b>Grafico N°16:</b>	Distribución según presencia de desgarro durante el parto de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014	81
<b>Grafico N°17:</b>	Distribución según tipo de desgarro durante el parto de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.	82
<b>Grafico N°18:</b>	Distribución según puntaje Ápgar en los recién nacidos de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.	82
<b>Grafico N°19:</b>	Distribución según sexo en los recién nacidos de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014	83
<b>Grafico N°20:</b>	Distribución según peso de los recién nacidos de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014	83

<b>Grafico N°21:</b>	Distribución según talla de los recién nacidos de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014	84
<b>Grafico N°22</b>	Complicaciones de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.	86

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis a Dios quién ha guiado mi vida por el buen camino  
A papá y mamá con todo mi cariño y amor que hicieron todo en la vida para que pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, porque su presencia y persona han ayudado a construir y forjar la persona que ahora soy.

A mi hermano por su ejemplo de perseverancia, por sus consejos, por acompañarme en los buenos y malos momentos.

A mis queridos abuelos que gracias a su sabiduría influyeron en mí la madurez para lograr todos los objetivos en la vida.

A mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por darme la vida y la sabiduría durante todo el desempeño de mi carrera.

A mi familia por ser fuente de apoyo constante e incondicional en toda mi vida y en los años de mi carrera profesional, pero especialmente a mi madre que sin su ayuda hubiera sido difícil culminar mi profesión.

A mi asesor que me brindo sus conocimientos y su orientación para realizar este trabajo de forma desinteresada.

A cada miembro de mi jurado pues cada uno impartió lo mejor de sus experiencias a mi formación profesional.

A mis amigos quienes hicieron de esta etapa de nuestra vida inolvidable.



**TITULO**

RESULTADOS PERINATALES Y OBSTÉTRICOS EN GESTANTES  
MAYORES DE 35 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, EN EL  
AÑO 2014

## RESUMEN

**Introducción.** La Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) definió a la 'edad materna avanzada' como aquella mayor de 35 años considerada clásicamente como un riesgo obstétrico alto para complicaciones materno-perinatales y que debido a cambios económicos y sociales a nivel mundial, se observa en estos años una tendencia por parte de la mujer a retrasar el embarazo a edades cada vez mayores. Esta investigación pretende como objetivo describir los datos obstétricos y perinatales de madres mayores de 35 años. **Metodología.** El presente proyecto de estudio es de tipo descriptivo y transversal, con diseño observacional y retrospectivo, constituido por la totalidad de gestantes mayores de 35 años de edad hospitalizadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia, del Hospital Regional de Loreto durante el año 2014, teniendo de criterios de inclusión ser mayores de 35 años de edad, parto por cualquier vía, producto nacido vivo o natimuerto, cuyo parto fuera en el Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias" y durante el año 2014. **Resultados:** El promedio de edad fue de 38.60 años (DE: + 2.312), con un mínimo de 36 años y un máximo de 48 años, siendo el 81.9% entre 36 a 40 años. El 78.4% fueron convivientes y 5% solteras; el 53.5% de nivel secundario, 0.7% analfabetos; el 74.8% fueron de zona urbana, 16.3% rural y el 89% amas de casa. El 85% fueron multigestas, 53.5% multíparas, 1.4% nulíparas, 62.4% no presentaron aborto, 93.6% presentaron edad gestacional menor o igual a 40 semanas, el 43.6% menos de 6 controles. El 38.3% presentaron sobrepeso y el 19.1% obesidad tipo I. El 60.6% culminaron su gestación por vía vaginal y el 39.4% fue cesárea, el 10.6% presentaron desgarro, el 93.6% dieron a luz neonatos con APGAR de 7 a 10. El 55.7% tuvieron neonatos del sexo masculino y el 44.3% de sexo femenino. El promedio de peso neonatal fue de 3154.96g., naciendo del 88.7% de ellas con un rango de peso de 2500 a 4000 g, El promedio de talla neonatal fue de 49.37 cm. Entre las complicaciones el 48.9% presento ITU, 48.2% anemia, 18.4% parto prematuro, 12.4% RPM, 6.4% pre-eclampsia, y el 13.8% no presentó alguna complicación. **Conclusiones:** En las gestantes mayores de 35 años del

Hospital Regional de Loreto en el año 2014 se encontró sobrepeso y obesidad tipo 1 al inicio de la gestación; con mayor frecuencia parto vía vaginal, neonatos con Ápgar de 7 a 10, de sexo masculino, de peso de 2500 a 4000 g, de talla 48 a 52 cm; dentro de las complicaciones con más porcentaje ITU Y Anemia.

**Palabras claves:** gestantes mayores de 35 años, resultados obstétricos, resultados perinatales.

# **CAPITULO I**

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) definió a la 'edad materna avanzada' como aquella mayor de 35 años. Otros términos comúnmente usados son 'añosa', 'madura' y 'geriátrica'<sup>1</sup>. Se considera clásicamente a la edad avanzada durante la gestación como un riesgo obstétrico alto para complicaciones materno-perinatales y, en varias instituciones, estas pacientes son manejadas en cuidados de nivel especializado.<sup>2</sup> Entre los factores asociados con la edad avanzada son conocidos los trastornos hipertensivos gestacionales, la diabetes gestacional, la restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, nacimiento por cesárea, puntuación baja de Ápgar, muerte perinatal y el peso bajo al nacer<sup>3,4,5,6</sup>. Debido a cambios económicos y sociales a nivel mundial, se observa en estos años una tendencia por parte de la mujer a retrasar el embarazo a edades cada vez mayores.<sup>7</sup>

En países como Panamá, Chile, Ecuador, cerca del 35 % de las mujeres de 35 años y más se embarazan, este fenómeno se ha favorecido por los índices de pobreza y desempleo, no sucede así en otros países con gran desarrollo como EEUU, Francia y Canadá donde la fecundidad en esos años es mínima y llega a ser de un 15%.<sup>8,9</sup>. En España, en el 2010, el 22,4% de los nacimientos correspondieron a mujeres mayores de 35 años<sup>5</sup>. En Cuba la fecundidad en estas mujeres descendió a 10 por cada 1000<sup>10</sup>. En Uruguay la edad de maternidad también se ha retrasado en la última década, al pasar de los 24 a los 28 años, y la tasa de fecundidad ha bajado de 2,5 hijos en 1996 a 1,97 en 2011.

En Perú, en los años 80 una pareja decidía tener un hijo a los 28 años. En el 2001 la edad promedio de las mujeres para convertirse en madres fue de 21,9 años, mientras que en el 2004 paso a los 22,2 años; en el 2011, la edad media de las mujeres que deciden tener su primer hijo fue de 31 años<sup>11</sup>. Si bien en Perú no hay estadísticas claras sobre la cantidad de consultas por fertilidad, es claro que estas van en aumento y esto va a la par con la estadística mundial,

Ésta investigación, pretende como objetivo describir y analizar los datos obstétricos y perinatales de madres mayores de 35 años.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los resultados perinatales y obstétricos en gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014?

## JUSTIFICACIÓN

Hoy en día, la mayoría de mujeres busca cumplir ciertas metas profesionales, económicas y personales antes de empezar una familia<sup>12</sup>. Por esta razón, y a pesar de conocerse que el potencial reproductivo de las mujeres disminuye con la edad, en las últimas décadas se ha hecho muy común que las mujeres busquen quedar embarazadas a una edad reproductiva avanzada, teniendo que recurrir en muchos casos a tratamientos de fertilidad y técnicas de reproducción asistida.

El embarazo a edades mayores a 35 y 40 años aumenta en 1 y 2.5%, respectivamente.<sup>13</sup>

Jacobsson y su grupo reportaron un significativo incremento en el riesgo de diabetes gestacional en mujeres de 40-44 años.<sup>14</sup>

Diversas publicaciones han reportado incluso, 17% de incidencia de preeclampsia en mujeres mayores de 35 años, independientemente de la paridad.<sup>15</sup> En cuanto al crecimiento fetal, la tasa de los nacidos pequeños para la edad gestacional (menor del percentil 10) es 66% más alta en mujeres mayores de 40 años cuando se compara con mujeres entre 20-24 años.<sup>16</sup>

Simchen reportó que en mujeres mayores de 50 años los recién nacidos fueron significativamente más pequeños en comparación con las pacientes de entre 45 a 49 años y también tuvieron mayor incidencia de partos prematuros y en edades gestacionales más tempranas. A pesar de lo anterior, el estado de salud de los neonatos se consideró bueno, sin complicaciones neonatales significativas.<sup>17</sup>



En el año 2001 cuando casi todas las embarazadas tenían entre 20 y 25 años, e incluso muchas eran adolescentes, han quedado atrás, a pesar que muchas mujeres sienten la presión social del entorno, que las interpela sobre la "no maternidad", a partir de los 30 años.No obstante, el retraso en la edad para tener hijos es, en general, una decisión meditada, condicionada por determinados factores externos como las implicaciones laborales y económicas que supone ser madre, la inestabilidad o carencia de una pareja o, simplemente, no sentirse preparada para afrontar nuevas responsabilidades ni para renunciar a diferentes aspectos que conlleva la maternidad.

Actualmente, gracias a los avances en las tecnologías de reproducción asistida, como la fertilización in vitro, la cual puede usar óvulos donados por otra mujer aún mujeres que sobrepasan la edad de la menopausia pueden quedar embarazadas. Muchas mujeres de más de 35 años pueden tener embarazos saludables, sin problemas y tienen bebés sanos; sin embargo para estas mujeres, la edad puede influir en el embarazo.

El Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias" durante el año 2014 atendió 2984 partos, de los cuales 282 pertenecieron a mujeres mayores de 35 años; considerando que el embarazo en edades avanzadas es de alto riesgo, fue necesario realizar este trabajo para poder obtener datos estadísticos que describan los resultados perinatales y obstétricos de las mujeres pertenecientes a este grupo etáreo.

## **OBJETIVOS**

### **GENERALES**

Describir las características perinatales y obstétricas de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.

### **ESPECIFICOS**

- Describir las características sociodemográficas (edad materna, estado civil, grado de instrucción, zona de procedencia, distrito de procedencia, ocupación) de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.
- Identificar las características obstétricas (IMC al inicio de gestación, número de gestaciones, paridad, número de abortos, edad gestacional, número de controles prenatales, periodo intergenésico) de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.
- Describir las características perinatales (complicaciones perinatales, tipo de culminación de embarazo, duración del parto, color de líquido amniótico, presencia de desgarros en parto) de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.
- Describir las características de los neonatos (Ápgar al nacer, sexo del neonato, peso del neonato, talla del neonato) de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.

# **CAPITULO II**

## **MARCO TEÓRICO**

### **A. - BASES TEÓRICAS**

#### **GESTACION**

Se define al embarazo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquella etapa que comienza cuando termina la implantación<sup>18</sup>. DeCherney la define 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 al parto se llama feto<sup>19</sup>. Se denomina también como la secuencia de eventos que ocurren normalmente durante la gestación de la mujer y generalmente incluyen la fertilización, la implantación, el crecimiento embrionario, el crecimiento fetal, finalizando con el nacimiento luego de un período correspondiente a 280 días o 40 semanas.

Se define como edad fértil, a las comprendidas entre 12 y 49 años, estableciendo como edad óptima reproductiva las edades entre 15 y 34 años<sup>20</sup>. Por lo general, las mujeres comienzan 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 quedar embarazada que a una mujer joven. En algunos casos, la disminución de la fertilidad en las mujeres de más de 35 años se debe a que tienden a ovular (liberar un óvulo de los ovarios) con menor frecuencia que las mujeres más jóvenes, o también influyen ciertos problemas de salud que son más comunes después de esta edad, como, la

endometriosis, que ocasiona que los tejidos se adhieran a los ovarios o a las trompas de Falopio e interfieran con la concepción, entre otros.

Por ello, 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 entre 35 y 39 años y aproximadamente la mitad de las mujeres de más de 40 años tienen problemas de fertilidad y muchos de estos pueden tratarse 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 aumenta de forma natural con la edad, siendo más probable que este grupo deba someterse a un tratamiento de fertilidad, lo que aumenta las probabilidades de tener embarazo de embarazo múltiple. La mujer en edad avanzada, previo al embarazo debe realizarse una evaluación integral que comprenda aspectos hormonales, a través del cual puede conocerse con exactitud el funcionamiento de las hormonas reproductivas y otras como las hormonas tiroideas, prolactina y andrógenos. La histerosalpingografía, es el examen que permite estudiar la cavidad uterina y las trompas de Falopio, y para conocer la permeabilidad del órgano reproductor femenino y acceder a un panorama detallado de la salud reproductiva de la mujer. De acuerdo con los resultados de la evaluación de fertilidad, el especialista determinará cuáles son los pasos a seguir, teniendo en cuenta que actualmente existe un gran abanico de posibilidades en lo que se refiere a tratamientos de fertilidad; entre los cuales podemos mencionar como los más utilizados a la estimulación de la ovulación, en aquellos casos en que la mujer presente problemas ovulatorios;

la inseminación intrauterina, cuando se presentan problemas en el hombre o bien cuando la interacción moco cervical y semen no es la adecuada; la reproducción asistida y entre otras, ya que, actualmente, la complejidad de la medicina en lo que se refiere al campo de la reproducción ha avanzado a un ritmo vertiginoso, brindando las respuestas y soluciones a la mayoría de los casos en que la concepción parece imposible. Se define al embarazo de alto riesgo, como aquel en el que la madre, el feto o el recién nacido tiene o pueden tener un mayor riesgo de morbilidad o mortalidad antes, durante o después del parto. El embarazo de alto riesgo constituye el 10 al 20% del total de embarazos y es el responsable del 75% de la morbilidad y mortalidad del feto y del recién nacido.

## **FISIOLOGÍA DE LA GESTACION**

La gestación se ha considerado como un estado fisiológico y este concepto ha permitido a muchos menospreciar el valor que el control del embarazo tiene dentro del proceso reproductivo. Cuando se conoce la fisiología de la gestación, se pueden reconocer más fácilmente los cambios que indiquen anormalidad.

## **DURACIÓN**

El embarazo normal en el humano tiene una duración promedio de 280 días, contados a partir del primero de la última menstruación. En cuatro centros asistenciales de Medellín se encontró una duración promedio de 38 semanas (266 días). Para algunos autores que han controlado la fecha exacta de la ovulación, la gestación puede durar entre 265 y 270 días. Para calcular la fecha

probable del parto se utiliza la regla de Naegele. Al primer día de la fecha de la última menstruación, FUM, se le agregan siete días y se le restan tres meses. La regla de Pinard también se utiliza en algunas partes. Consiste en restarle tres meses a la FUM y agregar 10 días. Como se puede observar, la edad gestacional y la fecha probable del parto, FPP, no se pueden establecer matemáticamente y es preciso valerse de los hallazgos clínicos y de la evolución del embarazo para tomar algunas conductas.

Para definir la FUM es preciso tener en cuenta el uso de anticonceptivos, especialmente en los últimos 3 meses esto es importante porque las irregularidades del ciclo menstrual son frecuentes en mujeres que han utilizado pastillas de tipo combinado en los últimos años. Si la gestante ha sido sometida a estudio de esterilidad debe analizarse muy bien el dato relacionado con los últimos ciclos, especialmente si éstos han sido irregulares. La causa que motivó la esterilidad tiene mucho valor anamnésico, como también si ésta fue voluntaria o involuntaria. La lactancia es otro dato que se debe tener en cuenta. Se sabe que durante este período fisiológico se desencadena una amenorrea que es variable, pero que sin embargo puede acompañarse de ovulación hasta en un 20%. La lactancia materna se recomienda por diferentes razones y por tanto tiene gran valor semiológico detallar los cambios menstruales relacionados con ella.

## **CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y SÍNTOMAS FRECUENTES DEL EMBARAZO**

La mantención del feto in útero, proporcionándole un medio ambiente favorable, y el apropiado aporte de nutrientes y oxígeno para su desarrollo, requieren una serie de cambios adaptativos maternos. Estos cambios fisiológicos adaptativos son en su gran mayoría secundarios a eventos mecánicos y eventos hormonales (altos niveles de estrógenos y progesterona de origen placentario). Los cambios fisiológicos adaptativos crean el medio favorable para el feto, pero a su vez, son responsables de síntomas frecuentes y propios del embarazo.

### **a. Sistema Músculo-Esquelético**

Aparición precoz de hiperlordosis lumbar, hiperextensión de la musculatura paravertebral (más aún en pacientes con sobrepeso), abducción de los pies (“marcha de pato”) y separación de las ramas pubianas en la sínfisis pubiana (produce inflamación de la sínfisis pubiana).

Estas modificaciones fisiológicas ocasionan dolor pubiano y dolor lumbar como síntomas característicos del embarazo. Para su alivio se puede usar paracetamol y calor local. No usando AINES por riesgo de oligohidramnios.

### **b. Genitales Internos**

Para permitir el crecimiento y desarrollo del feto y los anexos ovulares, el útero aumenta su tamaño progresivamente. Este aumento del tamaño uterino y los ligamentos de soporte, da origen a variados síntomas de los que la embarazada suele quejarse: dolor similar a “menstruación”, dolor tipo “puntada”



o “tirón” inguinal, sensación de peso hipogástrico y/o dolor tipo puntada vaginal o rectal.

### **c. Piel y Faneras**

Eritema palmar y arañas vasculares (hiperestrogenizadas). Estrías de distensión: primero color rosado-violáceas, que se desarrollan en forma perpendicular a las líneas de tensión de la piel, y luego son blancas y atróficas. En general se desarrollan el segundo trimestre de embarazo y se pueden atribuir a la distensión cutánea del abdomen y a los mayores niveles de corticosteroides del embarazo. Estos últimos tienen la capacidad de disminuir la síntesis de colágeno y el número de fibroblastos en la dermis. Las estrías son irreversibles y se correlacionan con las características de la piel de cada mujer. El no subir mucho de peso ayuda parcialmente a prevenirlas. Asociado a la aparición de estrías, las pacientes suelen quejarse de prurito leve. Hiperpigmentación: se da principalmente en mujeres de piel oscura y no siempre desaparecen. Ocurre hasta en el 90% de las embarazadas. Es uno de los signos más precoces y evidentes del embarazo. Se ubica principalmente en regiones sensibles a la influencia hormonal: pezones, areola, vulva y región perianal. Otras zonas características son la línea parda umbilical y el melasma (en la mejilla). Esto también puede ocurrir en mujeres que usan anticonceptivos hormonales. Es importante el uso de protector solar. Los estrógenos y la progesterona son fuertes inductores melanogénicos. Poco se sabe acerca de la naturaleza de las modificaciones pigmentarias, sin embargo, la hormona estimulante de melanocitos (MSH) se ha encontrado consistentemente elevada desde el final del segundo mes de gestación hasta el término del embarazo.

Cuando la mujer está embarazada, se pierde la acción de la dopamina, y con esto se pierde su efecto inhibitorio sobre la proopiomelanocorticotrofina con lo que se produce una marcada hiperpigmentación de la piel.

**d. Sistema Endocrino:**

**I. Hipófisis:** aumento de volumen y producción de lactótrofos, encargados de la producción de prolactina. Recordemos también el Síndrome de Sheehan que es un cuadro caracterizado por un hipopituitarismo post-parto, producto de la necrosis por hipoperfusión hipofisaria, secundaria a shock hipovolémico en el contexto de hemorragia excesiva durante el parto. Este síndrome puede presentar síntomas como agalactia, fatiga, amenorrea e hipotensión.

**II. Tiroides:** los síntomas del embarazo pueden simular un hipo o hipertiroidismo. La paciente se mantiene eutiroides, sin embargo existe aumento de TBG, T3 y T4. La T4 libre se mantiene en rangos normales. El control debe hacerse siempre con TSH y T4 libre.

**III. Suprarrenal:** Existe producción de ACTH placentaria, que estimula la producción de cortisol. Por los estrógenos existe aumento de CBG (proteína transportadora de esteroides). El cortisol libre se mantiene en rangos normales.

**IV. Páncreas:** En el primer trimestre existe hiperplasia de islotes pancreáticos, aumento de la secreción de insulina, y aumento de la utilización periférica de glucosa, todo esto ocasiona una reducción de la glicemia de ayuno. En el 2do y 3er trimestre se produce aumento de la

resistencia periférica a la insulina (en respuesta al lactógeno placentario). Las mujeres sanas compensan la resistencia a la insulina mediante niveles mayores de esta hormona. Aproximadamente un 10% de embarazadas no logran compensar y desarrolla Diabetes Mellitus Gestacional.

#### **e. Sistema Cardio-Circulatorio**

En la gestación aumenta el débito cardíaco por aumento de volumen circulante. Además existe leve aumento de la frecuencia cardíaca y del volumen de eyección. A nivel vascular periférico, existe disminución de la presión arterial y de la resistencia vascular periférica (principalmente porque la placenta es territorio de baja resistencia). Los rangos de presiones oscilan entre 80/50 y 100/60. Por estos cambios la embarazada suele manifestar: palpitaciones, cefalea y lipotimia (por hipotensión ortostática).

#### **f. Sistema Respiratorio**

Durante el embarazo el consumo de oxígeno aumenta en aproximadamente un 18%. Casi 1/3 del aumento de dicho consumo es necesario para el metabolismo fetal y placentario. El resto es utilizado para los procesos metabólicos aumentados de la madre, fundamentalmente para la filtración, excreción y reabsorción aumentadas del riñón. Durante el embarazo se genera un aumento en la ventilación y una caída asociada de la  $p\text{CO}_2$  que ocurren en el embarazo probablemente por acción de la progesterona que actúa por varios mecanismos:

- Aumenta la sensibilidad del centro respiratorio al CO<sub>2</sub>, por lo que un alza de 1 mmHg aumenta la ventilación en 5L/min en el embarazo, comparado con 1.5 L/min fuera de él.
- Es posible que la progesterona también actúe como un estimulante primario del centro respiratorio, independiente de cualquier cambio en el umbral o la sensibilidad al CO<sub>2</sub>.
- Disminuye la resistencia de la vía aérea y aumenta la frecuencia respiratoria.
- Aumenta el volumen corriente como sobrecompensación al aumento de consumo de oxígeno generado por sus propios requerimientos.
- Aparece la respiración costal.
- Mediante la excreción de bicarbonato en la orina, el riñón compensa la alcalosis respiratoria que se genera al disminuir la pO<sub>2</sub>.

Debido a esta adaptación respiratoria, las embarazadas refieren: dificultad respiratoria, "Falta de aire", "Dormir sentada" y cansancio.

#### **g. Sistema Nefrourológico**

Modificaciones anatómicas:

- Cada riñón aumenta 1-1.5 cm. de longitud.
- La pelvis renal se dilata.
- Los uréteres se dilatan por sobre el borde superior de la pelvis ósea, además se elongan, se ensanchan y se curvan.
- Aumenta la estasis urinaria que puede hacer más difícil la interpretación de los análisis de función renal y facilita la aparición de una infección urinaria.

Factores que contribuyen a la dilatación de la vía urinaria:

- Niveles elevados de progesterona contribuyen a la hipotonía del músculo liso del uréter.
- El complejo venoso ovárico del ligamento suspensorio del ovario aumenta lo suficiente de tamaño como para comprimir el uréter contra el borde de la pelvis ósea, causando así la dilatación que se observa por sobre ese nivel. Esto se puede observar desde las 8 semanas de gestación.
- La dextrorrotación del útero durante el embarazo puede explicar por qué generalmente el uréter derecho está más dilatado que el izquierdo.
- La hiperplasia del músculo liso en el tercio distal del uréter puede causar reducción de su luz.

A nivel renal, aumenta el flujo plasmático y la filtración glomerular (clearance de creatinina mayor a 120). Esto último explicaría por qué algunas pacientes presentan glucosuria (sin ser diabéticas) o proteinuria con capacidad de reabsorción tubular disminuida (normal hasta 300 mg/24 hrs). En general las mujeres embarazadas pierden sodio, ya que la progesterona actúa como hormona antimineralocorticoide sobre la aldosterona.

El volumen de orina no se modifica, sin embargo con frecuencia la embarazada se queja de micción frecuente, probablemente por compresión vesical. No siempre es fácil diferenciar entre este síntoma normal y una ITU, de modo que en caso de duda es bueno pedir un urocultivo.

## **h. Sistema Digestivo**

También en relación a los cambios en los niveles de progesterona, disminuye la motilidad del estómago, intestino delgado e intestino grueso. A su vez disminuye el tono del esfínter esofágico inferior, con lo que aumenta el riesgo de reflujo gastroesofágico. Para el tratamiento de éste, durante el embarazo se prefiere el uso de antiácidos (hidróxido de aluminio con hidróxido de magnesio) y ranitidina o famotidina por sobre el omeprazol, ya que tienen mayor nivel de seguridad. En algunas mujeres existe distensión abdominal y disminución en la función de la vesícula biliar, aumentando el riesgo de cólicos biliares. Esto último se debe principalmente a la hipotonía de las paredes de músculo liso de la vesícula. La colecistoquinina, regulador primario de la contractilidad vesicular, aparentemente estaría inhibida por la progesterona. Esta alteración contráctil llevaría a la estasis biliar, que asociada con el aumento de la saturación de colesterol del embarazo, explicaría la asociación de cálculos vesiculares de colesterol a la paridad. El aumento en los niveles de colesterol es considerado normal en mujeres embarazadas. Producto de los altos niveles de estrógenos, aumenta la síntesis de proteínas hepáticas; sin embargo esto no tiene repercusión clínica. Son síntomas digestivos frecuentes: distensión abdominal; reflujo gastroesofágico, pirosis y constipación.

## **i. Sistema Hematológico**

El volumen sanguíneo aumenta en un 60% y la mayor parte ocurre antes de las 32-34 semanas. En el embarazo se considera indispensable esta hipervolemia para cubrir las necesidades de oxígeno y soportar el aumento de la demanda sanguínea del útero con su sistema vascular hipertrofiado y de baja resistencia

A nivel de células sanguíneas se observa disminución de las plaquetas y aumento de la masa de eritrocitos y leucocitos en un 30%. Esto último sumado al aumento del volumen plasmático, hace que se genere un estado de “anemia fisiológica”. Los valores mínimos de hematocrito normales son entonces: Primer trimestre 33%, Segundo trimestre 30% y Tercer trimestre 33%.

También existen alteraciones en los factores de la coagulación. Aumentan los factores VII, VIII, IX, X y I; no se alteran los factores II, V y XII, y bajan los factores XI y XIII. Con lo anterior se explica que durante el embarazo existe un estado de hipercoagulabilidad. El riesgo de tromboembolismo en la población general es de 1/10.000 y en mujeres embarazadas 1/1.000. El periodo de mayor riesgo es el puerperio.

#### **j. Glándula Mamaria**

Desde el comienzo de la gestación la glándula mamaria se prepara para la lactancia, y es posible observar aumento de la irrigación mamaria, aumento del volumen mamario, secreción láctea y pigmentación de la areola. Con frecuencia las embarazadas se quejan de congestión mamaria, galactorrea y prurito en los pezones.

#### **k. Modificaciones vasculares**

1. **Edema:** principalmente de miembros inferiores (80% de los casos). Asociado a:
  - ✓ Aumento de la retención hídrica
  - ✓ Aumento de la permeabilidad vascular
  - ✓ Aumento del flujo sanguíneo

- ✓ Disminución de la presión osmótica del plasma
- 2. **Telangiectasias aracnoideas:** se desarrollan entre el segundo y quinto mes de embarazo. Presentes en el 57% de las mujeres embarazadas de piel blanca. Se presentan en áreas drenadas por la vena cava superior: parte superior del tórax y cara. Desaparecen en el post parto.
- 3. **Eritema palmar:** presente en el 70% de las mujeres embarazadas blancas. Aparece en el primer trimestre de gestación y desaparece en la primera semana post parto. Se puede presentar como eritema difuso de toda la palma o eritema confinado a las eminencias tenares e hipotenares.
- 4. **Várices:** afectan al 40% de las embarazadas. La etiología es múltiple:
  - ✓ Aumento de la presión venosa en los vasos pélvicos y femorales por compresión del útero grávido
  - ✓ Aumento de la volemia
  - ✓ Fragilidad aumentada del colágeno
  - ✓ Tendencia hereditaria

## **I. Modificaciones metabólicas:**

### 1. Metabolismo del agua:

Aumenta la retención hídrica. El agua corporal total aumenta 7-9 litros hacia el final del embarazo. Esto se distribuye proporcionalmente entre el compartimiento materno y el fetoplacentario. En la madre, el 75% del incremento hídrico se ubica en el espacio extracelular (caída de la osmolaridad plasmática). El edema de extremidades inferiores se debe tanto



a este mecanismo, como a la compresión de la vena cava inferior por el útero grávido.

## 2. Metabolismo proteico:

El 50% del anabolismo proteico corresponde al contenido placentario, y el 50% restante se distribuye entre la mama y la sangre materna (en forma de hemoglobina y proteínas plasmáticas.) Para el anabolismo proteico es además indispensable una ingestión adecuada de lípidos e hidratos de carbono.

## 3. Metabolismo de los hidratos de carbono:

El embarazo es un estado potencialmente diabetogénico y su evolución normal se caracteriza por una moderada hipoglicemia de ayunas, hiperglicemia post prandial e hiperinsulinemia. La hipoglicemia podría explicarse por la hipertrofia, hiperplasia e hipersecreción de las células  $\beta$  del páncreas, observadas durante el embarazo. Es sabido que los estrógenos, la progesterona y el lactógeno placentario tienen participación en estos hechos. El embarazo se relaciona con un estado de insulino-resistencia (ver sistema endocrino).

## 4. Metabolismo lipídico:

Existe un estado de hiperlipemia durante la gestación. Existe elevación de ácidos grasos, colesterol (HDL, LDL), fosfolípidos y triglicéridos. La fracción de LDL es la que más aumenta. La placenta ejerce una fuerte demanda de colesterol. Los ácidos grasos se reservan en forma de triglicéridos. La madre

utiliza grasa y la convierte en energía, mientras que el feto reserva para sí los hidratos de carbono y aminoácidos.

#### 5. Metabolismo del calcio:

La homeostasis del calcio es regulada por un sistema complejo que involucra a la paratohormona (PTH), a la calcitonina y al calcitriol (D3). La Vitamina D es una hormona sintetizada por la piel o ingerida. La hormona D3 es metabolizada por el hígado a 25-hidroxivitamina D3, y los riñones, la decidua y la placenta la convierten en su forma biológicamente activa 1,25 (OH) 2-D3.

Las concentraciones maternas de hormona D3 aumentan durante el embarazo, promoviendo la absorción de calcio y su transporte al feto. La acción de la calcitonina es la opuesta a la PTH y el calcitriol. Las disminuciones agudas o crónicas de los niveles plasmáticos de calcio o magnesio plasmático, estimulan la liberación de la PTH, mientras que los incrementos de calcio o magnesio disminuyen su secreción.

Existen autores que proponen que durante el embarazo no se pierde mayor masa ósea ni mineral, y se apoyan en una menor incidencia de fracturas en la paciente multigesta con respecto a nulíparas en el periodo del climaterio.

#### 6. Metabolismo del hierro:

En el embarazo la demanda de hierro aumenta principalmente para satisfacer las demandas de la masa eritrocitaria en expansión, y secundariamente, los requerimientos de la placenta y el feto. El feto obtiene

el hierro de la madre por transporte activo a través de la placenta, en su mayor parte, las últimas cuatro semanas del embarazo.

El requerimiento total de hierro en el embarazo es de 700-1400 mg. Globalmente es de 4 mg/día en el embarazo, pero aumenta a 6.6 mg/día en las últimas semanas de la gestación.

Una dieta adecuada provee aproximadamente 14 mg de hierro al día, del que se absorbe sólo 1-2 mg. La absorción de hierro aumenta al final de la gestación; sin embargo, esto no permite proveer hierro suficiente a la embarazada, por lo que la suplementación siempre es necesaria.

## **B. – ANTECEDENTES DE ESTUDIO**

**Amaro y col. (2006)<sup>23</sup>**. En su estudio “Repercusión de la edad materna avanzada sobre el embarazo, el parto y el recién nacido” de tipo descriptivo, realizado en Cuba en el policlínico comunitario docente “Previsora” de Camagüey, que incluyeron 32 de un total de 37 mujeres con edad materna avanzada, predominaron las mujeres entre 35-39 años (75 %) mientras que con 40 años y más se encontraron a ocho grávidas (25 %). El antecedente patológico personal que más se presentó fue la hipertensión arterial crónica (85.7 %). Se observó que 14 pacientes (43.73 %) presentaron antecedentes patológicos personales; hubo quien presentó más de uno, la HTA crónica fue la más encontrada con 12 grávidas (85.7 %), seguido por las cardiopatías con 2 pacientes (14.29 %); el asma bronquial con 2 gestantes (14.29 %), y la infección urinaria con 1 embarazada (7.14 %). Las enfermedades propias del embarazo más frecuentes fueron la amenaza de parto pretérmino (73.3 %), la

enfermedad hipertensiva del embarazo (50 %) y la amenaza de aborto (43.3 %). Se constató un por ciento significativo de grávidas con tiempo de gestación menor a 37 semanas (25 %), parto distócico (46.87 %) y recién nacidos menor de 2500g (21.87%). Se reflejó el tiempo de gestación al momento del parto y se encontró que el mayor número de partos se produjo entre las 37 y 41.6 semanas con 23 pacientes (71.88 %) y con menos de 37 semanas se presentaron ocho partos para un 25%. Sólo se produjo un parto de 42 semanas y más, para un 3.12 %. Con relación al tipo de nacimiento en mujeres con edad materna avanzada, el parto eutócico se presentó en 17 pacientes (53.13 %) y 14 fueron cesáreas (43.75 %), sin embargo, una sola gestante fue instrumentada (3.12 %). Se observó que 25 recién nacidos tuvieron peso igual o superior a 2500g (78.12 %) y en siete de peso inferior a 2500g (21.88 %), hecho que tuvo relación con los partos que se produjeron antes de las 37 semanas.

**Schuller et al<sup>50</sup> (2007)**, en Venezuela Caracas, presentó su estudio denominado “Estudio de las gestantes de edad avanzada en el Hospital Universitario de Caracas” de tipo retrospectivo, descriptivo, comparativo en 436 pacientes embarazadas atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario de Caracas, constituido por 212 embarazadas de 35 años o más. Se encontró que la edad de las pacientes del grupo estudio osciló entre 36 y 45 años, con un promedio de 38,9 años; del total, 168 (79,25 %) tenían entre 36 y 40 años y 44 (20,75 %) entre 41 y 45 años. Con relación al lugar de origen, 175 pacientes (82,94 %) eran venezolanas; las 37 restantes, eran extranjeras y de estas 24 (11,37 %) eran colombianas y el resto de otros países de América

Latina. Según el lugar de procedencia de las pacientes la mayoría provenía del Distrito Capital con 176 (83,02 %). Con respecto al oficio de las pacientes encontraron que 172 (81,13 %), se dedicaban a oficios del hogar, 23 (10,85 %) eran obreras y el resto eran enfermeras, docentes y secretarias. Con relación a los hábitos encontraron que 41 pacientes (19,34 %) consumieron cigarrillos durante la gestación, con una distribución diaria promedio de 9,73 cigarrillos; con una mediana de 5; un máximo de 48 y un mínimo de 1. Ninguna paciente manifestó consumo de alcohol o drogas antes o durante el embarazo. Con relación a los antecedentes gineco-obstétricos, la menarquía apareció a los 13,03 años, con una mediana de 13 años, un máximo de 18 y un mínimo de 9 años. En lo referente al número de parejas sexuales para el grupo de estudio, el promedio fue 1,93; mediana de 2; un máximo de 24 y un mínimo de 1. Con respecto a la edad de la primera relación sexual, se evidenció como promedio los 20,19 años; una mediana de 19; un máximo de 39 y un mínimo de 10. El período intergenésico en el grupo de estudio, fue en promedio de 7,49 años; con una mediana de 7; un máximo de 20 y un mínimo de 1 año. En relación a los métodos anticonceptivos, 146 pacientes (67,46 %) manifestaron usar alguno, siendo más frecuentes los anticonceptivos hormonales orales en 68 casos (32,08 %); y no utilizaron ningún método anticonceptivo 63 pacientes (29,71 %). Las multíparas representaron la mayor proporción con 113 casos (53,30 %), mientras que las primigestas de edad avanzada estuvieron constituidas por 11 casos (5,19 %). Se encontró un promedio de gestas de 4,08; una mediana de 4; un máximo de 12 gestaciones y un mínimo de 1; una paridad promedio de 2,84 para los partos; 1,36 para las cesáreas y 1,55 para los abortos.

El 100 % de las gestaciones fueron concebidas espontáneamente. Se reportaron 4 casos de embarazos múltiples, todos ellos gemelares, lo que representa el 1,88 %. El inicio del control prenatal fue en promedio de 16 semanas más 4 días; con una mediana de una cifra similar; con un máximo de 30 semanas más 3 días y un mínimo de 7 semanas. El número de consultas prenatales promedio fue de 6,55; una mediana de 7; un máximo de 11 y un mínimo de 3 consultas. El tipo de complicaciones que se presentaron durante la evolución del embarazo más frecuente fue la hipertensión arterial crónica en 29 de ellas (13,68 %), preeclampsia en 9 casos (4,25 %) y fue clasificada de tipo leve en todos ellos, la infección de las vías urinarias en 17 casos (8,03%). Se evidenció presencia de anemia en el 22,64 %. En relación al despistaje de diabetes gestacional se encontraron valores anormales para la prueba (Carga 50) en el 16 % de los casos. El embarazo finalizó en promedio a las 38 semanas más 2 días; con una mediana de 38 semanas más 3 días; un máximo de 42 semanas más 1 día y un mínimo de 26 semanas. En 12 casos el parto ocurrió antes de las 37 semanas. El parto vaginal eutócico se presentó en 97 pacientes (45,75 %), practicándosele episiotomía en 49 de ellas, aproximadamente la mitad. El parto fue operatorio en 19 casos (8,96 %), con episiotomía en la totalidad de los partos. La operación cesárea se practicó en 96 (45,29 %). Ocurrió sufrimiento fetal en 23 casos (10,6 %). El peso de los neonatos fue en promedio de 3 033,3 g, con un máximo de 4 500 g y un mínimo de 700 g. Encontraron que 178 nacidos (82,03 %), fueron de peso adecuado, 29 (13,36 %) tenían peso bajo y 10 casos (4,61 %) peso elevado para la edad gestacional. El promedio reportado de talla neonatal fue 49,09 cm; con una mediana de 50 cm; una máxima de 54 cm y una mínima de 34 cm. 116

(53,5 %) recién nacidos eran masculinos y 100 (46,1 %) femeninos. La puntuación Ápgar al minuto fue de 7,48 en promedio, máximo de 9 y mínimo de 0, a los 5 minutos los valores fueron de 8,68; 10 y 0 respectivamente. La evolución de neonatos fue satisfactoria en 179 casos (82,5 %), no satisfactoria en 22 (10,13 %) y no se obtuvo información en 15 casos (6,9 %). 19 recién nacidos (8,76 %) ingresaron a la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. Un total de 7 muertes durante el período perinatal se presentaron, representando el 2,8 %.

**Chamy y cols. (2009)<sup>46</sup>**, en Chile, publicaron su estudio titulado “Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años” de tipo retrospectivo cuyo objetivo fue evaluar el riesgo materno y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Dicho estudio tomo en cuenta a todos los embarazos atendidos en el hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, entre enero de 2001 y diciembre de 2006, excluyéndose menores de 20 años y analizándose variables maternas y perinatales. En el período hubo 16.338 partos, 2.977 (14,5%) en mujeres de 35 años o más, siendo 10,9% (2.234) en mujeres entre 35 y 39 años y 3,6% (743) en embarazadas de 40 años o más. Un 27,2% de los embarazos fue en primigestas. El promedio de edad de las mujeres  $\geq 35$  años fue de  $37,9 \pm 2,4$  años. Las características nutricionales según IMC promedio al inicio del embarazo fue para la población  $\geq 35$  años de  $26,8 \pm 4,6$ . Las analfabetas fueron el 0,6% de las mayores de 35 años, nivel primario 28,9%, nivel secundario 60,1%, y nivel universitario el 10,4%. En cuanto a las Gestas del total de  $> 35$  años, el 6,4% (189) tuvo 0 gestas, 85,5% (2.545) tuvo de 1 a 5 gestas, y el 8,1% (243) tuvo  $> 5$  gestas. En lo referente al

número de partos, el 8,3% (248) no tuvo ningún parto, el 88,4% (2.629) presento de 1 a 5 partos, y el 3,3% (99) más de 5 partos. El número de abortos que presentaron las mayores de 35 años fueron 65,7% ningún aborto anterior, el 34,1% de 1 a 5 abortos, y el 0,2% más de 5 abortos. Entre las gestantes mayores o iguales a 35 años el 5,8% presentó anemia, el 6,2% infección del tracto urinario, obesidad el 21,7%, hipertensión arterial crónica el 4,5%, preeclampsia el 8,6%, eclampsia el 0,1%, diabetes 13,1%, hemorragia del 3er trimestre 2,8%, hospitalización en el embarazo 26,5%, rpm el 4,4%, muerte intrauterina el 1,9%, RCIU el 4,1%, cesárea el 44,3%, hemorragia puerperal 1,6%, Ápgar < 7 al minuto 10,9%, Ápgar < 7 a los 5 minutos 3,0%, hospitalización del RN 17%, SDR 7,5%, RN con defectos congénitos el 2,8%. En este grupo de gestantes mayores de 35 años el peso promedio del RN fue de 3.257 y variación de peso materno en el embarazo promedio de 12,7 kilogramos.

**Torres C.<sup>51</sup> (2010)** en el Salvador presentó su estudio titulado “Resultado perinatal y obstétrico en embarazadas mayores de 35 años en el Hospital nacional de maternidad en el periodo de enero a diciembre de 2009”, con el objetivo de conocer el resultado obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Dicho estudio fue descriptivo retrospectivo de todos los embarazos atendidos en el Hospital de Maternidad, entre enero de 2009 y diciembre de 2009. Se excluyeron menores de 35 años, multíparas, obesas, con hábitos tóxicos y enfermedades crónicas subyacentes. Durante el período del estudio, se atendieron 1090 partos en mujeres mayores de 35 años. Se obtuvo por fórmula una muestra representativa de 195 pacientes; de las cuales solamente



40 cumplían criterios de inclusión (100%).El 92.5% procedía del sector Urbano y el Rural7.5%.El 77.5 % tenían edades entre 36 a 39 años, siendo las mayores de 40 años el 15%, la paciente de mayor edad tenía 43 años y la Media fue 34.3 años. El 47.5 % fue de primaria, el 45% secundaria y 5% nivel universitario. El 70% vivían en unión libre, casada 15% y solteras 15%. El 82.5% eran amas de casa y empleado el 17.5%. El 70% eran secundigestas y el resto primigestas. Relacionando la gravidez con las complicaciones se presentaron en el 32.5% de secundigestas y en el 17.5% de las primigestas. El 100% careció de asesoría preconcepcional. El 80% de las pacientes tuvo control prenatal cuyo número osciló entre 1 y 8 controles, con una media de 3.8.En el 85% de las pacientes del estudio no se encontraron antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo 2 ni de hipertensión arterial. A pesar que el 15 % que si tenían antecedentes, no se presentó ninguna complicación durante el embarazo y parto. El 50% presento complicaciones durante el embarazo y parto, siendo 12.5% la ruptura prematura de membranas y la hipertensión arterial inducida por el embarazo el 10%, corioamnionitis el 2.5 %, DG2.5%, embarazo múltiple 2.5%, HTAI por Embarazo 7.5%, HTAI por Embarazo+RPM 2.5%, óbito fetal 2.5%, oligohidramnios severo2.5%, presentación pelviana 2.5%, PPT 5%, pretérmino en evolución2.5%, RPM 10%, RPM+ PP marginal 2.5%. El 60% fue vaginal y el 40% abdominal, En el 15% la indicación para cesárea fue cesárea previa, seguido del sufrimiento fetal agudo 7.5%.No se reportó algún caso infección, 1 caso de hemorragia post parto, en ningún recién nacido se observaron anomalías congénitas. Se observó Sufrimiento fetal agudo en el 7.5% de los recién nacidos, asfixia perinatal en el 5 %, necesidad de soporte ventilatorio en el 10%, distrés respiratorio en el 42.5% y

55% no, síndrome de aspiración meconial en el 5%. El 35% de recién nacidos pesó entre 3001 y 3500 gramos, seguidos del 27.5% de los que pesaron menos de 2500 gramos. El puntaje APGAR al primer y a los 5 minutos en los recién nacidos vivos tuvo una media de 7.2 y 7.4. El 67.5% estaban entre las 37 y 39 semanas de edad gestacional al nacer, con una media de 34.7 semanas. El 60 % de los recién nacidos fue dado de alta con su madre

**Epíscopo AC y col<sup>55</sup> (2010).** Cuyo objetivo fue estudiar las características de las gestantes añosas asistidas en la maternidad del Centro Hospitalario Pereyra Rossell (CHPR) y los resultados obstétricos obtenidos. Realizaron un estudio de observación, retrospectivo y analítico de casos y controles, basado en los datos aportados por el Sistema Informático Perinatal (SIP), definiendo el grupo de casos, como el de las pacientes de 35 años o más al momento del nacimiento (subdividido en: de 35 a 39 años y de 40 o más) y el grupo de controles como el de las pacientes de 20 a 34 años. Se encontró entre las de 35 años a más que no tenían ningún nivel de instrucción el 1,7%, primaria el 57,1%, secundaria el 38,7% y universitario el 1,3%. El promedio de edad fue de 38. El 2,3% fue Nulíparas y Multíparas el 97,7%. El 8,3% tenía HTA como antecedente personal patológico. El 83,60% se realizó control de embarazo, el 45,90% presentó patología del embarazo, En la población hospitalaria estudiada, la edad materna afecta el pronóstico del embarazo a partir de los 35 años. La morbilidad materna se ve incrementada fundamentalmente a expensas de los estados hipertensivos del embarazo, la diabetes gestacional y la tasa de cesáreas. La mortalidad materna se incrementa notoriamente por encima de los 40 años, mientras que la mortalidad perinatal, registra un incremento a partir de

los 35 años. El riesgo de defectos congénitos aumentaría a partir de los 40 años, con las salvedades ya expuestas por lo que estaría indicada la realización de estudios específicos para su diagnóstico.

**Sifuentes M.<sup>52</sup> (2010)** en Loreto Perú, presenta su estudio "Complicaciones del embarazo en gestantes añosas", que tuvo como objetivo conocer y valorar las características del embarazo en mujeres mayores de 35 años, así como describir las principales complicaciones presentadas. Fue un estudio descriptivo retrospectivo, en el período de Enero del 2008 a Diciembre 2009, realizado en el Hospital Apoyo Iquitos "César Garayar García" de la ciudad de Iquitos, Perú. Se estudiaron 412 pacientes que acudieron al servicio de hospitalización y que fueron ingresadas a los servicios de Gineco-Obstetricia del hospital. Dicho autor observó que el 79.13% de las pacientes oscilaban entre las edades de 36 a 40 años. El estado civil de mayor porcentaje observado fue el de Conviviente (90.53%). Se evidenció que el grado de instrucción que más porcentaje presentó fue el de Secundaria, El 47.3% procedía del distrito de Iquitos. Las pacientes culminaron su gestación en: Aborto (47,6%), Parto distócico (35.2%) y Parto eutócico (17.2%). Las complicaciones en las grávidas fueron un número de 28 morbilidades. Las 5 principales complicaciones encontradas fueron: El 47.57% aborto; el 36.65% hemorragias en el 1° Trimestre; el 21.17% hemorragias del 2° Trimestre, el 14.32% ITU y el 10.92% presentaron distocia de presentación. Mientras que las complicaciones con menor frecuencia fueron la Hiperémesis gravídica, retardo de crecimiento uterino, oligohidramnios, diabetes gestacional, Eclampsia y Síndrome de HELLP.

**Trigoso S.<sup>53</sup> (2012)** en Loreto Perú presentó su estudio cuyo propósito fue conocer el riesgo obstétrico y perinatal de las gestantes añosas en comparación a las gestantes no añosas. Su estudio se realizó en el Hospital III de EsSalud-Liquitos, siendo los casos las gestante añosa y el grupo de control gestante entre los 20 a 34 años, se calculó 107 casos e igual número de controles, Las gestantes añosas presentaron con mayor frecuencia parto pre término (27,1%); mayor multiparidad en las añosas (77,6%); control prenatal (85%); parto por cesárea(34,6%), las añosas presentaron cesáreas electivas (78.4%), La morbilidad materna en añosas fue de 34,6%. La morbilidad perinatal fue de 39,3%. Se detectaron mayor número de casos de ITU, anemia, amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, HIE, ruptura prematura de membrana, pre eclampsia y hemorragia del tercer trimestre. El 22.4% de las gestantes añosas presentaron prematuridad seguido de sufrimiento fetal agudo (11,2%), RCIU (7.5%), bajo peso al nacer (5,6%) y asfixia neonatal (3,7%), Se detectaron que el 27,1%de las añosas presentaron neonatos con prematuridad, así como sufrimiento fetal agudo 11,2%.

**Bermello y Uquillas<sup>48</sup>(2012)**, en Ecuador presentaron un estudio de tipo descriptivo, prospectivo, titulado “Caracterización del embarazo en edad avanzada y sus repercusiones materno-fetales, Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda, Portoviejo Enero - Junio 2012” que se realizó con el objeto de investigar la caracterización del embarazo en edad avanzada y sus repercusiones materno-fetales, de las usuarias atendidas en el Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, de enero a junio 2012. El universo lo conformaron las 173 embarazadas en edad avanzada ingresadas

en el Subproceso de Gineco-Obstetricia de este establecimiento. Como principales resultados se encontró que las embarazadas en edad avanzada constituyen el 9% del total de embarazos atendidos en este establecimiento, sobretodo: a edades entre 35 a 39 años, con una edad gestacional de 37 a 41.6 (termino) y con un tipo de embarazo único; la mayoría tiene un estilo de vida sedentario, con controles prenatales deficientes (menos de 5 consultas). Con respecto a la presencia de antecedentes, se observó que el 16% de las pacientes tenían antecedentes patológicos personales desfavorables, dentro de ellos, la HTA ocupó el primer lugar con el 52%, seguido de la obesidad y miomatosis uterina que corresponden al 9 %. El 95% presentó antecedentes gineco-obstétricos desfavorables, con un 38 %, siendo la multigestación ya sea como antecedente único (60.3%) o acompañado (100%), mayoritariamente con las hemorragias de la primera mitad de embarazo (42%) el antecedente gineco-obstétrico desfavorable que predominó. En cuanto a la presencia de complicaciones materno-fetales en el embarazo actual el 82% de las embarazadas de 35 años y más las presentó, el 67% presentaron complicaciones maternas, las principales fueron: las hemorragias de la primera mitad del embarazo, amenaza de parto pretérmino y los trastornos hipertensivos gestacionales. El 12% presentaron complicaciones fetales, todos ellos acompañados de otra complicación, dentro de ellos encontramos: prematuridad, PEG, SDR, APGAR < 7, Hipoxia fetal. No se reportó ninguna muerte materna, pero sí 3 muertes neonatales (1 óbito fetal y 2 muertes neonatales posiblemente relacionadas con malformaciones congénitas).

**Nolasco-Blé A. y col. <sup>21</sup>(2012)** en México, en su estudio “Hallazgos perinatales de embarazos en edad materna avanzada” de tipo retrospectivo, transversal y descriptivo, incluyó a todas las gestantes de 40 o más años que recibieron atención al nacimiento en la Unidad Médica de Alta Especialidad número 23 del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicado en Monterrey, Nuevo León, entre el 1 de abril de 2009 y el 31 de marzo de 2010. En dicha investigación se reportó que 22,571 pacientes fueron atendidas durante el parto en esta unidad, de las que 163 (0.72%) tenían 40 o más años y cumplieron los criterios de inclusión. No se excluyó a ninguna paciente. Se encontró que el mayor porcentaje (42%; 61/163) corresponde a pacientes de 40 años de edad. El 81.5% (132/163) de las pacientes se registraron como casadas, 1.84% (3/163) divorciadas, 5.5% (9/163) solteras y 11% (18/163) en unión libre. El 46.6% (76/163) refirió tener alguna actividad económicamente productiva. Todos los embarazos fueron espontáneos, excepto uno que se obtuvo por fertilización in vitro, del que nacieron trillizos. 3 pacientes tenían salpingoclasia previa y dos tenían un dispositivo intrauterino al momento del embarazo. Sólo una paciente reportó haber ingerido alcohol durante el embarazo, una abandonó el tabaquismo al inicio del mismo y tres pacientes reportaron tabaquismo ocasional durante la gestación; las cuatro pacientes con el hábito de fumar padecieron diabetes gestacional, lo que constituyó la única complicación durante sus embarazos y todas tuvieron recién nacidos sanos. Un total de 141 (86.5%) pacientes estaban sanas al inicio del embarazo y 22 tenían, al menos, una enfermedad previa y, en algunos casos, contaban con más de un diagnóstico. El 24.8% (35/141) de las pacientes sanas tuvo alguna complicación durante el embarazo; la diabetes gestacional fue la más

frecuente, con 27 casos (17.3%, 27/156), seguida por 17 casos de trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo (10.4%, 17/163), un caso de influenza AH1N1 (0.6%) y otra paciente con hipotiroidismo (0.6%). En algunos casos coexistieron dos padecimientos. Las alteraciones en las cifras de presión arterial se distribuyeron de la siguiente manera: 4 pacientes con preeclampsia leve, 6 con preeclampsia severa, 1 con eclampsia y 6 casos de hipertensión gestacional. En 71.2% (116/163) de los casos la vía de nacimiento fue por cesárea y en 28.8% (47/163) por parto vaginal. En 27 pacientes (23.2% de las cesáreas) la edad materna fue uno de los motivos para solicitar la cirugía y en siete pacientes (6% de las cesáreas) fue la única indicación.

Entre las principales indicaciones de cesárea tenemos que 50/116 fue por presentar Cesárea(s) previa(s), 22/116 por Indicaciones fetales, 8/116 por Trastornos hipertensivos, 7/116 por Edad materna avanzada, 5/116 por Alteraciones placentarias, 5/116 por embarazo múltiple, 4/116 Patologías maternas y 15/116 Otros. El único caso de histerectomía obstétrica (0.6%, 1/163) se debió a acretismo placentario en una paciente con dos cesáreas previas. Se reportaron tres casos de inserción baja de placenta (1.84%), tres de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (1.84%) y una placenta previa total (0.6%). En 19 pacientes (11.65%) hubo rotura prematura de membranas. El promedio de semanas de gestación al nacimiento fue de 38, con límites de 26 y 43 semanas. En cuanto a los embarazos múltiples, cuatro pacientes (2.45%) tuvieron embarazos gemelares y una paciente trillizos (0.6%). No hubo muertes maternas. Durante el embarazo se hospitalizaron 17 pacientes (10.4%). Los dos motivos más frecuentes de ingreso fueron:

amenaza de parto prematuro con 41% de los casos (7/17) y trastornos hipertensivos con 29.4% (5/17). El total fue de 170 recién nacidos. No hubo muertes fetales, sólo un caso de muerte neonatal (0.58%) de un recién nacido de 26 semanas de gestación que pesó 480 g, nacido por cesárea debido a eclampsia. El 12.3% de los recién nacidos (21/170) ingresó a los cueros con algún problema de salud. El tiempo promedio de estancia hospitalaria de los recién nacidos fue de 11 días con un máximo de 37 días y mínimo de 2. La prematurez fue la indicación más frecuente de ingreso con 42% de los casos (9/21), seguido por retención de líquido pulmonar con 23.8% (5/21) y, en tercer lugar, con 9.52% de los casos (2/21) la asfixia perinatal. Varias pacientes tuvieron más de un diagnóstico que condicionó la hospitalización. Los recién nacidos pesaron, en promedio, 3,032 g, con límites de 4,230 y 480 gramos, seis recién nacidos (3.5%) pesaron más de 4 kg y 5.3% (9/170) pesaron menos de 2 kg. Se reportó un caso de síndrome de Down, sin malformaciones cardíacas. En un recién nacido se detectó comunicación interventricular perimembranosa y en otro comunicación interventricular con persistencia de conducto arterioso. Hubo un caso de gastrosquisis y un producto con polidactilia en las cuatro extremidades, puente nasal bajo, micrognatia y pabellones de implantación baja, sin integrar un síndrome. Lo anterior constituye una incidencia de 2.94% (5/170) de malformaciones congénitas.

**Sánchez y Yugsi (2013)**<sup>22</sup>, en Ecuador, presentaron su estudio “Factores de riesgo materno fetal, en mujeres con edad avanzada, que ingresaron en el servicio de Maternidad del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, descriptivo de método cuantitativo, los cuales trabajaron con un marco muestral de 90



mujeres con edad materna avanzada que ingresaron en los meses de enero, febrero y marzo del año 2013. Se determinó que el 46% de mujeres son de estado civil casadas, mientras que el 33% de mujeres se encuentran en unión libre. El 95% de mujeres en edad avanzada fueron de la provincia del Azuay, seguido del 3% de la provincia de El Oro. El 44% fueron de escolaridad secundaria completa y el 39% tiene una educación secundaria incompleta. El 56% de las gestantes con edad avanzada han tendido partos distócicos, el 30% fue eutócico, con óbito fetal del 8% y un 6% de aborto. El aborto no se presentó en mujeres de 41 a 43 años de edad. Entre las gestantes de edad avanzada, el 18% sufrieron de hipertensión, un 21% tuvieron embarazo múltiple, el 16% presentó placenta previa y un 11% alumbraron a sus hijos con parto por cesárea. El 52% de niños a término tuvo un Ápgar de 9 – 10, seguido del 37% con un valor del 8 – 10, y un 9% con un valor de riesgo de 7 – 10, teniendo presente el riesgo de los recién nacidos con un valor de Ápgar bajo. El 97% de niños tuvo un Capurro normal para la edad gestacional, mientras que el 3% presentó menor valor de Capurro para su edad gestacional. El 32% de niños presentaron ictericia, solo un 6% incompatibilidad de sangre, un 2% desnutrición y el 60% no presentan ninguna patología. De 90 madres gestantes de edad avanzada, el 20% no presentó ningún tipo de factor de riesgo, el 21% tuvo embarazos múltiples, el 18% sufrió de hipertensión, el 16% presentó placenta previa, el 11% tienen parto por cesárea, el 6% sufrieron de diabetes, el 4% de parto prematuro, el 3% presentó óbito fetal, el 1% sufrió de aborto espontáneo.

**Grau S, et al.<sup>47</sup> (2013)**, en Barcelona España, presentaron su estudio observacional, retrospectivo titulado “Resultados perinatales en gestantes mayores de 40 años” cuyo objetivo principal fue analizar los resultados perinatales de gestaciones únicas en pacientes mayores de 40 años del Hospital ParcTaulí de Sabadell durante un periodo de 12 meses, excluyendo los partos múltiples. Se analizaron un total de 3.308 partos. De ellas, el 96,5% de las pacientes (3.193/3.308) tenían < 40 años y 3,5% (115/3.308) pacientes ≥ 40 años. De las 115 pacientes mayores de 40 años el 7% (8/114) presentaron técnicas de reproducción asistida, ninguna desprendimiento prematuro placenta normalmente inserta, placenta previa ninguna (0%), corioamnionitis 0,9%, amenaza de parto prematuro 3,5%, diabetes 23,7%, EHE 9,7%, ingreso en UCI materna 0%, ingreso en UCI neonatal 8,7%, inducción del parto 38,1%, parto prematuro < 37 7,8%, parto prematuro < 34 2,6%, parto distócico 8,8%, parto por cesárea 28,9%, bajo peso al nacer < 2.500 7,0%, mortalidad neonatal 0,9%.

**Juárez AS.<sup>49</sup>(2013)** en México Veracruz, publicó su estudio “Resultados perinatales adversos en embarazada añosa” con el objetivo de determinar los resultados perinatales adversos en embarazada añosa, mediante un diseño observacional, retrospectivo, transversal y analítico; se efectuó en el Hospital General De Zona No. 71 recolección de variables de manera retroactiva de una base de datos manejada en la Jefatura de Pediatría de este lugar, que cuenta con resultados perinatales; de donde se tomaron las variables de estudio, y se formaron dos grupos: pacientes embarazadas de 35 años en adelante y pacientes embarazadas de 20 a 35 años; con datos completos de la atención

del parto en ambos grupos y que cumplieron los criterios de inclusión y no inclusión. Se recolectaron 194 pacientes gestantes arias de  $37 \pm 3$  años de edad. La vía de parto vaginal en las arias fue en el 40% (78) y el 60% (116) restante fue cesárea. El 18% (35) de las arias fueron primigestas mientras que el 82% (159) fueron multigestas. Las complicaciones perinatales se presentaron en el 56% de las gestantes arias. Observando las complicaciones por edad, en las gestantes de 35 años el 32% (35) presentó complicaciones, en las de 36 años el 19% (20), en las de 38 años el 10% (11), en las de 37 años el 10% (11), en las de 39 años el 8% (9), en las de 40 años el 7% (8), en las de 41 años el 6% (7), en las de 42 años el 5% (6), en las de 45 años el 3% (1), y ninguna complicación en las de 43, 44, 47, 48 años. Las complicaciones más frecuentes halladas en la gestante ariosa fueron la preeclampsia con 11% (21), hemorragia uterina con 9% (18), diabetes en el embarazo con 4% (7), hemorragia uterina con 9% (18), infección perinatal con 14% (28), prematuridad con 35% (67), mortalidad neonatal con 53% (70) y malformación congénita con 14% (28).

**Hurtado C.<sup>54</sup> (2014).** Presento su estudio en Loreto – Iquitos cuyo objetivo fue determinar la relación de las complicaciones obstétricas y perinatales en las gestantes arias y adolescente atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García, entre Enero a Diciembre del 2013. Se planteó un estudio descriptivo transversal comparativo, con una población de 429 gestantes arias 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 arias y 276 gestantes adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión

y exclusión, el muestreo fue a través de los número aleatorios o Randon. El 72.5% de las gestantes añosas presentaron complicaciones obstétricas. El 64.7% de las gestantes añosas presentaron complicaciones perinatales. 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 añosas fueron: RNBP, SFA, Sepsis, prematuridad e hipoglicemia.

## TERMINOS OPERACIONALES (Operacionalización de variables)

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ASPECTO (tipo de característica)	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CATEGORIZACION	ESCALA DE MEDICION	PREGUNTA	FUENTE DE RECOLECCIÓN / TÉCNICA DE RECOLECCIÓN
<b>Edad materna</b>	Independiente / Cuantitativa continua / Atributiva	Sociodemográficas	Tiempo transcurrido, desde el nacimiento de una persona hasta el momento actual, expresado generalmente en años cumplidos.	Será definido por la edad registrada en la historia clínica seleccionada e incluida en el estudio. Medido en años.	Ninguna	<b>De Razón</b>	<b>Edad: .....años</b>	Historia clínica / Observación indirecta
<b>Estado civil</b>	Independiente / Cualitativa politómica nominal / Atributiva	Sociodemográficas	Expresión jurídico-política de la comunidad humana constituida para cumplir fines trascendentales dentro de la comunidad.	Será definido por el Estado jurídico político registrado en la historia clínica seleccionada e incluida en el estudio, clasificada como: soltera, conviviente, casada, divorciada, viuda.	- Soltera - Conviviente - Casada - Divorciada - Viuda	<b>Nominal</b>	<b>Estado Civil:</b> 1. Soltera ( ) 2. Conviviente ( ) 3. Casada ( ) 4. Divorciada ( ) 5. Viuda ( )	Historia clínica / Observación indirecta
<b>Grado de instrucción</b>	Independiente / Cualitativa politómica / ordinal / Atributiva	Sociodemográficas	Nivel educacional o de conocimientos de una persona recibido por parte de un centro educativo del estado o particular.	Se definirá por el grado de instrucción registrado en la historia clínica seleccionada e incluida en el estudio, clasificado en: analfabeta, primaria, secundaria, técnica y superior.	- Analfabeta - Primaria - Secundaria - Técnica - Universitaria	<b>Ordinal</b>	<b>Grado de instrucción:</b> 1. Analfabeta ( ) 2. Primaria ( ) 3. Secundaria ( ) 4. Técnica ( ) 5. Universitaria ( )	Historia clínica / Observación indirecta

<p><b>Zona de Procedencia</b></p>	<p>Independiente / Cualitativa / politómica / nominal / Atributiva</p>	<p>Sociodemográficas</p>	<p>Lugar de residencia o permanencia de una persona.</p>	<p>Sera definido como el tipo de zona de donde proviene la madre registrada en la historia clínica durante el tiempo el estudio.  <b>Urbano:</b> cuando procede de zonas dentro de los límites de la ciudad,y que cuenta con servicios de saneamiento básico.  <b>Urbano-marginal.:</b> Cuando procede de zonas cercanas a los límites de la ciudad como pueblos jóvenes o A.A.H.H. y que cuenta sólo con algunos servicios de saneamiento básico.  <b>Rural.</b> Cuando procede de zonas alejadas de los límites de la ciudad y que no cuentan con servicios de saneamiento básico</p>	<p>- Urbano  - Urbano-marginal  - Rural</p>	<p><b>Nominal</b></p>	<p><b>Zona de Procedencia:</b>  1. Urbano ( )  2. Urbano-marginal ( )  3. Rural ( )</p>	<p>Historia clínica / Observación indirecta</p>
<p><b>Distrito de procedencia</b></p>	<p>Independiente / Cualitativa / politómica / ordinal / Atributiva</p>	<p>Sociodemográficas</p>	<p>Distrito donde se encuentra la residencia, hogar o lugar que permanece una persona.</p>	<p>Se definirá de acuerdo al distrito de residencia actual registrado en la historia clínica seleccionada e incluida en el estudio,</p>	<p>- Iquitos  - San Juan  - Punchana  - Belén  - Otros distritos</p>	<p><b>Nominal</b></p>	<p><b>Distrito de procedencia:</b>  1. Iquitos ( )  2. San Juan ( )  3. Punchana ( )  4. Belén ( )  5. Otros distritos ( )</p>	<p>Historia clínica / Observación indirecta</p>
<p><b>Ocupación</b></p>	<p>Independiente / Cualitativa / politómica / nominal / Atributiva</p>	<p>Sociodemográficas</p>	<p>Empleo u oficio remunerado o no remunerado al cual se dedica una persona.</p>	<p>Se definirá de acuerdo a lo encontrado en la historia clínica de la gestante si es comerciante (negocio propio), profesional, estudiante, obrera y ama de casa.</p>	<p>- Ama de casa  - Estudiante  -Comerciante  - Profesional  - Obrera  - Otros</p>	<p><b>Nominal</b></p>	<p><b>Ocupación</b>  1. Ama de casa ( )  2. Estudiante ( )  3. Comerciante ( )  4. Profesional ( )  5. Obrera ( )  6. Otros</p>	<p>Historia clínica / Observación indirecta</p>

<b>Numero de gestaciones</b>	Independiente / Cuantitativa discreta / Atributiva	Obstétricas	Número de embarazos que tiene una mujer.	Se definirá de acuerdo a lo observado en la historia clínica de la gestante como: <b>Primigesta</b> , aquella paciente que estuvo gestando por primera vez, <b>Segundigesta</b> dos veces, <b>Tercigesta</b> tres veces, <b>Multigesta</b> de cuatro a más veces.	- Primigesta - Segundigesta - Tercigesta - Multigesta	<b>De intervalo</b>	Gesta:..... 1. Primigesta ( ) 2. Segundigesta ( ) 3. Tercigesta ( ) 4. Multigesta ( )	Historia clínica / Observación indirecta
<b>Paridad</b>	Independiente / Cuantitativa discreta / Atributiva	Obstétricas	Número de partos mayores de 20 semanas	Sera definido por la paridad encontrada en la historia clínica de la gestante en estudio.	- Primípara - Secundípara - Multípara - Gran Multípara	<b>Ordinal</b>	<b>Paridad:</b> Nulípara ( ) Primípara ( ) Secundípara ( ) Multípara ( ) Gran Multípara ( )	Historia clínica / Observación indirecta
<b>Número de abortos</b>	Independiente / Cuantitativa discreta / Atributiva	Obstétricas	Consiste en el número de veces que se interrumpió el embarazo antes de las 20 semanas y/o si el producto pesa menos de 500 gramos.	Sera definido por la paridad encontrada en la historia clínica de la gestante en estudio.	Ninguna	<b>De intervalo</b>	Número de abortos: .....	Historia clínica / Observación indirecta
<b>Edad gestacional</b>	Independiente / Cuantitativa continua / Atributiva	Obstétricas	Es el tiempo de embarazo de la gestante (transcurrido desde la fecundación hasta el nacimiento) calculada en semanas o meses.	Sera definido por la edad gestacional encontrado en la historia clínica de la gestante medido en semanas.	- < = 40 semanas - 41 – 42 semanas - >42 semanas de 42 semanas	<b>De Razón</b>	Edad gestacional: - < = 40 semanas ( ) - 41 – 42 semanas ( ) - > de 42 semanas ( )	Historia clínica / Observación indirecta
<b>Número de controles prenatales</b>	Independiente / Cuantitativa discreta / Atributiva	Obstétricas	Número o cantidad de atenciones o controles a la que acude la mujer gestante ante un profesional de la salud para vigilar el bienestar de la misma y del	Se definirá por la cantidad de atenciones o controles registrado en la historia clínica de la gestante en estudio	- Menos de 6 controles - Mayor o igual a 6 controles	<b>De intervalo</b>	Número de controles prenatales: ..... - < de 6 controles ( ) - ≥ de 6 controles ( )	Historia clínica / Observación indirecta

			producto de la concepción.					
<b>Periodo intergenésico</b>	Independiente / Cuantitativa continua / Atributiva	Obstétricas	Es el periodo de tiempo transcurrido entre el ultimo parto y el embarazo actual	Se definirá por el periodo registrado en la historia clínica de la gestante incluida en el estudio.	Ninguno	<b>De Intérvulo</b>	Intervalo intergenésico: ..... ....	Historia clínica / Observación indirecta
<b>Índice de Masa Corporal al inicio de gestación</b>	Independiente / Cuantitativa continua / Atributiva	Perinatales	Medida de asociación entre el peso y la talla para evaluar el estado nutricional. Se calcula según la expresión matemática: $IMC = \text{peso} / \text{estatura}^2$	Sera definido por el IMC registrada en la historia clínica de la gestante incluida en el estudio.	-Menor de 18,5 Bajo peso -De 18,5 a 25 peso normal -De 25 a 30 sobrepeso -Mayor de 30 Obesidad	<b>De Razón</b>	<b>IMC de la madre</b>	Historia clínica / Observación indirecta
<b>Complicaciones perinatales</b>	Independiente / Cualitativa politómica nominal / Atributiva	Perinatales	Enfermedad ó lesión que aparece antes, durante y después del proceso del parto y el nacimiento, que además puede habitualmente alterar el pronóstico.	Se definirá por las complicaciones descritas en la historia clínica de la gestante.	Ninguna	<b>Nominal</b>	<b>Complicaciones perinatales:</b> ..... ..... .....	Historia clínica / Observación indirecta
<b>Tipo de culminación de embarazo</b>	Independiente / Cualitativa dicotómica nominal / Atributiva	Perinatales	Modalidad en que termina el embarazo vía de preferencia del parto	Se definirá por el tipo de parto encontrado en la historia clínica de la madre del recién nacido en: vaginal, cesárea.	- Vaginal - Cesárea	<b>Nominal</b>	<b>Tipo de Parto:</b> - Vaginal ( ) - Cesárea ( )	Historia clínica / Observación indirecta



<b>Duración del parto</b>	Independiente / Cuantitativa continua / Atributiva	Perinatales	Tiempo de duración de la expulsión o extracción fuera del útero de un producto de la concepción de 20 semanas o más de edad gestacional.	Se definirá por el tiempo de duración del parto encontrado en la historia clínica de la de la gestante incluida en el estudio.	Ninguna	<b>De Razón</b>	<b>Duración del parto:</b> .....	Historia clínica / Observación indirecta
<b>Color de líquido amniótico</b>	Independiente / Cuantitativa discreta / Atributiva	Perinatales	Número de embarazos que tiene una mujer.	Se definirá de acuerdo a lo observado en la historia clínica de la gestante.	Ninguna	<b>De intervalo</b>	<b>Color de líquido amniótico:</b> .....	Historia clínica / Observación indirecta
<b>Presencia de desgarros en parto</b>	Independiente / Cualitativa dicotómica nominal / Atributiva	Perinatales	Es la presencia de rasgaduras de la piel y los músculos que se encuentran sobre el orificio vaginal o a su alrededor, siendo en la mayoría de los casos, los desgarros se producen en el perineo.	Se definirá de acuerdo a lo observado en la historia clínica de la gestante incluida en el estudio.	Presencia de desgarro en parto: - Si - No	<b>Nominal</b>	<b>Presencia de desgarros en parto:</b> ..... ..... .....	Historia clínica / Observación indirecta
<b>Apgar al nacer</b>	Independiente / Cuantitativa continua / Atributiva	Perinatales	Acción o fuerza de la gravedad sobre la masa corporal del recién nacido, habitualmente expresada en gramos.	Sera definido por el peso del recién nacido registrado en la historia clínica del mismo.	En gramos	<b>De Razón</b>	<b>Peso del Recién Nacido</b>	Historia clínica / Observación indirecta
<b>Sexo del neonato</b>	Independiente / Cualitativa dicotómica nominal / Atributiva	Perinatales	Clasificación en hombre o mujer del ser humano basadas características anatómicas o cromosómicas	Sera definido por investigador durante la entrevista con el sujeto de estudio, clasificándolo en masculino y femenino	- Masculino - Femenino	<b>Nominal</b>	Sexo del neonato: - Masculino ♂ - Femenino ♀	Historia clínica / Observación indirecta

<b>Talla del neonato</b>	Independiente / Cuantitativa continua / Atributiva	Perinatales	Estatura de una persona, medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza. La unidad de medida está en metros o centímetros	Sera definido por la talla medida al paciente incluido en el estudio, por medio del tallímetro del servicio durante su examen clínico, que será medido en metros.	En metros	<b>De Razón</b>	Talla del neonato: .....	Historia clínica / Observación indirecta
<b>Peso del neonato</b>	Independiente / Cuantitativa continua / Atributiva	Perinatales	Resultado de la acción o fuerza de la gravedad sobre una determinada masa corporal. Habitualmente expresada en kilogramos o libras, puesto que se trata de una masa.	Sera definido por el peso registrado en la balanza al pesar al paciente incluido en el estudio, medido en kilogramos.	En kilogramos	<b>De Razón</b>	<b>Peso del neonato:</b> .....	Historia clínica / Observación indirecta

# **CAPITULO III**

## **METODOLOGÍA**

### **TIPO DE ESTUDIO**

El proyecto de estudio fue de tipo descriptivo y transversal.

**Descriptivo.** Porque describió la distribución según características perinatales y obstétricas de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.

**Transversal.** Porque evaluó las variables independientes y la variable dependiente en un solo momento o período de tiempo en que ocurrió el estudio.

### **DISEÑO DEL ESTUDIO**

El diseño utilizado en el estudio fue observacional o no experimental y retrospectivo.

**Observacional.** Porque no se controla la asignación de la unidad de muestra a un determinado tratamiento o intervención, pues el estudio se efectuara de acuerdo a la práctica clínica habitual, siendo por lo tanto el investigador un observador de lo que ocurrirá.

**Retrospectivo.** Porque la variable dependiente, durante el período de tiempo que se realiza el estudio, fue estudiada después de su presentación en las unidades de muestra. Asimismo porque los datos de la muestra fueron recolectados de las historias clínicas atendidos en los servicios de Ginecobstetricia del Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias”.

## **POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **Población.**

Conformada por todas las gestantes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia, del Hospital Regional de Loreto durante el año 2014.

### **Muestra.**

Constituido por las gestantes mayores de 35 años de edad hospitalizadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia, del Hospital Regional de Loreto durante el año 2014.

### **Tamaño de muestra**

El tamaño de muestra no se determinó a través de la formula estadística de tamaño muestral para proporciones, pues se tomó en cuenta a toda la población gestantes mayores de 35 años de edad.

### **Selección de la Muestra:**

Para la selección de las unidades muestrales se utilizó muestreo probabilístico a través de un software estadístico (SPSS versión 22 para Windows), de tal manera que seleccionó al azar la cantidad de historias clínicas necesarias según tamaño muestral y que cumplieran con los criterios de inclusión.

## **CRITERIO DE INCLUSIÓN**

Para los fines del estudio se consideró como criterios de selección historias clínicas de gestantes:

- Mayores de 35 años de edad
- Cuyo parto se diera por cualquier vía.
- Cuyo producto fuera recién nacido vivo o natimuerto
- Que dieron a luz en el Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias”.
- Cuyo parto se haya dado durante el año 2014.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Como criterios de no inclusión se consideró:

- Historias clínicas incompletas o ilegibles.

## **PROCEDIMIENTO, FUENTE, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

### **PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se gestionó el permiso documentado de la Dirección del Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias” y de la jefatura del Departamento de Ginec Obstetricia de dicho nosocomio, dándose a conocer el propósito de la investigación y la responsable de la misma. Se revisaron las historias clínicas de todas aquellas pacientes gestantes con edades mayores de 35 años atendidas en dicho hospital durante los meses de Enero a Diciembre del 2014.

Luego de identificar los casos se revisó y se recolectó información de las mismas que cumplan los criterios de inclusión, a través del llenado de la ficha de recolección elaborada.

## **FUENTES DE DATOS**

Los datos fueron recolectados de historias clínicas de gestantes mayores de 35 años de edad, atendidas y hospitalizadas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Enero a Diciembre del 2014.

## **TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Toda la información fue captada en una ficha de recolección de datos disponible para tal efecto, asimismo fueron llenadas por el investigador y los recolectadores captados para este fin. Dicha ficha se confeccionó para la presente investigación inferida de estudios previos y revisada por los asesores del estudio con el fin de obtener información de los pacientes que se incluyeran en el estudio.

## **PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS**

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación con el fin de mantener la confidencialidad y evitar la intencionalidad de sesgo, la responsable de la investigación es el único autorizado a tener conocimiento del paciente para el

desarrollo del trabajo el cual para la protección de los paciente y su intimidad se tomaron los datos en forma anónima solo por número de historias clínicas sin que perjudiquen e identifiquen a los incluidos en el trabajo de investigación. Además por ser un estudio observacional no se atentó contra ningún artículo de los derechos humanos.

## **ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS**

El procesamiento de datos se realizó en computador de procesador CoreI5 con 5 GB de memoria RAM y sistema operativo Windows 8 Professional. La información obtenida fue vaciada en un paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 22 para Windows. En dicho programa se realizó el análisis descriptivo (tablas de frecuencias en valores absolutos y relativos y gráficos). No se utilizó ninguna prueba estadística pues no fue objetivo del estudio establecer relaciones o asociaciones entre variables.



# **CAPITULO IV**

## RESULTADOS

Durante el año 2014 las gestantes mayores de 35 años que ingresaron al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Loreto fueron 282, de los cuales todas ellas fueron tomadas en cuenta, sin descartar ninguna historia clínica ni registro.

### A. Características Sociodemográficas

**Tabla 01**

Características Sociodemográficas de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.

Características Sociodemográficas		n	%
<b>Edad</b>	36 – 40 años	231	81.9
<b>Materna</b>	41 – 45 años	48	17.0
	≥ 46 años	3	1.1
DE: 2.312; Media: 38.60; Min: 36 - Max : 48			
<b>Estado Civil</b>	Soltera	14	5.0
	Conviviente	221	78.4
	Casada	47	16.7
<b>Grado de Instrucción</b>	Analfabeta	2	0.7
	Primaria	102	36.2
	Secundaria	151	53.5
	Técnico	20	7.1
	Universitaria	7	2.5
<b>Procedencia</b>	Urbano	211	74.8
	Urbano Marginal	25	8.9
	Rural	46	16.3
<b>Distrito de Procedencia</b>	Iquitos	81	28.7
	San Juan	4	1.4
	Punchana	136	48.2
	Belén	3	1.1
	Otros	58	20.6
<b>Ocupación</b>	Ama de Casa	251	89.0
	Comerciante	9	3.2
	Profesional	5	1.8
	Otras	17	6.0

El promedio de la edad de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 fue de 38.60 años (DE:  $\pm$  2.312), con un mínimo de 36 años y un máximo de 48 años. (Tabla 01).

Distribuyendo esta variable se encontró que el grupo de 36 – 40 años representaron el 81.9% (231), los de 41 – 45 años el 17.0% (48) y finalmente los mayores o iguales de 46 años el 1.1% (3). (Tabla 01).

El 78.4% (221) de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 fue de estado civil conviviente, el 16.7% (47) fueron casadas y el 5.0% (14) fueron solteras.

El 53.5% (151) de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 fueron de grado de instrucción secundaria, el 36.2% (102) son de grado primaria, el 7.1% (20) fueron técnicos, el 2.5% (7) son universitarios y el 0.7% (2) son analfabetos.

El 74.8% (211) de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 fueron de procedencia urbana, el 16.3% (46) fueron de procedencia rural y el 8.9% (25) de procedencia urbano marginal.

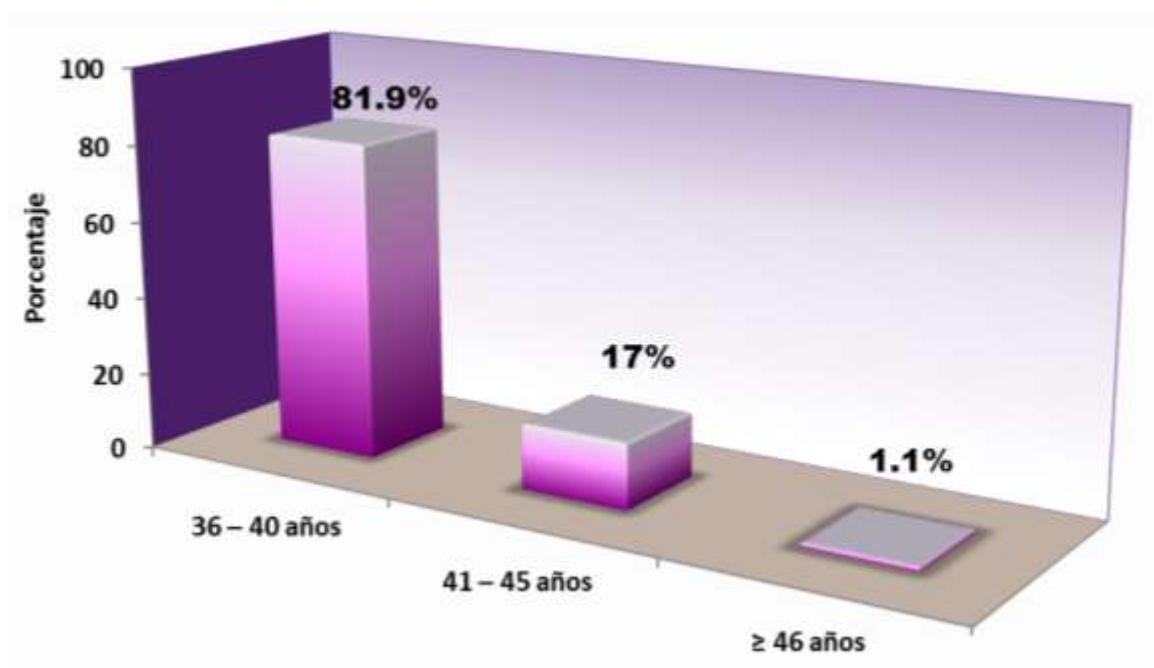
El 48.2% (136) de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 fueron del distrito de Punchana, el 28.7% (81) fueron

de Iquitos, el 1.4% (4) fueron de San Juan, el 1.1% (3) fueron de Belén y el 20.6% (58) fueron de otros distritos.

El 89.0% (251) de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 fueron amas de casa, el 3.2% (9) fueron comerciantes, el 1.8% (5) fueron profesionales y el 6.0% (17) entre otras ocupaciones.

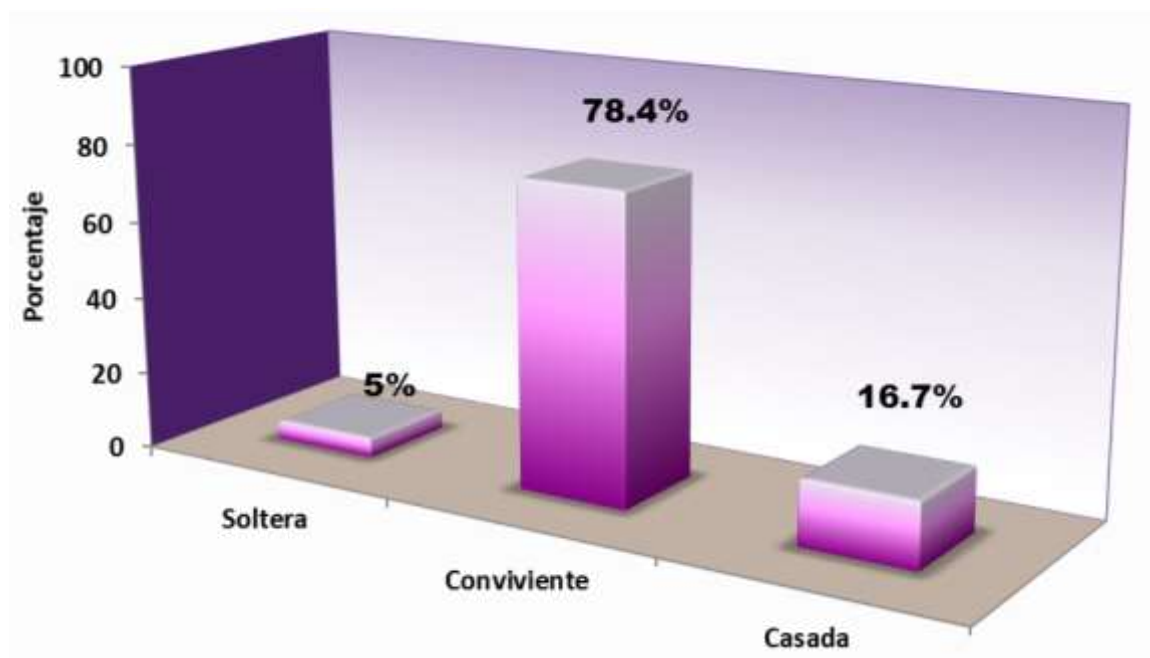
### Grafico 01

Distribución según edad de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.



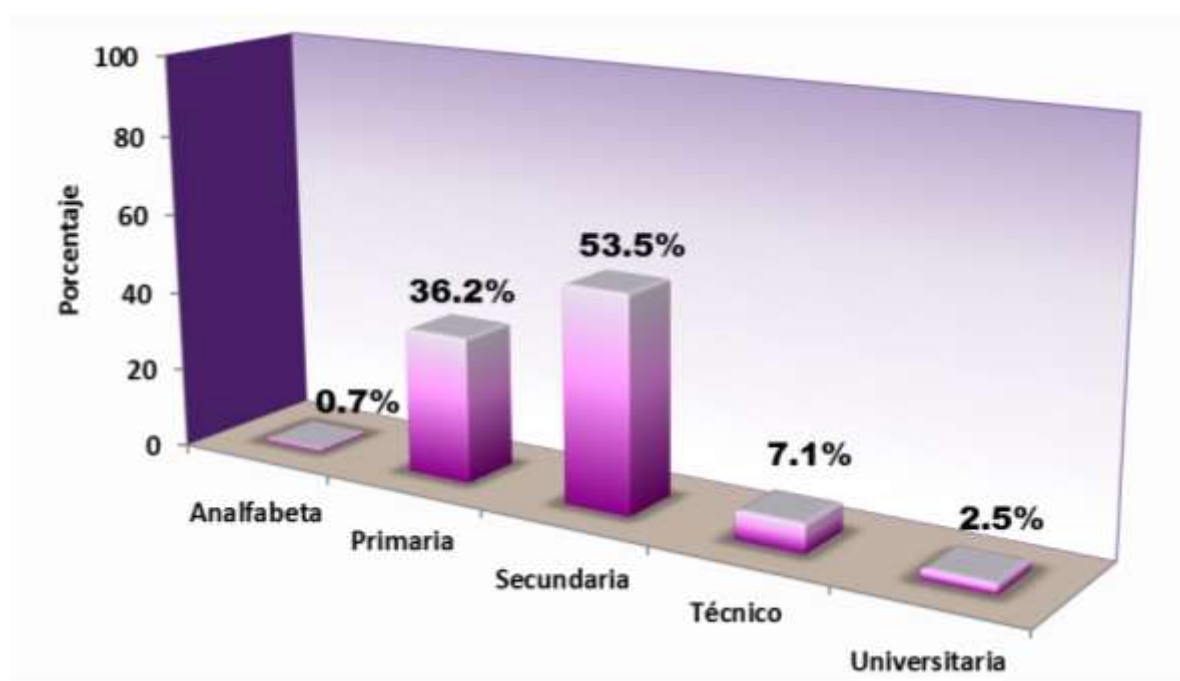
**Grafico 02**

Distribución según estado civil de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.



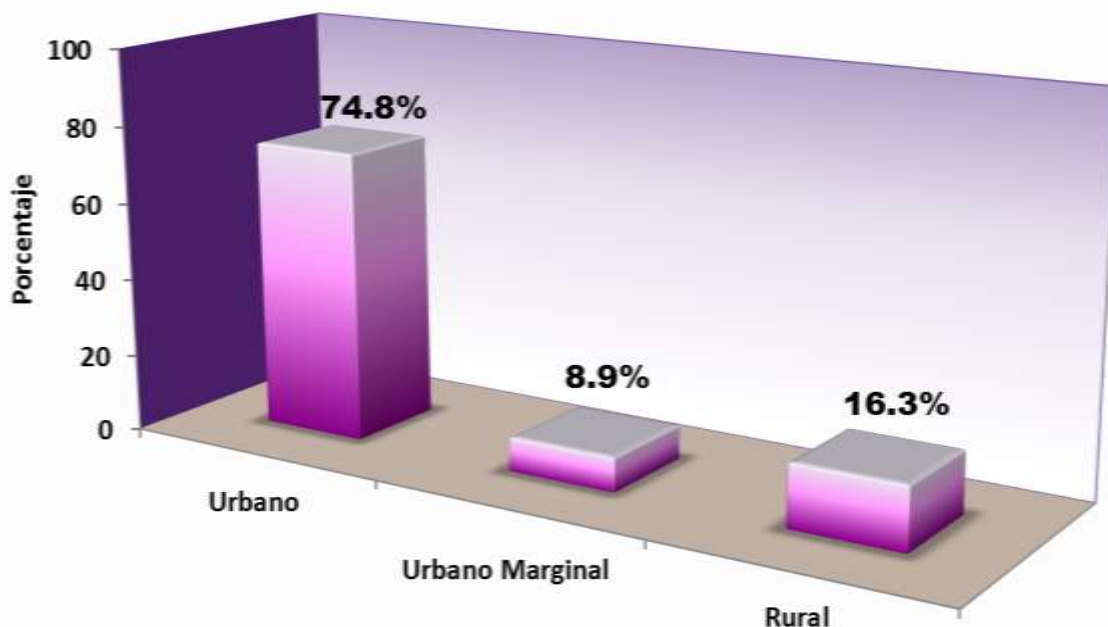
**Grafico 03**

Distribución según nivel de instrucción de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.



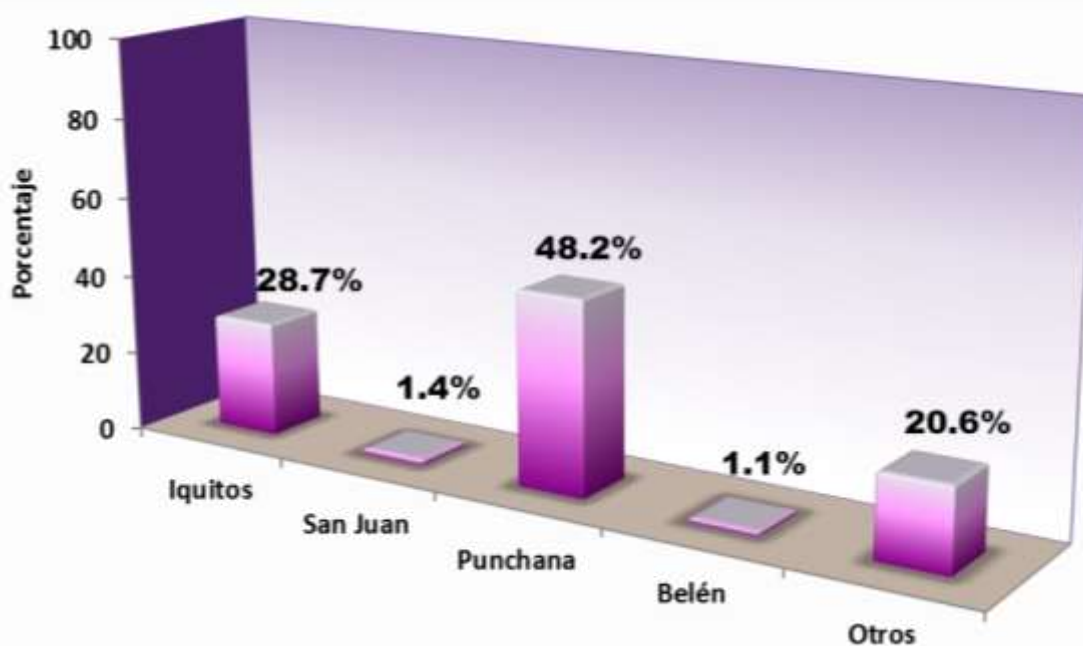
**Grafico 04**

Distribución según procedencia de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.



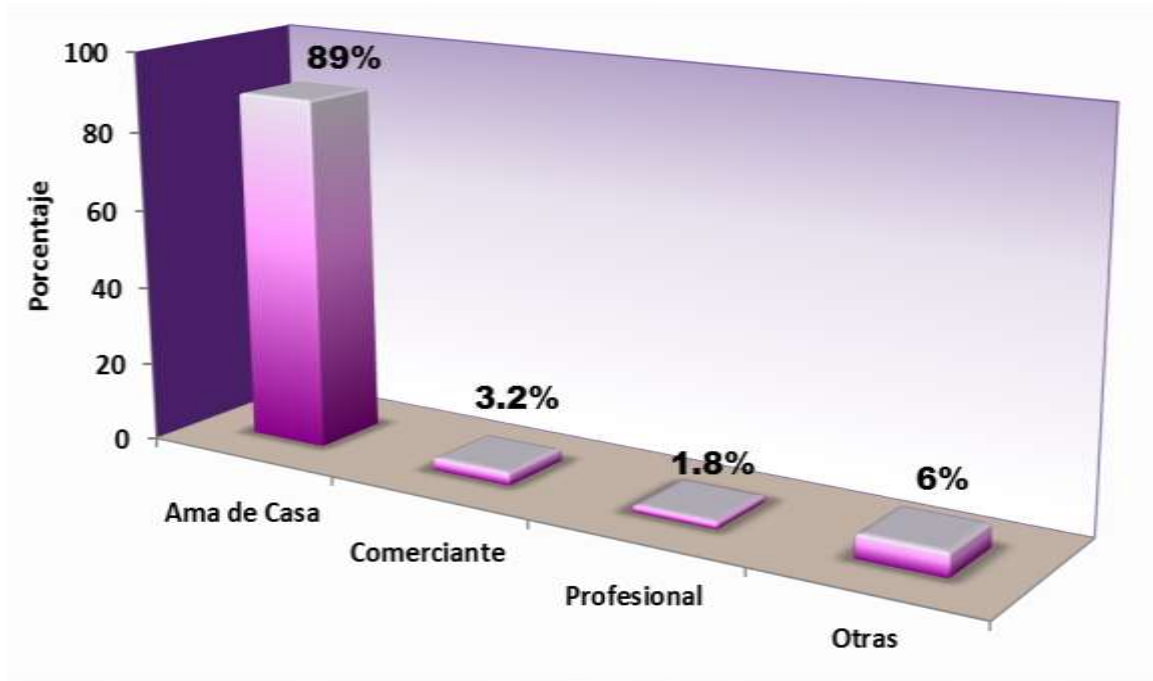
**Grafico 05**

Distribución según distrito de procedencia de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.



### Grafico 06

Distribución según ocupación de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.



## B. Características Obstétricas

**Tabla 02**

Características Obstétricas de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.

<b>Características Obstétricas</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Número de Gestaciones</b>	Primigesta	4	1.4
	Segundigesta	13	4.6
	Tercigesta	23	8.2
	Multigesta	242	85.8
<b>Paridad</b>	Nulípara	4	1.4
	Primípara	20	7.1
	Secundípara	41	14.5
	Múltipara	151	53.5
	Gran Múltipara	66	23.4
<b>Número de abortos</b>	Ninguno	176	62.4
	Uno	70	24.8
	Dos	27	9.6
	Tres	7	2.5
	Cinco	1	0.4
	Nueve	1	0.4
DE: 0.957; Media: 0.56; Min: 0 – Max: 9			
<b>Edad Gestacional</b>	<= 40 Sem	264	93.6
	41 - 42 Sem	17	6.0
	> 42 Sem	1	0.4
DE: 2.353; Media: 37.79; Min: 23 – Max: 43			
<b>Número Controles Prenatales</b>	< 6 Controles	123	43.6
	>= 6 Controles	159	56.4
DE: 2.696; Media: 5.60; Min: 0 – Max: 13			
<b>Periodo intergenésico</b>	< 3 años	58	20.6
	3 - 5 años	100	35.5
	6 - 10 años	92	32.6
	> 10 años	32	11.3
DE: 4.031; Media:5.81; Min: 1 – Max: 22			
<b>Índice de Masa Corporal</b>	Infrapeso	6	2.1
	Normal	105	37.2
	Sobrepeso	108	38.3
	Obesidad Tipo I	54	19.1
	Obesidad Tipo II	7	2.5
	Obesidad Tipo III	2	0.7



El 85.0% (242) de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 fueron multigestas, el 8.2% (23) son tercigestas, el 4.6% (13) fueron segundigestas y el 1.4% (4) representaron a las primigestas. (Tabla 02)

El 53.5% (151) de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 fueron múltiparas, el 23.4% (66) es gran múltipara, el 14.5% (41) es secundípara, el 7.1% (20) es primípara y el 1.4% (4) es nulípara. (Tabla 02)

La media de abortos que se mostró es de 0.56 ( $\pm$  0.957), siendo el mínimo 00 y el máximo de 9 abortos. En esta oportunidad el 62.4% (176) de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 no presentaron aborto, el 24.8% (70) presentaron un aborto, el 9.6% (27) presenta 02 abortos, el 2.5% (7) presentan 03 abortos. (Tabla 02)

El promedio de la edad gestacional fue de 37.79 semanas (DE:  $\pm$  2.353), siendo el mínimo 23 semanas y el máximo de 43 semanas. El 93.6% (264) de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 presentaron edad gestacional menor o igual a 40 semanas, el 6.0% (17) estuvieron en el rango de 41 – 42 semanas, y el 0.4% (1) fueron mayor de 42 semanas. (Tabla 02)

El promedio de controles prenatales de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 fue de 5.81 días (DE:  $\pm$  2.696), siendo el mínimo de 0 días y el máximo de 13 días. Encontrándose en la

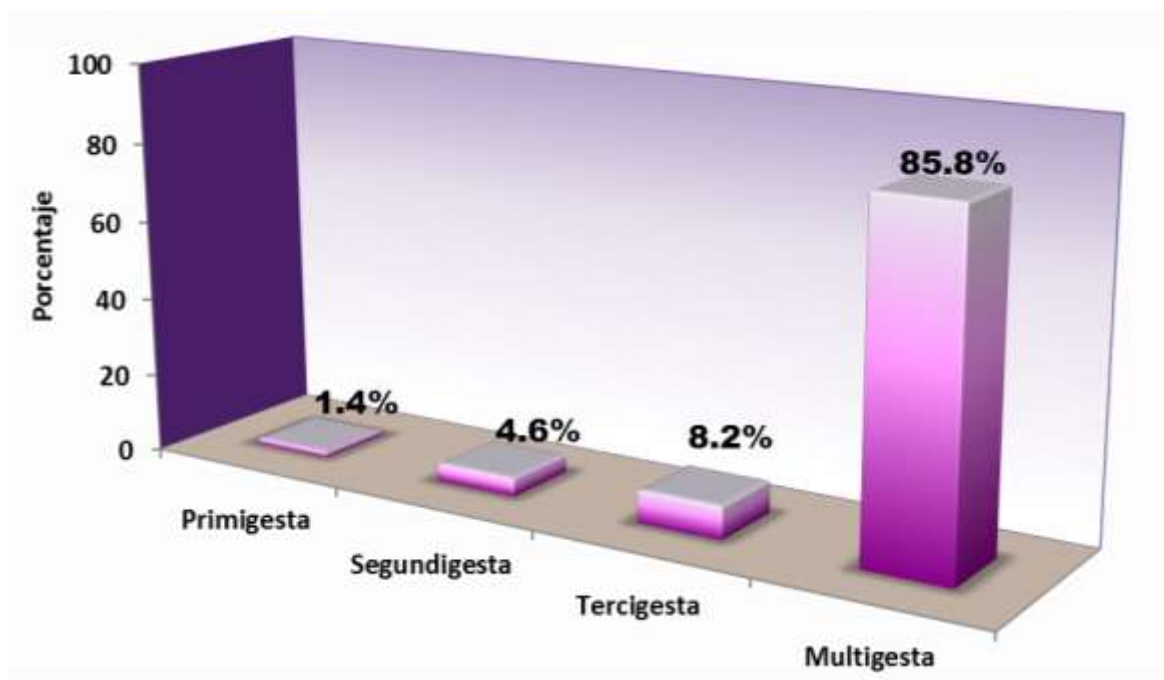
distribución que el 56.4% (159) tuvieron igual o mayor de 6 controles y el 43.6% (123) tuvieron menor de 6 controles. (Tabla 02)

El promedio del periodo intergenésico de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 es de 5.81 años (DE:  $\pm$  4.031), siendo el mínimo de 1 año y el máximo de 22 años. Encontrándose que el 35.5% (100) estuvieron en el rango de 3 a 5 años, el 32.6% (92) estuvieron en el rango de 6 a 10 años, el 20.6% (58) tuvieron menor de 3 años y el 11.3% (32) fueron mayor de 10 años. (Tabla 02)

El 38.3% (108) de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 presentaron sobrepeso, el 37.2% (105) tuvieron un IMC normal, el 19.1% (54) tuvieron obesidad tipo I.

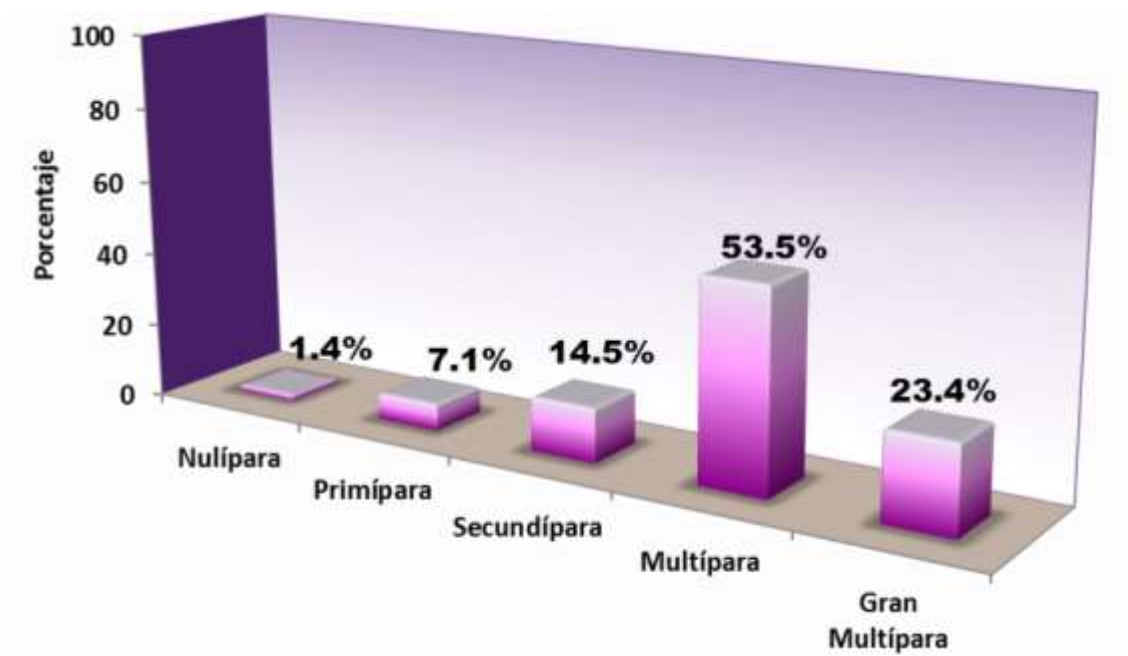
### Grafico 07

Distribución según número de gestaciones de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.



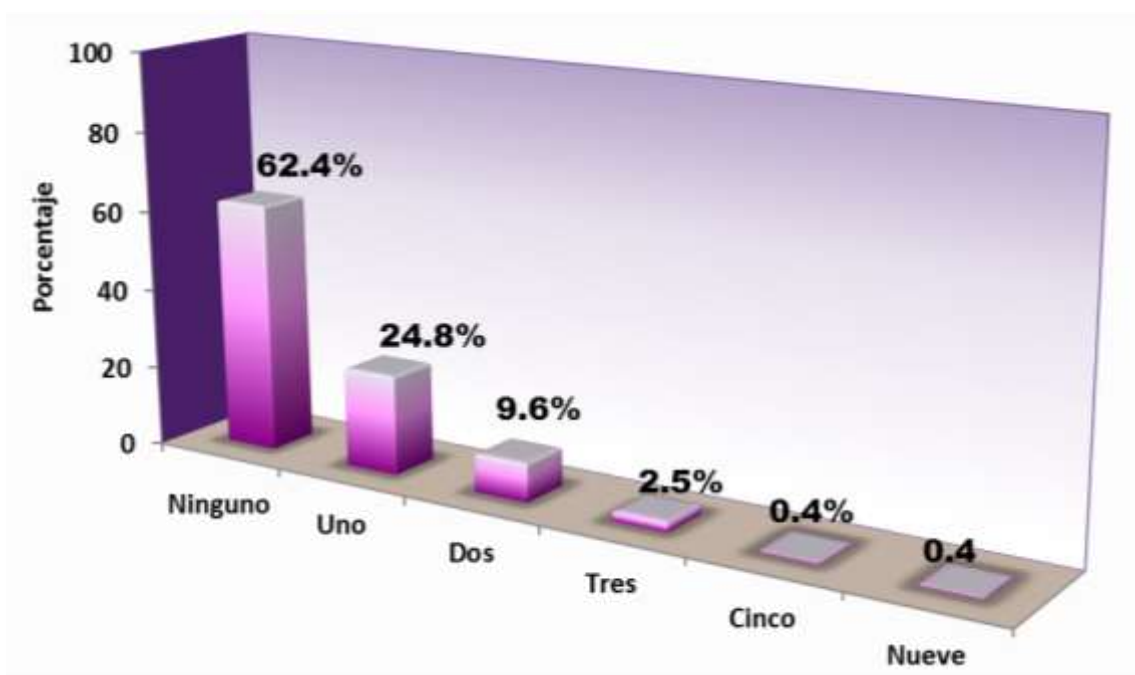
**Grafico 08**

Distribución según paridad de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.



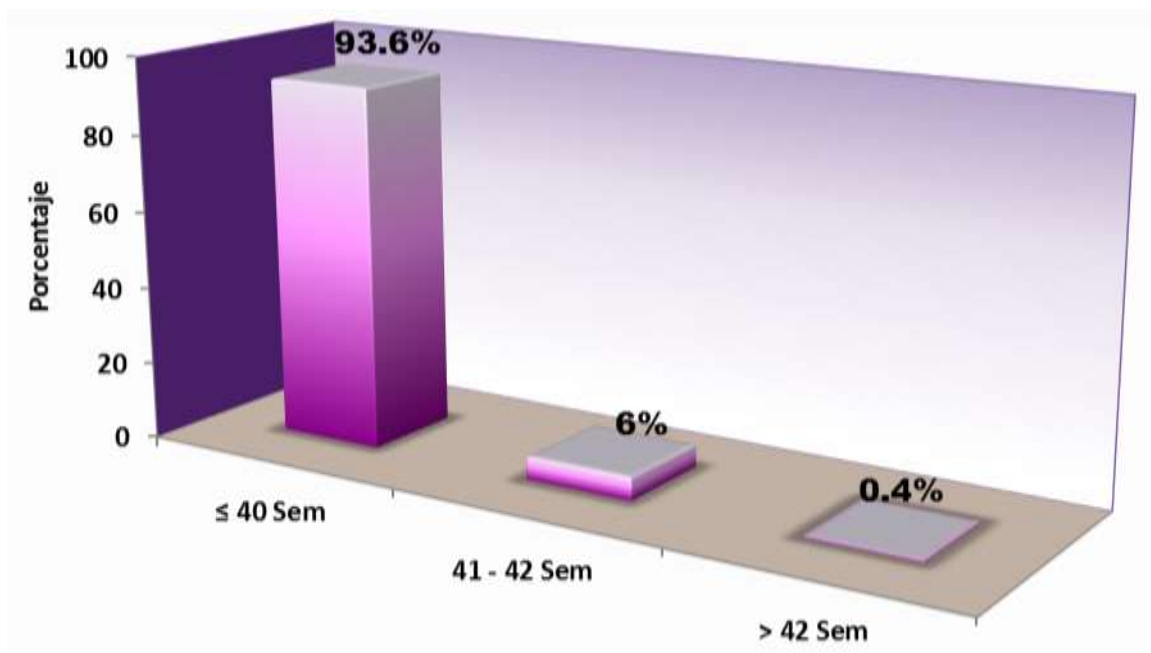
**Grafico 09**

Distribución según número de abortos de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.



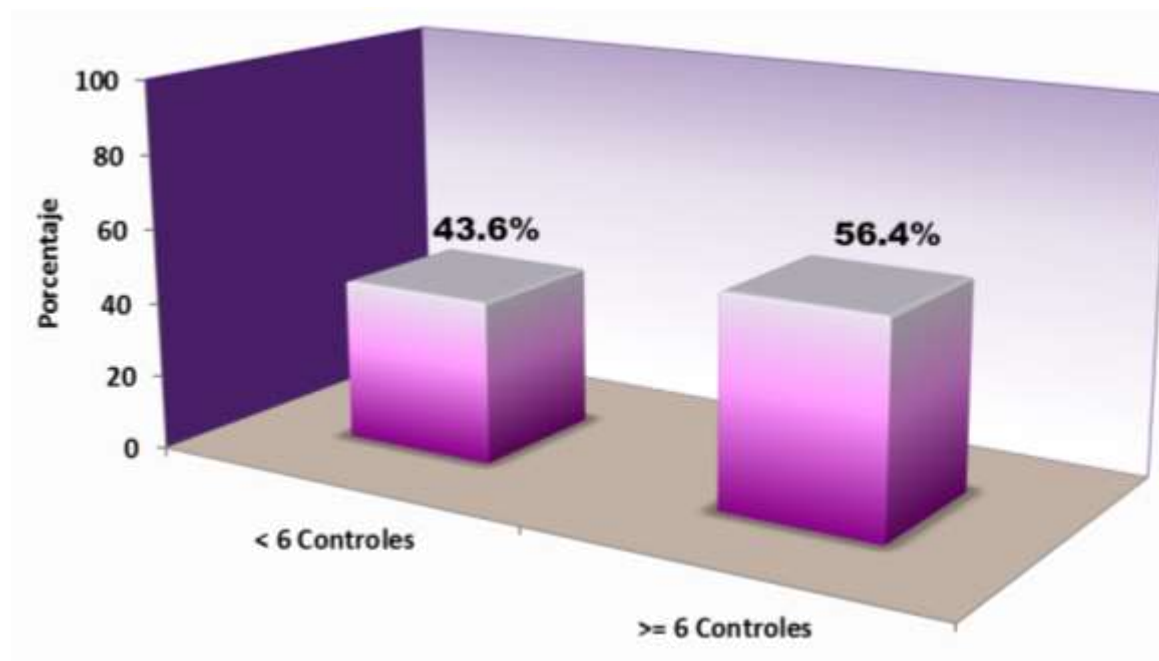
**Grafico 10**

Distribución según edad gestacional de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.



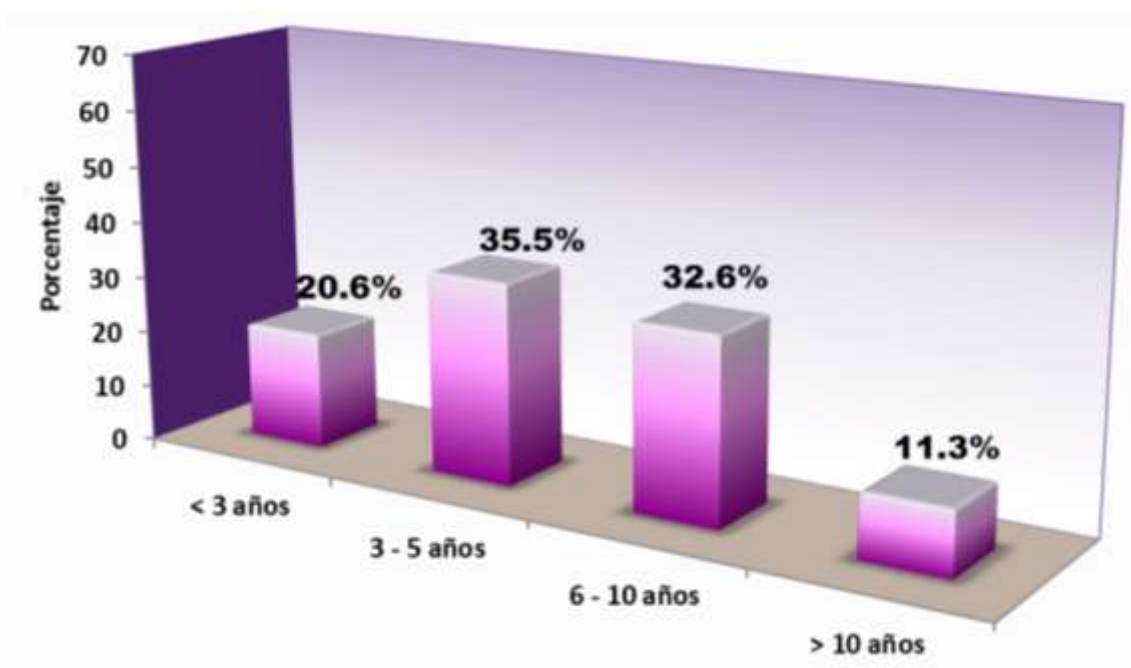
**Grafico 11**

Distribución según número de controles prenatales de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.



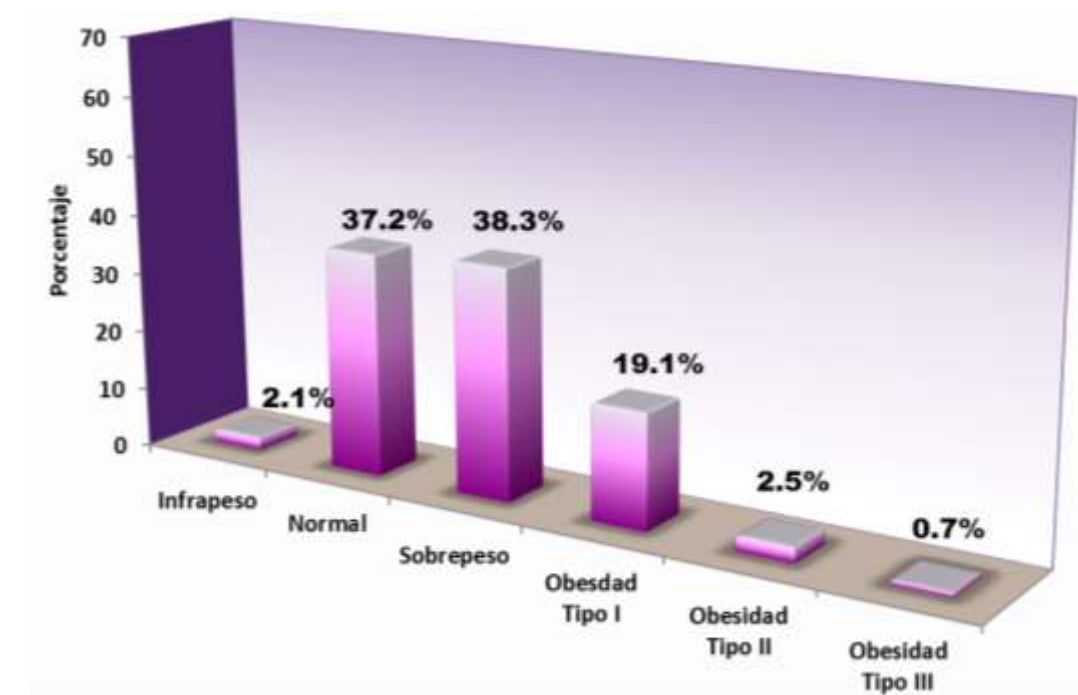
**Grafico 12**

Distribución según periodo intergenésico de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.



**Grafico 13**

Distribución según índice de masa corporal de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.



## C. Características Perinatales

**Tabla 03**

Características Perinatales de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.

Características Perinatales		n	%
<b>Tipo Culminación</b>	Vaginal	171	60.6
<b>Gestación</b>	Cesárea	111	39.4
<b>Color Líquido Amniótico</b>	Claro	230	81.6
	Verde Claro	32	11.3
	Verde Oscuro	20	7.1
<b>Desgarro</b>	Si	30	10.6
	No	252	89.4
<b>Tipo de Desgarro</b>	Perineal 1° G	21	7.4
	Perineal 2° G	4	1.4
	Cuello Uterino	4	1.4
	Cuello Uterino - Perineal	1	0.4
<b>APGAR</b>	0 – 3	10	3.5
	4 – 6	8	2.8
	7 – 10	264	93.6
<b>Sexo del Neonato</b>	Masculino	157	55.7
	Femenino	125	44.3
<b>Peso del Neonato</b>	< 2500	22	7.8
	2500 – 4000	250	88.7
	> 4000	10	3.5
	DE: 538.203; Media: 3154.96; Min: 600; Max: 4390		
<b>Talla del Neonato</b>	< 48 cm	45	16.0
	48 – 52 cm	216	76.6
	> 52 cm	21	7.4
	DE: 2.579; Media: 49.37; Min: 37; Max: 55		

El 60.6% (171) de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 culminaron su gestación por vía vaginal, mientras 39.4% (111) lo tuvieron por vía cesárea. (Tabla 03)

El 81.6% (230) de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 el color del líquido amniótico fue claro, el 11.3% (32) tuvieron verde claro y el 7.1% (20) presentaron verde oscuro. (Tabla 03)

El 89.4% (252) de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 no presentaron desgarro, y el 10.6% (30) presentaron algún tipo de desgarro, siendo de estos el 7.4% (21) presentaron desgarro perineal de 1° grado, el 1.4% (4) presentó desgarro perineal de 2° grado, con el mismo porcentaje los desgarros de cuello uterino y el 0.4% (1) presentó desgarro cuello uterino y perineal de 1° grado. (Tabla 03)

El 93.6% (264) de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014, los neonatos presentaron un puntaje APGAR en el rango de 7 a 10, el 3.5% (10) estuvieron en el rango de 0 a 3 y el 2.8% (8) estuvieron en el rango de 4 a 6. (Tabla 03)

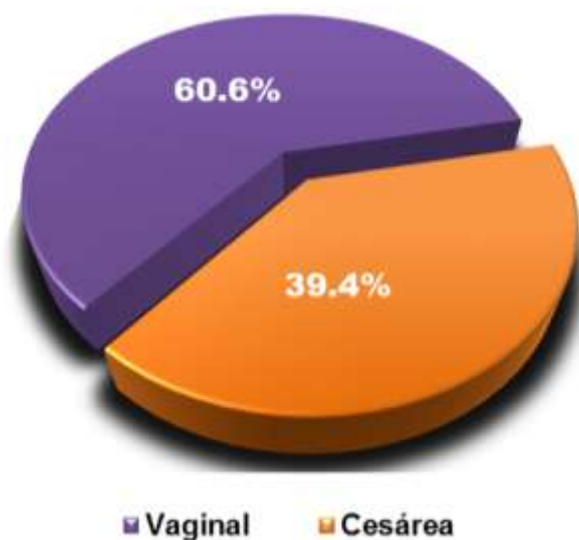
El 55.7% (157) de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014, los neonatos presentados fueron del sexo masculino, y el 44.3% (125) los neonatos fueron del sexo femenino. (Tabla 03)

El promedio del peso de neonatos de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 fue 3154.96 g (DE:  $\pm$  538.203), siendo el mínimo de 600 g y el máximo de 4390 g. en la distribución el 88.7% (250) de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014, los neonatos estuvieron en el rango de 2500 a 4000 g, el 7.8% (22) fueron menor de 2500 g y el 3.5% (10) fueron mayor de 4000 g. (Tabla 03)

El promedio de las tallas de los neonatos de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 fue de 49.37 cm (DE:  $\pm$  2.579), siendo el mínimo de 37 cm y el máximo de 55 cm. En la distribución se encontró que 76.6% (216) los neonatos estuvieron en el rango de 48 a 52 cm, el 16.0% (45) fueron menores de 48 cm y el 7.4% (21) fueron mayores de 52 cm.

#### Grafico 14

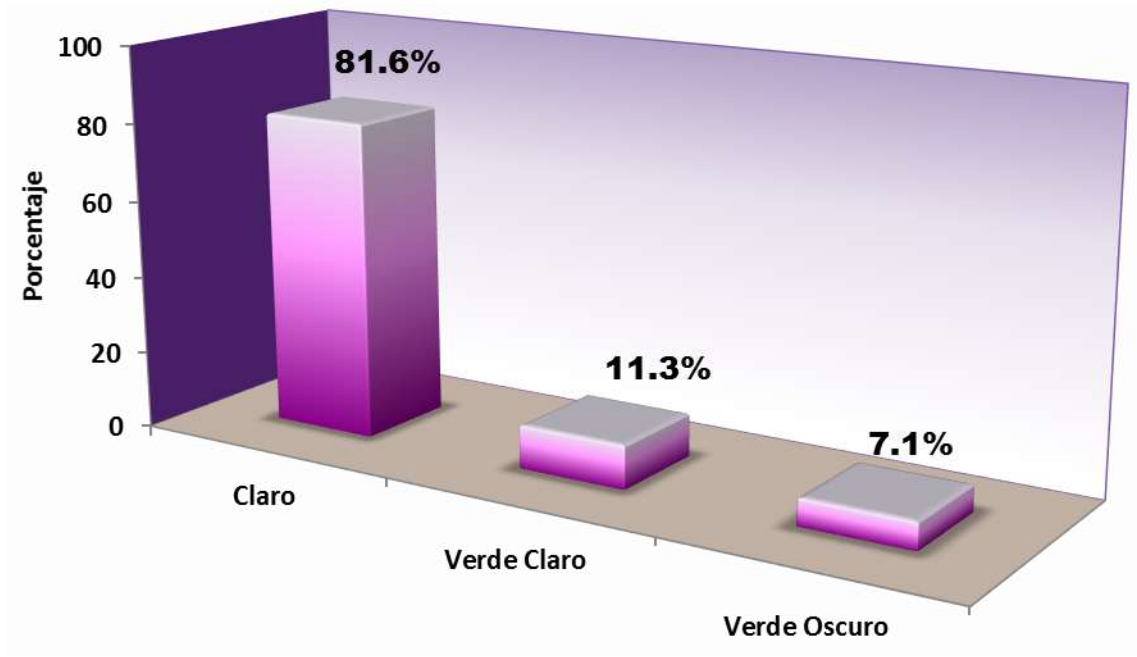
Distribución según tipo de parto de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.





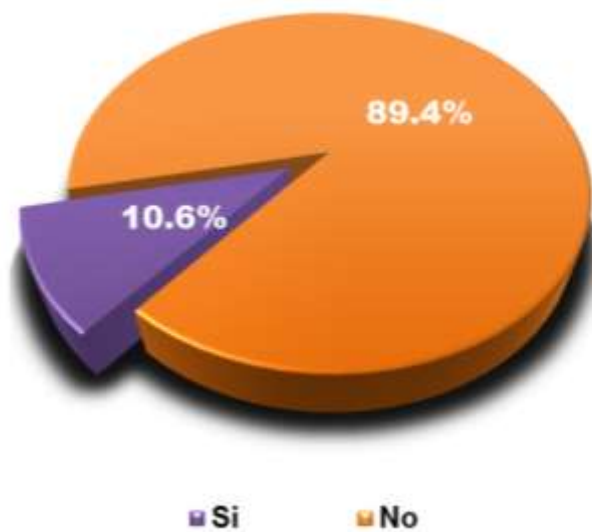
**Grafico 15**

Distribución según color de líquido amniótico durante el parto de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.



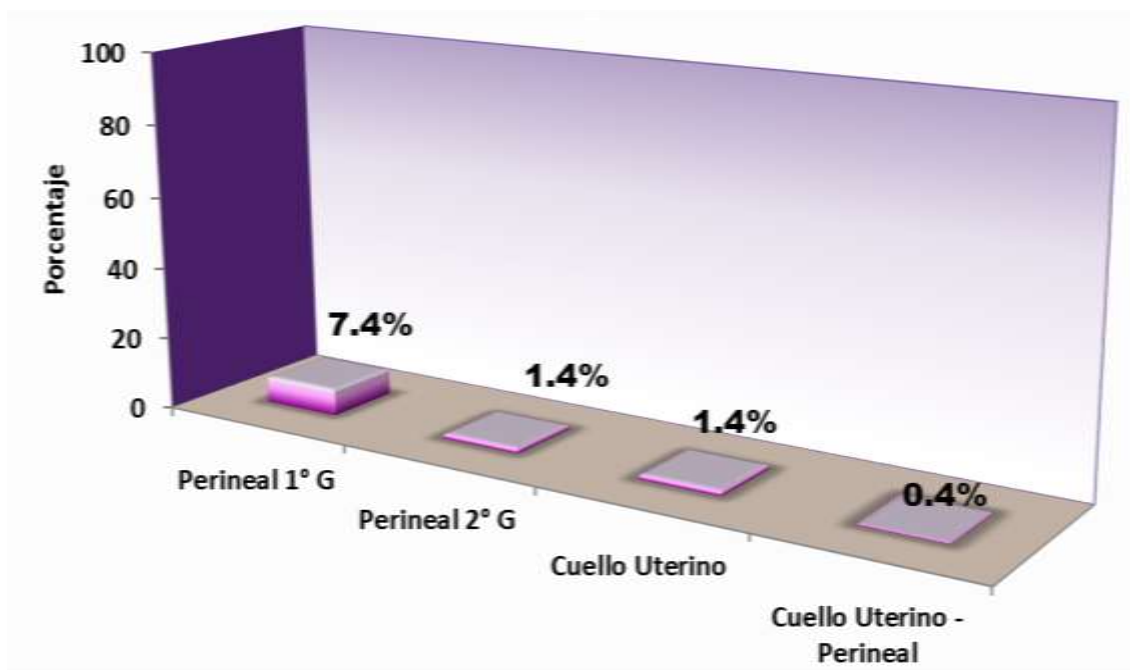
**Grafico 16**

Distribución según presencia de desgarro durante el parto de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014



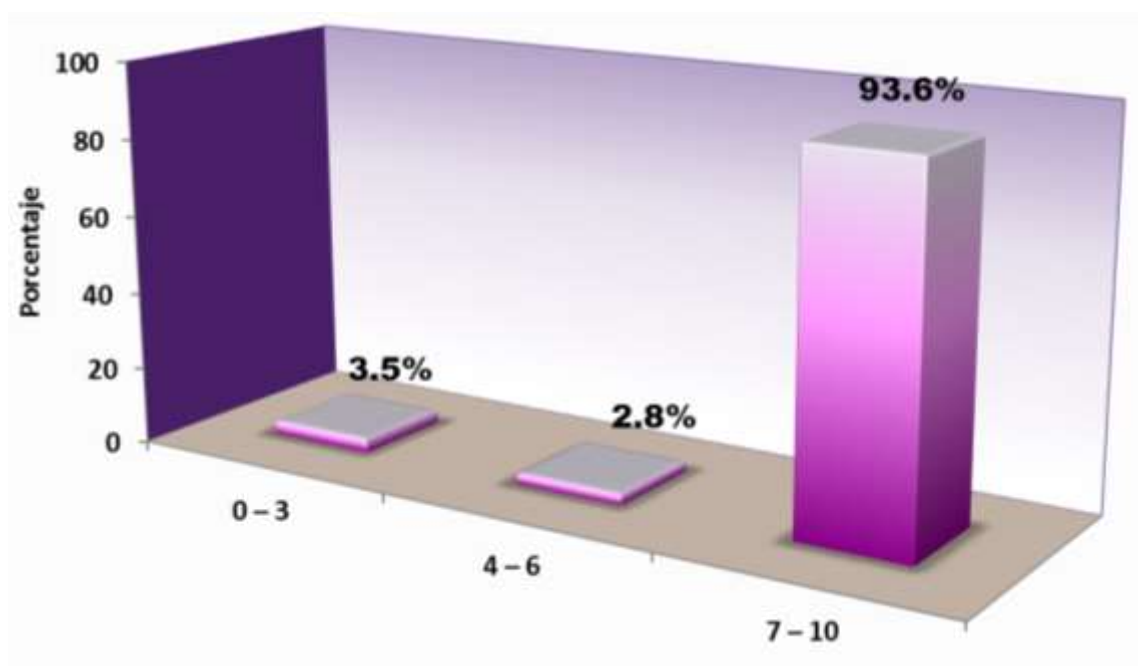
**Grafico 17**

Distribución según tipo de desgarro durante el parto de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.



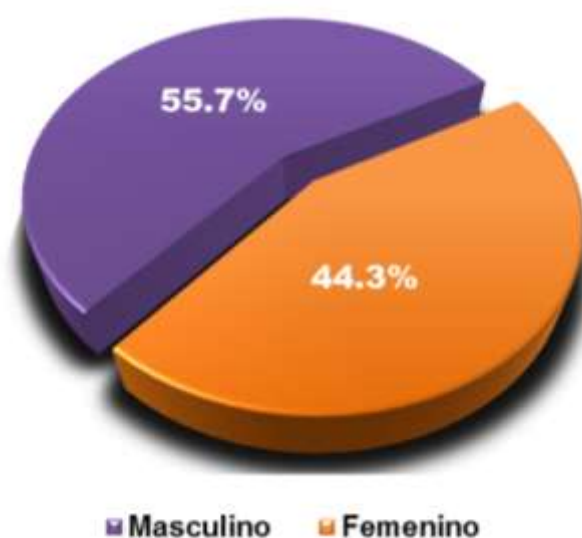
**Grafico 18**

Distribución según puntaje Apgar en los recién nacidos de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014



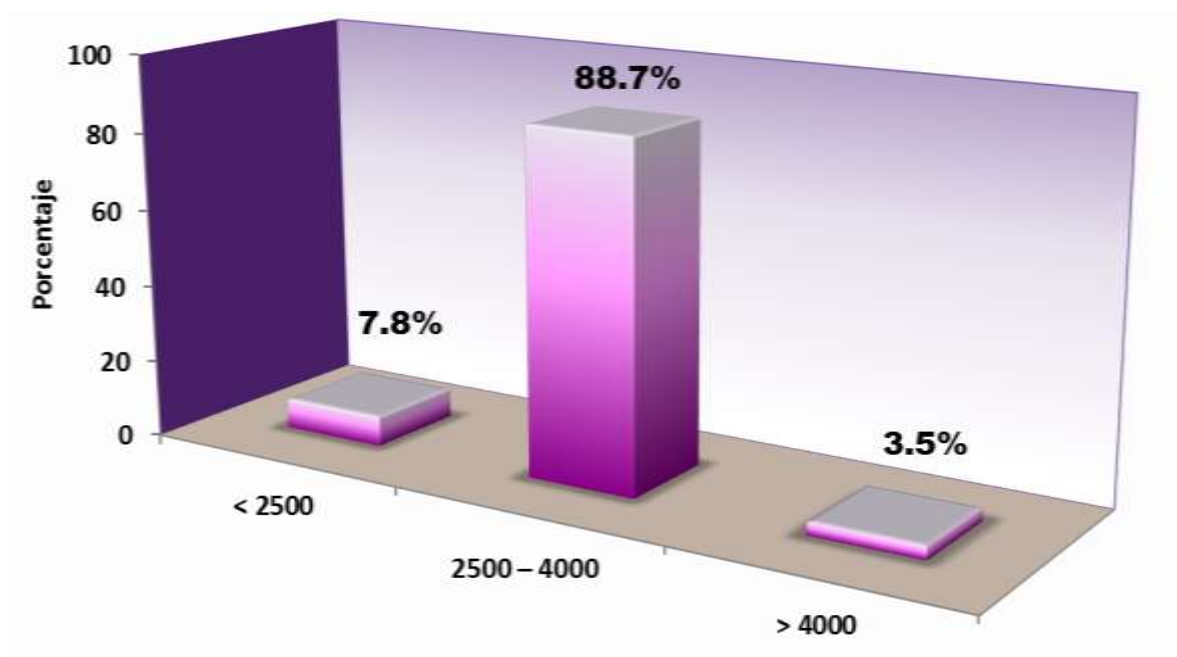
**Grafico 19**

Distribución según sexo en los recién nacidos de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014



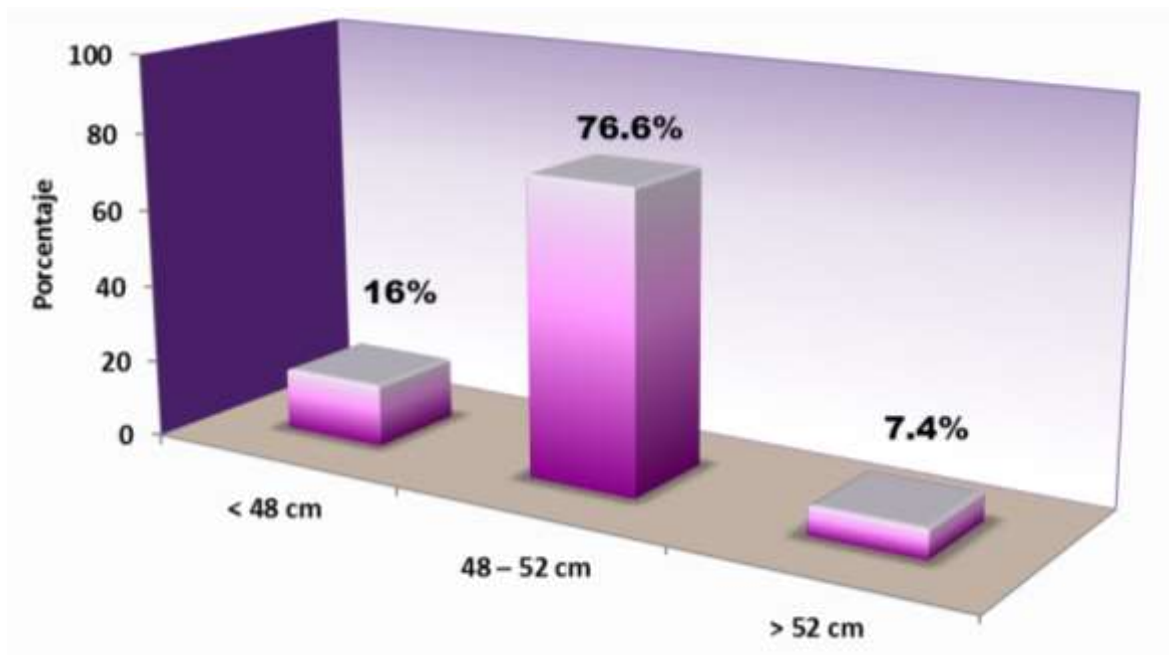
**Grafico 20**

Distribución según peso de los recién nacidos de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014



### Grafico 21

Distribución según talla de los recién nacidos de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014



**Tabla 04**

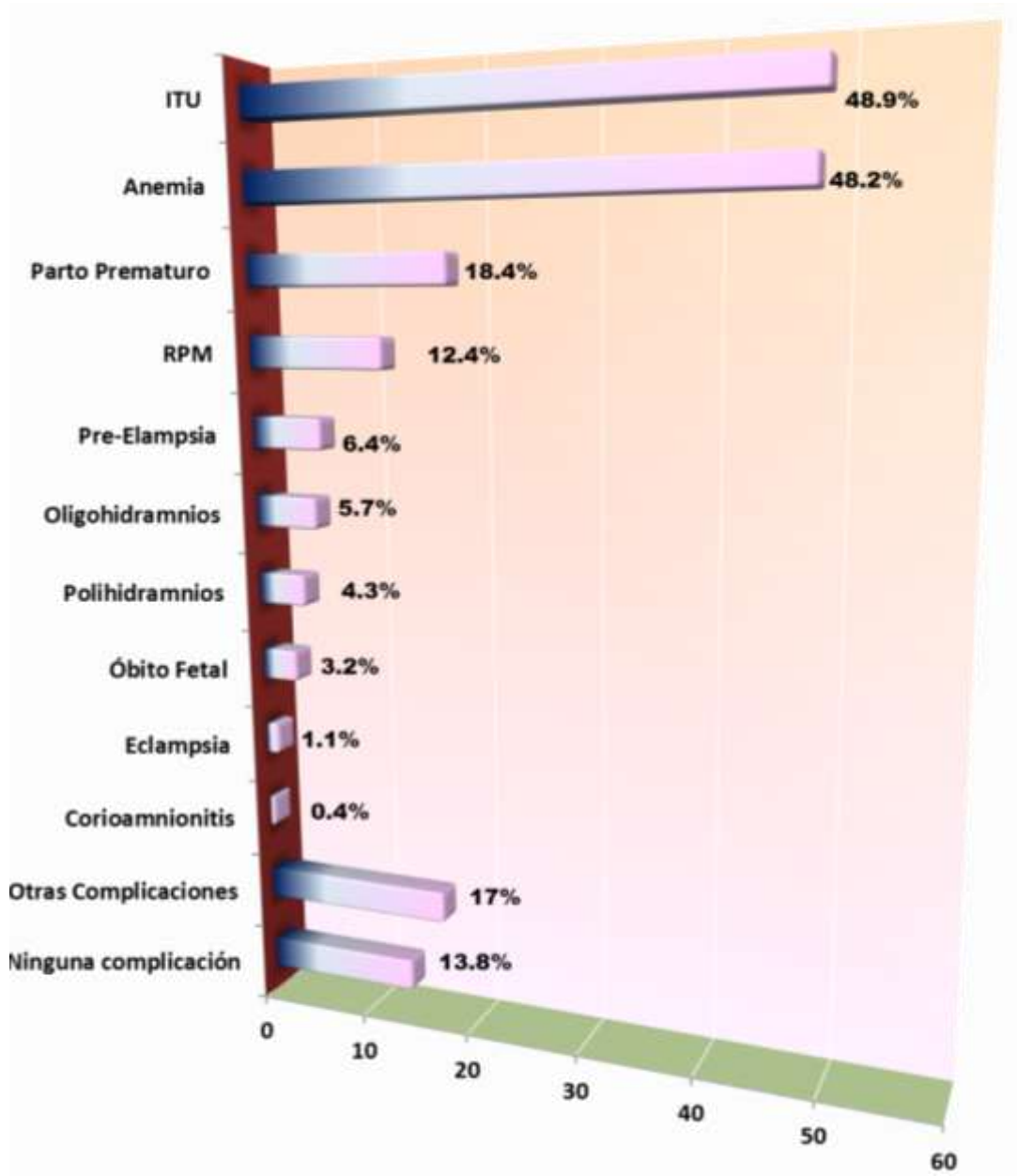
Complicaciones de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.

Complicaciones	n	%
ITU	138	48,9
Anemia	136	48.2
RPM	35	12.4
Parto Prematuro	52	18.4
Pre-Eclampsia	18	6.4
Eclampsia	3	1.1
Oligohidramnios	16	5.7
Polihidramnios	12	4.3
Corioamnionitis	01	0.4
Óbito Fetal	9	3.2
Ninguna complicación	39	13.8
Otras Complicaciones	48	17.0

El 48.9% (138) de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 presentaron como complicación ITU, el 48.2% (136) tuvieron anemia, el 18.4% (52) con parto prematuro, el 12.4% (35) con RPM, el 6.4% (18) con pre-eclampsia, el 17.0% (48) presentó otras complicaciones y el 13.8% (39) no presentaron alguna complicación. (Tabla 04)

**Grafico 22**

Complicaciones de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014.



## DISCUSIONES

Las gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 presentaron un promedio de edad de 38.60 años, encontrando un 81.9 % en el grupo de 36 – 40 años, tanto **Schuller et al**<sup>50</sup> y **Sifuentes M.**<sup>52</sup> en sus estudios evidenciaron que un 79.25% y 79.13 % respectivamente de sus pacientes estaban en el grupo de 36 – 40 años de edad.

El 78.4% de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 fue de estado civil conviviente; **Sifuentes M.**<sup>52</sup> en su estudio el estado civil de mayor porcentaje observado fue el de Conviviente (90.53%); esto difiere del estudio **Nolasco-Blé A. y col.**<sup>21</sup> en México encuentra que el 81.5% de las pacientes se registraron como casadas.

El 53.5% de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 fueron de grado de instrucción secundaria, **Sifuentes M.**<sup>52</sup> en Loreto evidencio en su estudio que el grado de instrucción que mas porcentaje presentó fue el de secundaria, esto difiere de los estudios de **Torres C.**<sup>51</sup> en el Salvador y **Epíscopo AC y col**<sup>55</sup> quienes observaron que el mayor porcentaje en el grado de instrucción de sus pacientes fue el primario con 47.5 % y 57,1% respectivamente.

El 74.8% de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 fueron de procedencia urbana. **Torres C.**<sup>51</sup> en el

Salvador, el 92.5% de las gestantes procedía del sector Urbano. El 48.2% fueron del distrito de Punchana, esto difiere del estudio de **Sifuentes M.**<sup>52</sup> donde le 47.3% eran del distrito de Iquitos.

El 89.0% de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 fueron amas de casa. **Schuller et al**<sup>50</sup> y **Torres C.**<sup>51</sup> encontraron que sus pacientes también eran amas de casa en un 81.13% y 82.5 % respectivamente.

El 85.0% de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 fueron multigestas. **Torres C.**<sup>51</sup> en el Salvador, en su estudio observó que le 70 % eran secundigestas y el resto primigestas.

El 53.5 % de las gestantes mayores de 35 años fueron multíparas. **Epíscopo AC y col**<sup>55</sup> en su estudio encontró que el 97.7% de sus pacientes eran multíparas.

En esta oportunidad el 62.4% (176) de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 no presentaron aborto, el 24.8% (70) presentaron un aborto, el 9.6% (27) presenta 02 abortos, el 2.5% (7) presentan 03 abortos. **Chamy y cols. (2009)**<sup>46</sup>, en Chile encuentra en su estudio que el 65,7% de las gestantes mayores de 35 años no tuvieron abortos.



El 93.6% (264) de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 presentaron edad gestacional menor o igual a 40 semanas. En el estudio de **Amaro y col. (2006)**<sup>23</sup> se reflejó el tiempo de gestación al momento del parto y se encontró que el mayor número de partos se produjo entre las 37y 41.6 semanas (71.88 %).

Se encontró en la distribución que el 56.4% (159) tuvieron igual o mayor de 6 controles y el 43.6% (123) tuvieron menor de 6 controles. **Torres C.**<sup>51</sup> en el Salvador, el 100% careció de asesoría preconcepcional y 80% de las pacientes tuvo control prenatal cuyo número osciló entre 1 y 8 controles.

El 38.3% (108) de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 presentaron sobrepeso, el 37.2% (105) tuvieron un IMC normal, el 19.1% (54) tuvieron obesidad tipo I. . **Chamy y cols. (2009)**<sup>46</sup> evidencia que las características nutricionales según IMC promedio al inicio del embarazo fue para la población  $\geq 35$  años de  $26,8 \pm 4,6$  indicando sobrepeso. **Bermello y Uquillas**<sup>48</sup> (2012), en Ecuador menciona que sus pacientes presentaron obesidad.

El 60.6% (171) de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 culminaron su gestación por vía vaginal, mientras 39.4% (111) lo tuvieron por vía cesárea. **Nolasco-Bié A. y col.**<sup>21</sup> evidencio en su estudio que en el 71.2% de los casos la vía de nacimiento fue por cesárea y en 28.8% por parto vaginal.

El 93.6% (264) de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014, los neonatos presentaron un puntaje APGAR en el rango de 7 a 10, el 3.5% (10) estuvieron en el rango de 0 a 3 y el 2.8% (8) estuvieron en el rango de 4 a 6. **Sánchez y Yugsi(2013)**<sup>22</sup> observa en su estudio que 52% de niños a término tuvo un Ápgar de 9 – 10, seguido del 37% con un valor del 8 – 10, y un 9% con un valor de riesgo de 7 – 10, teniendo presente el riesgo de los recién nacidos con un valor de Ápgar bajo.

El 55.7% (157) de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014, los neonatos presentados fueron del sexo masculino, y el 44.3% (125) los neonatos fueron del sexo femenino. **Schuller et al**<sup>50</sup> **(2007)**, encuentra en su estudio que 53,5 % recién nacidos eran masculinos y 46,1 % femeninos.

El promedio del peso de neonatos 3154.96 g (DE:  $\pm$  538.203), siendo el mínimo de 600 g y el máximo de 4390 g., en la distribución el 88.7% (250) de los neonatos estuvieron en el rango de 2500 a 4000 g, el 7.8% (22) fueron menor de 2500 g y el 3.5% (10) fueron mayor de 4000 g. **Schuller et al**<sup>50</sup> **(2007)** evidencia en su estudio que el peso de los neonatos fue en promedio de 3 033,3 g, con un máximo de 4 500 g y un mínimo de 700 g. Encontraron que 178 nacidos (82,03 %), fueron de peso adecuado, 29 (13,36 %) tenían peso bajo y 10 casos (4,61 %) peso elevado para la edad gestacional.

El promedio de las tallas de los neonatos fue de 49.37 cm (DE:  $\pm$  2.579), siendo el mínimo de 37 cm y el máximo de 55 cm., en la distribución se

encontró que 76.6% (216) los neonatos estuvieron en el rango de 48 a 52 cm. **Schuller et al**<sup>50</sup> (2007). El promedio reportado de talla neonatal fue 49,09 cm; con una mediana de 50 cm; una máxima de 54 cm y una mínima de 34 cm.

El 48.9% (138) de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 presentaron como complicación ITU, el 48.2% (136) tuvieron anemia, el 18.4% (52) con parto prematuro, el 12.4% (35) con RPM, el 6.4% (18) con pre-eclampsia, el 17.0% (48) presentó otras complicaciones y el 13.8% (39) no presentaron alguna complicación. **Sifuentes M.**<sup>52</sup> (2010) encontró en su estudio que Las 5 principales complicaciones encontradas fueron: El 47.57% aborto; el 36.65% hemorragias en el 1° Trimestre; el 21.17% hemorragias del 2° Trimestre, el 14.32% ITU y el 10.92% presentaron distocia de presentación. Así también **Juárez AS.**<sup>49</sup> (2013) en México Veracruz encontró en su estudio que las complicaciones más frecuentes halladas en la gestante añosa fueron la preeclampsia con 11% (21), hemorragia uterina con 9% (18), diabetes en el embarazo con 4% (7), hemorragia uterina con 9% (18), infección perinatal con 14% (28), prematuridad con 35% (67), mortalidad neonatal con 53% (70) y malformación congénita con 14% (28).

Al comparar los estudios podemos notar que las complicaciones son diferentes, en nuestro trabajo es importante enfocarse a que se debe un alto porcentaje de ITU y Anemia pues evidenciado que la mayoría de las gestantes no tuvo deficiencia de controles prenatales, no se debe obviar que durante la gestación aumenta la estasis urinaria que puede hacer más difícil la interpretación de los análisis de función renal y facilita la aparición de una infección urinaria.

## CONCLUSIONES

- El promedio de la edad de las gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 fue de 38.60 años (DE:  $\pm$  2.312), con un mínimo de 36 años y un máximo de 48 años, siendo el 81.9% entre 36 a 40 años.
- El 78.4% de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 fueron convivientes y solo el 5% solteras.
- El 53.5% de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 fueron de nivel secundario, 36.2% primaria y solo el 0.7% analfabetos.
- Las gestantes mayores de 35 años de procedencia urbana en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 fueron de 74.8% y las de procedencia rural fueron de 16.3%.
- El 48.2% de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 fueron del distrito de Punchana, el 28.7% de Iquitos, 1.4% de San Juan, 1.1% de Belén y el 20.6% de otros distritos.
- El 89.0% de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 fueron amas de casa y el 1.8% profesionales.
- El 85% de las gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 fueron multigestas, y solo el 1.4% primigestas.
- El 53.5% de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 fueron múltiparas, el 7.1% primíparas y solo el 1.4% nulíparas.

- El promedio de abortos encontrados en las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 fue de 0.56 (DS:  $\pm 0.957$ ), con 62.4% que no presentaron aborto y 2.5% presentan 03 abortos.
- El 93.6% de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 presentaron edad gestacional menor o igual a 40 semanas y solo el 0.4% fueron mayor de 42 semanas.
- El 56.4% de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 tuvieron igual o mayor de 6 controles y el 43.6% tuvieron menor de 6 controles.
- El 35.5% de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 tuvieron un periodo intergenésico de 3 a 5 años, el 32.6% de 6 a 10 años, el 20.6% menos de 3 años y el 11.3% más de 10 años.
- El 38.3% de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 presentaron sobrepeso, el 37.2% un IMC normal y el 19.1% tuvieron obesidad tipo I.
- El 60.6% de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 culminaron su gestación por vía vaginal y el 39.4% fue cesárea.
- El 81.6% de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 tuvo color de líquido amniótico claro, el 11.3% verde claro y el 7.1% verde oscuro.
- El 10.6% de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 presentaron desgarró, siendo el 7.4% desgarró perineal de 1° grado, el 1.4% desgarró perineal de 2° grado, el 1.4%

desgarro de cuello uterino y el 0.4% desgarro de cuello uterino y perineal de 1° grado.

- El 93.6% de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014, dieron a luz neonatos con APGAR de 7 a 10 y un 3.5% nacieron con APGAR de 0 a 3 puntos.
- El 55.7% de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 tuvieron neonatos del sexo masculino y el 44.3% nacieron del sexo femenino.
- El promedio de peso neonatal de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 fue de 3154.96g., naciendo del 88.7% de ellas con un rango de peso de 2500 a 4000 g, 7.8% menores de 2500 g y el 3.5% mayor de 4000 g.
- El promedio de talla neonatal de las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014 fue de 49.37 cm., naciendo del 76.6% de ellas con un rango de 48 a 52 cm, 16.0% menores de 48 cm y el 7.4% mayores de 52 cm.
- Entre las complicaciones que presentaron las gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto en el año 2014, el 48.9% presento ITU, 48.2% anemia, 18.4% parto prematuro, 12.4% RPM, 6.4% pre-eclampsia, y el 13.8% no presentó alguna complicación.

## RECOMENDACIONES

- Institucionalización de un programa de educación a las embarazadas en edad avanzada que priorice el reconocimiento de la importancia del control prenatal y los factores desfavorables que conlleva el embarazo en mujeres de 35 años y más.
- Capacitación temprana y consejería preconcepcional a las usuarias que asisten al servicio sobre las repercusiones materno-fetales en embarazadas en edad avanzada, y así minimizar posibles riesgos que se puedan presentar en este tipo de pacientes.
- Realización de controles prenatales con calidez y calidad, de manera especial en las embarazadas en edad avanzada que permitan minimizar los resultados obstétricos y perinatales adversos ante la presencia de factores desfavorables.
- Realizar un diagnóstico oportuno de la Infección del tracto urinario a través de exámenes de laboratorio para dar tratamiento temprano.
- Corregir la anemia presente en las gestantes de edad avanzada, recibiendo suplemento y una alimentación saludable que aporte hierro.
- Vigilancia del cumplimiento estricto del protocolo establecido en el Componente Normativo Materno, de tal manera que se cumplan los estándares mínimos de atención a la embarazada y al neonato.
- Promoción de estilos de vida saludables para la consecución de un embarazo que minimice los riesgos obstétricos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **Ataulla I.** The older obstetric patient. *Current Obstet Gynaecol.* 2005;15:46-53.
2. **Smith Y, et al.** Obstetric outcome of elderly low-risk nulliparae. *Int J Gynecol Obstet.* 1998;63:7-14
3. **Fretts RC, Schmittiel J, McLean FH, Usher RH, Goldman MB.** Increased maternal age and the risk of fetal death. *N Engl J Med.* 1995;333:953-957.
4. **Prysak M, Lorenz RP, Kisly A.** Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years and older. *Obstet Gynecol.* 1995;85:65-70.
5. **Vercellini P, et al.** Pregnancy at forty and over: a case-control study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1993;48:191-195.
6. **Brassil MJ, Turner MJ, Egan DM, MacDonald DW.** Obstetric outcome in first-time mothers aged 40 years and over. *Eur J Obstet Gynecol Biol.* 1987;25:115-120.
7. **Lansac J.** Delayed parenting. Is delayed childbearing a good thing? *Hum Reprod.* 2008;10:1033-1036.
8. **Donoso E.** Reproductive risk of women over 40 year's old *Rev médica Chile* 2003;131:55-9.
9. **Puffer R .**La planificación familiar y la mortalidad materna e Infantil en los EUA 2003;115(5):389-404.
10. **UN. Department of Economic and Social Affairs.** Population Division, Population Estimates and Projections Section. World Population Prospects, the 2010 Revision. Fertility and Mean Age of Childbearing. <http://esa.un.org/wpp/Excel-Data/fertility.htm>
11. **Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).** Estado de la Población Peruana 2014. ([http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_ digitales/Est/Lib1157/libro.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1157/libro.pdf))
12. **Fitzgerald C, Zimon AE, Jones EE.** Aging and reproductive potential in women. *Yale J Biol Med.* 2005;71(5):367–81.



13. **Hollier LM, Leveno KJ, Kelly MA, McIntire DD, Cunningham FG.** Maternal age and malformations in singleton births. *Obstet Gynecol* 2000;96:701-706.
14. **Jacobsson B, Ladfords L, Milsom I.** Advanced maternal age and adverse perinatal outcome. *Obstet Gynecol* 2004;104:727-733.
15. **Usta IM, Nassar AH. Advanced maternal age. Part I:** obstetric complications. *Am J Perinatol* 2008;25:521-534.
16. **Joseph KS, Allen AC, Dodds L, Turner LA, et al.** The perinatal effects of delayed childbearing. *Obstet Gynecol* 2005;105:1410-1418.
17. **Simchen MJ, Yinon Y, Moran O, Schiff E, Sivan E.** Pregnancy outcome after age 50. *Obstet Gynecol* 2006;108:1084-1088.
18. Organización Mundial de la Salud. [www.who.int/es](http://www.who.int/es)
19. **DeCherney A, Nathan L.** Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétrico. 8 ed. México. El manual moderno, S.A. de. V; 2003
20. Conde A. Embarazo de alto riesgo (Sitios de internet). Fundación Clínica Valle del Lili. Disponible en: [http://dspace.icesi.edu.co/dspace/bitstream/item/4375/1/061\\_Embarazo\\_alto\\_riesgo.pdf](http://dspace.icesi.edu.co/dspace/bitstream/item/4375/1/061_Embarazo_alto_riesgo.pdf). Acceso en Junio 2001, Cali-Colombia
21. **Nolasco-Bié A K, Hernández-Herrera R J, Ramos-González R M.** Hallazgos perinatales de embarazos en edad materna avanzada. México. *Ginecol Obstet Mex* 2011; 2012;80(4):270-275 . ISSN-0300-9041 Volumen 80, núm. 4, abril 2012.
22. **Sánchez M., Yugsi Z.** 2013. Factores de riesgo materno fetal, en mujeres con edad avanzada, que ingresan en el servicio de Maternidad del Hospital "Vicente Corral Moscoso". Cuenca
23. **Amaro F, Ramos M y col.** Repercusión de la edad materna avanzada sobre el embarazo, el parto y el recién nacido. Cuba 2006. *Archivo Médico de Camagüey* 2006; 10 (6) ISSN 1025-0255.
24. **Paredes N.** Maternidad postergada. *HorizMed* 2013; 13(1):45-50
25. **Ramírez C, NazerJ, Cifuentes L, Águila A.** Cambios en la distribución etaria de las madres en Chile y en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile y su influencia en la morbimortalidad neonatal. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2012; 77(3): 183 – 189.

26. **Tipiani-Rodríguez O.** ¿Es la edad materna avanzada un factor de riesgo independiente para complicaciones materno-perinatales?. Rev Per Ginecol Obstet 2006;52(3):89-99.
27. **Brian T, Bateman Lynn L. Simpson.** Higher rate of stillbirth at the extremes of reproductive age: A large nation wide sample of deliveries in the United States. Am J of Obstet and Gynecol 2006.
28. **Froen J, Arnestad M, Frey K, et al.** Risk factors for sudden intrauterine unexplained death: epidemiologic characteristic of singleton cases in Oslo, Norway 1986-1995. Am J of Obstet and Gynecol 2001; 184:694-702.
29. **SchullerA, Benítez–Guerra G,** Estudio de las gestantes de edad avanzada en el Hospital Universitario de Caracas. Rev de la Facultad de Medicina 2007; 30(1).
30. **Nolasco-Blé A, Hernández-Herrera R, Ramos-González R.** Hallazgos perinatales de embarazos en edad materna avanzada. Ginecol Obstet Mex 2012; 80(4):270-275.
31. **Naciones Unidas. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE),** División de Población de la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL). <http://celade.cepal.org/redatam/index.es.html>
32. **MINSA, Oficina de Estadística.** Reporte Mensual de la Producción de Servicios de Salud Materno Perinatal. Cobertura de Gestantes Controladas Enero-Setiembre; 2012.
33. **Villa R, Candenias M, Alvarez FV.** Combinación de la alfafetoproteína sérica, gonadotropina coriónica y edad materna para el cálculo de riesgo de Síndrome de Down en el embarazo. Prog Diagn Pren 1992; 4(3).
34. **Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Ríos M, Leighton L.** Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Rev Chil Obstet Ginecol 2009;74:331-8.
35. **Reefhuis J, Honein M.** Maternal age and chromosomal birth defects. Atlanta 1998-2000: teenager or thirty-something, who is the risk?. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol 2004; 70:572-9.
36. **Sherman SL, Freeman SB, Allen EG, Lamb NE.** Risk factors for non disjunction of trisomy 21. Cytogenetic Genome Res 2005;111:273-80.

37. **Nazer J, Cifuentes L, Águila A, Ureta P, Bello M, Correa F, et al.** Edad materna y malformaciones congénitas: Un registro de 35 años. 1970-2005. *Rev Méd Chile* 2007 Nov; 135(11):1463-1469.
38. **Bianco A, Stone J, Lynch L, Lapinsky K, Berkowitz G.** Pregnancy outcome at age 40 and older. *ObstetGinecol* 2003; 87: 917.
39. **Chamy V, Cardemil F, BetancourP, Ríos M, LeightonL.** Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2009; 74(6): 331 – 338.
40. **Torres C.** Resultado perinatal y obstétrico en embarazadas mayores de 35 años en el hospital nacional de maternidad en el periodo de enero a diciembre de 2009. Tesis para grado de Ginecólogo Obstetra, Universidad de El Salvador 2009.
41. **González-Garay A.** Actualidades sobre la taquipnea transitoria del recién nacido. *Acta Pediatr Mex* 2011; 32(2):128-129.
42. **Colomé C, Carrasco M, Agramunt S, Checa M, Carreras R.** Fertilidad en mujeres mayores de 40 años. *Barcelona Ginecología y Obstetricia Clínica* 2008;9(4):216-227.
43. **González C, Omaña Alonso.** Protocolos de Neonatología. Síndrome de distrés respiratorio neonatal o enfermedad de membrana hialina. *Bol Pediatr* 2006; 46(1): 160-165.
44. **Ceriani JM.** Programa de Actualización en Neonatología (PRNEO). Buenos Aires. Editorial Panamericana; 2000: Módulo 1: 113-162.
45. **Cabrera JH.** Resultados perinatales y maternos de los embarazos en edad madura. *Rev Cub Obstet y Ginecol* 2003; (29): 28-9.
46. **Chamy V; Cardemil F; Betancour P; Ríos M; Leighton L.** Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2009; 74(6).
47. **Grau S; Costa L; Vicente J.; Costa J.; Oliva J.C.; Canet Y.** Resultados perinatales en gestantes mayores de 40 años. *Clin Invest Gin Obst.* 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2013.02.005>.
48. **Bermello M, Uquillas JL.** Caracterización del embarazo en edad avanzada y sus repercusiones materno-fetales, Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda, Portoviejo Enero -Junio 2012. Tesis de grado. Universidad Técnica

de Manabí. Facultad Ciencias de la Salud. Carrera de Medicina. Portoviejo-  
Manabí-Ecuador. 2012

49. **Juárez AS.** Resultados perinatales adversos en embarazada añosa. 2013. Tesis para especialidad. Instituto Mexicano del Seguro Social Universidad Veracruzana. Departamento de Estudios de Postgrado.
50. **Schuller A; Benítez G; Andrade L; Soto O; Schuller M.** Estudio de las gestantes de edad avanzada en el Hospital Universitario de Caracas. RFM v.30 n.1 Caracas jun. 2007.
51. **Torres C.** Resultado perinatal y obstétrico en embarazadas mayores de 35 años en el Hospital Nacional de Maternidad en el Periodo de enero a diciembre de 2009. Tesis para optar al grado de ginecologa obstetra. 2010. Universidad de El Salvador- Facultad De Medicina - Posgrado de Ginecologia y Obstetricia.
52. **Sifuentes M.** Complicaciones del embarazo en gestantes añosas atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos de enero 2008 a diciembre 2009. Universidad Nacional De La Amazonía Peruana. Facultad De Medicina Humana.
53. **Trigoso S.** Riesgo obstétrico y perinatal en las gestantes añosas del hospital III salud – Iquitos Enero - diciembre del 2011. Tesis para optar el título profesional de Médico cirujano. Universidad Nacional De La Amazonía Peruana. Facultad De Medicina Humana.
54. **Hurtado C.** Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes añosas y adolescentes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García, enero a diciembre 2013.
55. **Epíscopo AC; Gorgoroso M.** Embarazo en las mujeres mayores: Estudio comparativo de riesgos y resultados, en pacientes asistidas en el período 2000-2009, en la Maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell.2010. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Clínica Ginecotológica "C" Prof.Dr. Justo Alonso Montevideo - Uruguay

## ANEXO

### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

#### RESULTADOS PERINATALES Y OBSTÉTRICOS EN GESTANTES MAYORES DE 35 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO EN EL AÑO 2014

1. Código del paciente: .....
2. Edad materna (en años): .....
3. Estado civil:
  - a. Soltera ( )
  - b. Conviviente ( )
  - c. Casada ( )
  - d. Divorciada ( )
  - e. Viuda ( )
4. Grado de instrucción:
  - a. Analfabeta ( )
  - b. Primaria ( )
  - c. Secundaria ( )
  - d. Técnica ( )
  - e. Universitaria ( )
5. Zona de procedencia:
  1. Urbano ( )
  2. Urbano-marginal ( )
  3. Rural ( )
6. Distrito de procedencia:
  - a. Iquitos ( )
  - b. San Juan ( )
  - c. Punchana ( )
  - d. Belén ( )
  - e. Otros distritos ( )
7. Ocupación:
  - a. Ama de casa ( )
  - b. Estudiante ( )
  - c. Comerciante ( )
  - d. Profesional ( )
  - e. Obrera ( )
  - f. Otros ( )
8. Número de gestaciones:
  1. Primigesta ( )
  2. Segundigesta ( )
  3. Tercigesta ( )
  4. Multigesta ( )
9. Paridad:
  - a. Nulípara ( )
  - b. Primípara ( )
  - c. Secundípara ( )
  - d. Multípara ( )
  - e. Gran Multípara ( )
10. Número de abortos:.....
11. Edad gestacional durante parto: .....  
.....
12. Número de controles prenatales: .....  
.....
13. Periodo intergenésico: .....
14. Peso Materno (al inicio de gestación):  
.....
15. Talla materna (al inicio de gestación):  
.....
16. IMC al inicio de gestación: .....
17. Complicaciones perinatales
18. Tipo de culminación de embarazo:
19. Duración del parto: .....
20. Color de líquido amniótico: .....  
.....
21. Presencia de desgarros en parto:  
.....
22. Apgar al nacer: .....
23. Sexo del neonato: .....
24. Peso del neonato: .....
25. Talla del neonato: .....