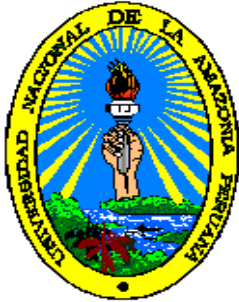


UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

“Rafael Donayre Rojas”



TÍTULO

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS DE LAS GESTANTES
MAYORES DE 40 AÑOS DEL HOSPITAL II-1 DE RIOJA – SAN MARTÍN
Enero - Diciembre del 2014**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

Presentado por el Bachiller de Medicina Humana

Bach. JORGE CUEVA PIÑA

ASESOR

Dr. CRISTIAM A. CAREY ANGELES

CO – ASESORA

Dra. YESSÉNIA RAMOS RIVAS

Iquitos –Perú

2015

INDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria	iii
Reconocimiento	iv
Índice de Tablas	v
Índice de Gráficas	vi
Resumen	vii
Capítulo I	
1. Introducción	2
2. Planteamiento del Problema	4
3. Objetivos	5
Capítulo II	
4. Marco Teórico	7
5. Hipótesis	23
6. Variables	24
7. Operacionalización de variables	26
Capítulo III	
8. Metodología	31
8.1 Tipo y Diseño de investigación	31
8.2 Población y Muestra	31
8.3 Técnicas e Instrumentos	32
8.4 Procedimiento de Recolección de Datos	32
8.5 Análisis e Interpretación	32
8.6 Protección de los Derechos humanos	33
Capítulo IV	
9. Resultados	35
10. Discusión	42
11. Conclusiones	44
12. Recomendaciones	45
Capítulo V	
13. Referencias Bibliográficas	47
14. Anexos	51

Dedicatoria: A mis padres y hermanos, a mis profesores de la Facultad de Medicina Humana - UNAP y del Hospital II 1 de Rioja – San Martin donde hice el Internado Medico.

.

.

Reconocimiento: A todos los docentes de la Facultad de Medicina Humana – UNAP, que día a día imparten conocimientos y experiencias a sus alumnos.

Índice de Tablas

Tabla N° 1	Grupo de Edad de las gestantes mayores de 40 años	35
Tabla N° 2	Grupo de Edad de las gestantes mayores de 40 años	36
Tabla N° 3	Nivel de instrucción de las gestantes mayores de 40 años	36
Tabla N° 4	Nivel de instrucción de las gestantes mayores de 40 años	39
Tabla N° 5	Indicación de cesárea de las gestantes mayores de 40 años	40
Tabla N° 6	Complicación del parto de las gestantes mayores de 40 años	41

Índice de Gráficas

Gráfica N° 1	Procedencia de las gestantes mayores de 40 años	35
Gráfica N° 2	Antecedente de cesáreas de las gestantes mayores de 40 años	37
Gráfica N° 3	Edad gestacional de las gestantes mayores de 40 años	37
Gráfica N° 4	Paridad de las gestantes mayores de 40 años	38
Gráfica N° 5	Periodo intergenésico de las gestantes mayores de 40 años	38
Gráfica N° 6	Control prenatal de las gestantes mayores de 40 años	39
Gráfica N° 7	Tipo de parto de las gestantes mayores de 40 años	40
Gráfica N° 8	Tasa de Complicaciones durante el parto de las gestantes mayores de 40 años	41

Resumen

Características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes mayores de 40 años del Hospital II-1 de Rioja, enero - diciembre del 2014

Bach. Jorge Cueva Piña

Introducción

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. Se considera clásicamente a la edad avanzada durante la gestación como un riesgo obstétrico alto para complicaciones materno-perinatales y, en varios estudios mencionan los riesgos del embarazo en edades avanzadas

Objetivo

Identificar las características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes mayores de 40 años atendidas en el Hospital II-1 de Rioja, entre enero a diciembre del 2014.

Metodología

El presente estudio es de tipo cuantitativo de diseño descriptivo transversal retrospectivo, la población está constituida por 51 gestantes mayores de 40 años que atendieron su parto en el Hospital II-1 de Rioja, entre Enero a Diciembre del 2014

Resultados

Se evaluaron 51 gestantes mayores de 40 años atendidas en el Hospital II-1 de Rioja, entre enero a diciembre del 2014, el 96.1% (49) tiene entre 40 a 44 años de edad, el 80.4% (41) proceden de la zona urbana, el 68.6% (35) son convivientes, el 62.7% (32) tienen nivel de instrucción de secundaria.

El 7.8% (4) tienen antecedente de cesárea previa; el 72.5% (37) tuvieron embarazo a término, y el 27.5% (14) embarazo pre término; el 88.2% fueron multíparas; el 100% tienen un periodo intergenésico de 2 a más años y el 68.8% (35) presentan entre 6 a más controles prenatales.

Las principales morbilidad durante el embarazo fueron la infección urinaria (54.9%), anemia (45.1%), vulvovaginitis (23.5%) e hipertensión inducida en el embarazo (15.7%),

El 62.7% (32) terminaron en parto vaginal y el 37.3% (19) parto por cesáreas, las principales indicaciones de cesárea fue el sufrimiento fetal agudo (47.4%), fase latente del trabajo de parto (21.1%), desproporción cefalopélvica (10.5%) y preclampsia (10.5%).

El 29.4% (15) tuvieron complicación durante el parto, siendo sufrimiento fetal agudo prolongado (60.0%) seguido de fase latente del trabajo de parto (26.7%), y hemorragia (13.3%)

Conclusiones

Las gestantes mayores de 40 años atendidas en el Hospital II-1 de Rioja, presenta una tasa alta de morbilidad materna, de cesárea y de complicaciones durante el parto..

Palabras claves: Gestantes, añosas, Rioja

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

El Hospital I Rioja, construido y equipado por el fondo Nacional de Salud y Bienestar Social e inaugurado siendo presidente constitucional de la República el Dr. Manuel Prado, Ministro de Salud Pública y asistencial social el Ing. Eduardo Walson Cisneros y director general del fondo el Ing. Jesús Gomero Larrea, junio de 1962 en 1988 se da la integración de los hospitales, entre el Ministerio de salud y el instituto peruano de seguridad social , y con la posterior incorporación total a la administración I:P:S:S, se crea la unidad territorial de salud (U.T.E.S) Moyobamba – Rioja con sede en la ciudad de Moyobamba.

En 1991, se crea la UTES Rioja, independizándose de Moyobamba, incorporando a 25 establecimientos de Salud de la provincia y localidades de Moyobamba, con acceso a nuestra provincia.

En Mayo del 2005 se realizó la devolución de las Instalaciones del Hospital al Ministerio de Salud, desde entonces el Hospital I Rioja pasó a formar parte de la RED de Servicios de Salud Rioja.

El Hospital II -1 Rioja, es un Establecimiento de Salud categorizado como II – 1, es decir, que cuenta con las cuatro Especialidades básicas como son: Medicina Interna, Gineco – Obstetricia, Pediatría y Cirugía General, sumado a ello la Especialidad de Anestesiología. También se cuenta con otras Especialidades Médicas como son: Traumatología, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Gastroenterología, Diagnóstico por Imágenes, además contamos con la UPSS de Aseguramiento Universal en Salud (AUS) durante las 12 horas del día.

Es un Establecimiento de Salud con mayor capacidad resolutive a nivel de la provincia de Rioja, además el Hospital II -1 Rioja, en este año 2015, cuenta con 10 (diez) personal profesional *Médicos Generales*, quienes diariamente atienden en los Servicios de Emergencia, Centro Quirúrgico, Hospitalización Medicina – Cirugía, Pediatría – Neonatología, Gineco – Obstetricia y Consultorios Externos, muy aparte de realizar labor administrativa como son: Epidemiología, Capacitaciones, Gestión de la Calidad, Tratamiento Anti-Retroviral a los pacientes VIH/SIDA (TARGA), Aseguramiento Universal de Salud (AUS), entre otras. El Recurso Humano de Médicos Generales realiza tanto labor asistencial como labor administrativa.

Actualmente brinda una atención de 06 horas de Consulta Externa por las Mañanas, estando pendiente la ampliación a los turnos de la tarde a través de los Servicios Complementarios en Salud mediante el Decreto Legislativo N° 1154. Además la Atención de Emergencia las 24 horas: Servicio de Emergencia, Laboratorio, Diagnóstico por Imágenes, Farmacia, Servicio de Ambulancia, Hospitalización y Centro Quirúrgico, el Hospital cuenta con un total de 59 camas de los cuales 27 pertenecen al Servicio de Gineco – Obstetricia, siendo el servicio con mayor cantidad de egresos en el 2014.

Este incremento en la atención a los pacientes se ha dado en todos los servicios como son: Consultorios Externos, Emergencia, Hospitalización, Centro Quirúrgico, Laboratorio, Farmacia, Diagnóstico por Imágenes, Aseguramiento Universal en Salud (AUS).

Según el ámbito de influencia, el HOSPITAL II - 1 RIOJA, tiene una población demandante efectiva de 59,981 consultas externas, 8,310 egresos hospitalarios, considerando que el promedio de concentración de atenciones médicas entre el año 2013 al 2014 es de 125.72 % (75,406), las atenciones médicas brindarían beneficio a cerca de 136,788 pacientes en el año 2014 y se cuenta con una población estimada para este año 2015 de 139,746 habitantes

Respecto al límite máximo de la edad ideal para el parto, éste varía de manera considerable según los autores y las épocas, de forma que Dutta lo establece en 26 años, Rezende et al (con toda la escuela brasileña) en 28 años, Ahlfeld, Von Winckel y Kunker en 30 años, Käser, Mangiagalli, Eastman, Nathanson en 35 años y Creasy, Esteban-Altirriba y la Sociedad Española de Gineco-Obstetricia, entre otros, en edades superiores a los 35 años, publicándose trabajos que lo fijan en 40 años o incluso en 44 años ¹.

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 ².

En los países subdesarrollados como Panamá, Chile, Ecuador, cerca del 35 % de las mujeres mayores de 35 años se embarazan, siendo 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% ^{3,4}.

En la medida que cada vez son más las mujeres postergan la maternidad en pos de la realización de objetivos profesionales, económicos y laborales, será que el embarazo en esta etapa de la vida de la mujer sea cada vez más frecuente; la información actualizada a este respecto es vital para el profesional de salud o del obstetra que, debe informar, orientar, aconsejar y controlar a estas pacientes. Por otra parte, la percepción por parte de las pacientes es muy pobre de que, a mayor edad materna, es menor la fertilidad y son mayores los riesgos ⁵.

Se considera clásicamente a la edad avanzada como un alto riesgo obstétrico durante la gestación por la presencia de complicaciones materno-perinatales y, en varias instituciones, estas pacientes son manejadas en cuidados de nivel especializado ⁶. 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 son ejemplos de factores que son asociados con la edad avanzada ⁷.

El embarazo en edades extremas de la vida es un riesgo innegable, pues no dejan de existir situaciones y problemas que ponen en peligro la vida de la madre y el feto. En la literatura biomédica se afirma que el embarazo en mujeres mayores de 35 años trae aparejado complicaciones para el binomio madre-hijo. Se trata de una paciente de alto riesgo obstétrico y al igual que las menores de 19 años, se clasifican como grupo de riesgo en la edad extrema de la vida ⁸; aunque no se sabe con certeza si ello se debe a que la edad es una patología en sí o a que, con su aumento, aparecen otras enfermedades (cardiopatías, diabetes etc.) que pueden repercutir sobre la gestación ⁹.

Se considera clásicamente a la edad avanzada durante la gestación como un riesgo obstétrico alto para complicaciones materno-perinatales y, en varios estudios mencionan los riesgos del embarazo en edades avanzadas, como ganancia excesiva de peso, obesidad ¹⁰, mortalidad materna, síndrome hipertensivo del embarazo ^{11,12}, diabetes gestacional, rotura prematura de membranas, parto prematuro, y hemorragia postparto ¹³. Se describe además mayor frecuencia de cesárea ¹⁴, Apgar menor a 7 al minuto y a los 5 minutos ¹⁵, ingreso a UCI neonatal, distress respiratorio fetal, menor peso del recién nacido y mortalidad neonatal ¹⁶. Por otro lado, existen informes respecto a que la edad materna no se relacionaría con mortalidad neonatal ¹⁷.

Hemos obtenido información durante el internado de medicina que en el Hospital II-1 de Rioja II-1 de la ciudad de Rioja – San Martín, entre enero a diciembre del 2014 se registraron 51 gestantes mayores de 40 años de edad ¹⁸.

El saber que los embarazos en mujeres mayores de 35 años son de alto riesgo y que se presenta en el Hospital II-1 de Rioja, nos motiva realizar el presente estudio con el propósito de conocer las características sociodemográficas, obstétricas, la morbilidad asociada durante el embarazo, el tipo de parto y sus complicaciones durante el parto de las gestantes mayores de 40 años; con la finalidad de contribuir al conocimiento de este grupo de riesgo y mejorar la atención materna fetal por los profesionales de salud del Hospital.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son las características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes mayores de 40 años atendidas en el Hospital II-1 de Rioja, entre enero a diciembre del 2014?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes mayores de 40 años atendidas en el Hospital II-1 de Rioja, entre enero a diciembre del 2014.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las características sociodemográficas como: edad, procedencia, estado civil y nivel de instrucción de las gestantes mayores de 40 años atendidas en el Hospital II-1 de Rioja, entre enero a diciembre del 2014
- Identificar las características obstétricas como: edad gestacional, paridad, intervalo intergenésico, antecedente de cesáreas, control pre natal, tipo de parto, indicaciones de las cesáreas y complicaciones del parto de las gestantes mayores de 40 años atendidas en el Hospital II-1 de Rioja, entre enero a diciembre del 2014.

CAPITULO II

4 MARCO TEÓRICO

4.1 GESTANTE AÑOSA

Desde 1958 se ha definido a la edad materna avanzada o gestante añosa como aquella gestación que se inicia en mayores de 35 años, aunque la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras la define igual, existen opiniones que se debe elevar el punto de corte a 40 o 45 años ¹⁹.

4.2 FISIOPATOLOGIA

La edad de mayor capacidad biológica ha sido establecida entre 18 y 35 años. A partir de 35 años, el riesgo es mayor, debido a lo que ha sido denominado 'desgaste fisiológico' y a la aparición de patologías propias del envejecimiento ²⁰.

La mujer de esta edad frecuentemente padece de alguna enfermedad crónica a lo que se añaden los cambios fisiológicos propios del embarazo en todos los sistemas del organismo que ponen a prueba sus reservas corporales y que empeoran el pronóstico y los resultados de la gestación ²¹⁻²⁴. Unas de las más importantes modificaciones se producen en el aparato cardiovascular. En ella la circulación se adapta a la existencia de un nuevo lecho vascular, la placenta, a la que se derivan de 500 a 1 000 mL/min de sangre. Se presenta un aumento del gasto cardiaco en 1,5 L/min con relación a 5 L/min de valor basal. Este incremento se debe a un aumento de la frecuencia cardiaca (de 70 a 85 latidos/min) y a un aumento del volumen de eyección (de 64 a 71 mL). Estos cambios se establecen entre el 2do y el 3er. mes, y se mantienen hasta el parto. La compresión del útero grávido sobre la vena cava inferior y sobre las ilíacas determina un aumento de la presión venosa en los miembros inferiores, prolonga el tiempo de circulación pie-ingle y contribuye a la producción de edema ²⁵.

En la gestación aumenta progresivamente el consumo de oxígeno hasta incrementarse en 33 mL/min al final del embarazo, el aumento de masa del útero dificulta los movimientos del diafragma. El aumento de la ventilación pulmonar se debe a la acción de la progesterona, incrementando el esfuerzo ventilatorio a través de un efecto directo sobre el centro respiratorio ²⁶.

Dado que el embarazo es un estado fisiológico donde se forman dos productos, la placenta y el feto, se acompaña de una demanda energética elevada y un incremento en los requerimientos de oxígeno. Aún en el embarazo normal se podría esperar un aumento de la carga prooxidante ²⁷.

Durante el desarrollo del periodo gestacional, además del incremento y de la intensa actividad placentaria, se originan también especies reactivas del oxígeno (ERO) del propio metabolismo embrionario, que pudieran ocasionar bloqueos y restricción del desarrollo ²⁸.

La elevación de la tensión de oxígeno en la sangre materna coincide con cambios morfológicos en las arterias uterinas, que permiten el libre flujo de sangre a la placenta y que provocan alteraciones que se manifiestan por la expresión de la forma inducible de la proteína de *shock* térmico, la formación de residuos de nitrotirosina y la desorganización de las crestas mitocondriales dentro del sincitiotrofoblasto ²⁹, alteraciones que indican que mientras se establece la circulación materna ocurre un 'estallido' oxidativo en la placenta, que pudiera ocasionar los mencionados efectos negativos provocados por los EROs.

Las placentas obtenidas de mujeres añosas muestran menor capacidad de defensa antioxidante frente a las placentas obtenidas de mujeres no añosas, los hallazgos sugieren que los mecanismos oxidativos actúan de forma diferente en un embarazo en la edad madura (sin patologías asociadas), que en la etapa ideal de gestación, por lo que se debe proponer un manejo diferente, mediante una visión antioxidante de la atención al embarazo, que permita disminuir los riesgos de morbilidad materna-perinatal ³⁰.

4.3 COMPLICACIONES EN GESTANTES AÑOSAS ³¹

Las complicaciones reportadas en las gestantes añosas son:

Anomalías genéticas: como diversas trisomías son mucho más frecuentes tras los 35 años de edad, especialmente la trisomía 21, pero también la 13, la triple X y el síndrome de Klinefelter. Especial mención requiere la trisomía 21—S. Down—ya que representa ella sola la mitad de las anomalías cromosómicas en estas edades. Además, diferentes anomalías somáticas genéticas no cromosómicas se asocian a edad materna avanzada

durante el embarazo: malformaciones cardíacas, sindáctila, polidactilia, labio leporino y malformaciones anorectales. Para el diagnóstico de las anomalías genéticas en la embarazada añosa, son fundamentales las determinaciones plasmáticas de alfaFP y HCG (en el segundo trimestre, alrededor de la semana 16) junto con la edad materna permiten determinar el riesgo malformativo del síndrome de Down. Si el riesgo es mayor de 1/270 la amniocentesis en la semana 16/18 es obligada para el estudio genético. Por otra parte, el estudio ecográfico de III nivel descarta malformaciones entre otras del área cardíaca. Puede ser válida en las embarazadas añosas la consideración de que "cualquier feto debe considerarse de riesgo de mal formado hasta que no se demuestre lo contrario". Finalmente, la amniocentesis permite el estudio del cariotipo, alfaFP y colinesterasa amniótica ante la menor sospecha de riesgo malformativo o defecto abierto del tubo neural. En ocasiones se puede recurrir a técnicas más precoces de diagnóstico como la biopsia corial y algunas veces puede ser necesario la obtención de sangre fetal mediante funiculocentesis para la realización de estudios genéticos o bioquímicos diversos.

Las complicaciones médico-quirúrgicas de la embarazada en la mujer añosa son: hipertensión predominando la hipertensión crónica, pero en primíparas se acumulan casos de hipertensión inducida por el embarazo. Con la edad aumenta la incidencia de intolerancia hidrocarbonada, recomendándose el estudio de la curva de glucemia en el primer y último trimestre del embarazo. Si hay antecedentes familiares positivos u obesidad estará indicada una prueba de tolerancia oral a la glucosa en el primer trimestre y si es normal se repetirá en el tercero. La obesidad se asocia y agrava las otras complicaciones ya mencionadas—hipertensión, intolerancia hidrocarbonada—así como a macrosomía, distocia de hombros, etc. Con el incremento de la edad aumenta la incidencia de miomas uterinos y sus complicaciones—parto pre término, atonía postparto, degeneración—imponen la vigilancia de esta patología para su diagnóstico y tratamiento lo más precoz posible.

Las complicaciones propias del embarazo en la mujer añosa son: la tasa de aborto se incrementa con la edad. La ecografía en el primer trimestre nos permitirá diagnosticar precozmente las anomalías ovulares y también la incompetencia cervical que se asocia a la multiparidad y legrados repetidos. Los retardos de crecimiento intrauterino se asocian a la primiparidad añosa y la placenta previa a la edad avanzada y multiparidad.

La ecografía nos permitirá la evaluación del crecimiento fetal y el diagnóstico exacto de la localización placentario.

Las complicaciones del parto en las pacientes añosas aumenta la incidencia de distocias cervicales, distocias dinámicas y atonía uterina. En caso de BISHOP deficientes y en los que haya necesidad de una actuación obstétrica, la maduración cervical con prostaglandinas puede ser eficiente. Son mucho más frecuentes, en pacientes añosas y multíparas, las situaciones transversas, presentación podálica y actitudes de deflexión que necesitarán un tratamiento adecuado.

El aumento de la mortalidad materna es la consecuencia de todas las complicaciones anteriormente mencionadas, se infiere un incremento de la mortalidad materna especialmente relevante por encima de los 40 años, que se debe a: hemorragia, embolismo y accidentes hipertensivos.

4.4 ESTUDIOS SOBRE GESTANTES MAYORES DE 40 AÑOS

a) Internacional

OBREGON (2007) ³² comparó las primigestas de 35 años y más, atendidas en dos lapsos con 10 años de diferencia, en el control prenatal, evolución del trabajo de parto y parto, intervenciones, abortos así como las complicaciones materno fetales, entre sí en la Maternidad "Concepción Palacios", Caracas. Venezuela, entre el periodo de 1989-1999 y 1993-2003; la incidencia fue de 0,38 % y 0,42 %, el promedio de edad 37,42 y 37,99 años, el 93,42 % y el 94,45 % refirieron haber realizado control prenatal la mayoría a nivel de hospitales privados, el número de consultas y de exámenes complementarios realizados aumentaron en el segundo lapso, las complicaciones del embarazo fueron numerosas predominando los trastornos hipertensivos del embarazo, en el 46 % y 52 % se realizó cesárea la mayoría de emergencia, las complicaciones intra y posparto y neonatal numerosas sin diferencias significativa. Concluyen que existe un aumento importante de la morbilidad materna predominando los trastornos hipertensivos del embarazo, del ingreso de pacientes multireferidas, de la incidencia de cesáreas, de la morbimortalidad perinatal y de la

mortalidad materna por ello se debe considerar a la primigesta de edad avanzada como un embarazo de muy alto riesgo.

SCHULLER y col. (2007) ³³ realizaron un estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo en 436 pacientes embarazadas atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario de Caracas, durante el período comprendido entre enero de 2000 y diciembre de 2003. Fueron distribuidas en dos grupos, el grupo "A" constituido por 212 embarazadas de 35 años o más, atendidas en la consulta de alto riesgo obstétrico y el grupo "B" conformado por 224 embarazadas menores de 35 años atendidas en la consulta prenatal de bajo riesgo. En el grupo estudio hubo mayor porcentaje de complicaciones prenatales, destacándose la hipertensión. La cesárea tuvo una proporción del 45,29 %, siendo más frecuentes las de emergencia. Las cifras de amenaza de parto pre término fueron semejantes en ambos grupos. No hubo muertes maternas en ambos grupos. Se concluye que a pesar de ser las gestantes de edad avanzada un grupo de alto riesgo, el control adecuado y frecuente para la detección oportuna de las complicaciones y una conducta más intervencionista en la resolución de los casos y a una mayor atención de las madres en el posparto.

PEÑA y col. (2007) ³⁴ determinaron la asociación entre prematuridad y embarazadas con edad mayor o igual a 35 años; evaluaron a 1,863 embarazadas (Casos: 620, Controles: 1 243), de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" y Maternidad del Sur, Valencia de Carabobo – Venezuela. La variable de exposición fue edad \geq 35 años y la de resultado prematuridad (gestación < 37 semanas, según la OMS). La evaluación cruda de la asociación mostró un odds ratio (OR) de 2,07 (IC95 % = 1,6 a 2,6 P = 0,00001). La multiparidad condicionó modificación del efecto. La embarazada añosa nulípara tiene incremento del riesgo de prematuridad (OR = 4,5; IC95 % = 1,3 a 15,5 P = 0,01). Por el contrario, en la añosa múltipara, la asociación no es estadísticamente significativa (OR = 1,3; IC95 % = 0,8 a 2,1 P = 0,1). Concluyen que el embarazo en las mujeres añosas aumenta el riesgo de parto prematuro y este riesgo se incrementa si la mujer es primigesta.

DELPISHEH y col. (2008) ³⁵ en su estudio hospitalario de 9506 registros de partos, de 1998 a 2003, en el Hospital de Mujeres de Liverpool, realizado para evaluar los

resultados de los embarazos de las mujeres más mayores en edad fértil, encontraron que el 2,4% de las mujeres tenía más de 40 años (edad avanzada), el 5,6% menos de 20 años (adolescentes), y el 92% tenía entre 20 y 40 años. La prevalencia de peso bajo al nacimiento (BPN), prematuridad y pequeños para la edad gestacional por categoría de edad materna seguían una curva en forma de “U” con el nadir en las clases de edad media. La edad gestacional para las madres mayores fue una semana más corta que para las mujeres de 26 a 30 años ($p = 0,005$). Las primíparas de más de 40 años tenían mayor riesgo de parir un recién nacido de BPN (9,4% vs. 5,3%, $p = 0,005$) o un niño muy prematuro (8,9% vs. 4,4%, $p = 0,001$) que las madres multíparas de la misma edad. Hubo una asociación entre edad materna avanzada y BPN (ORa: 1,7; IC 95%: 1,4 a 2,5, $p = 0,001$), nacimiento prematuro (ORa: 1,4; IC 95%: 1,1 a 2,4, $p = 0,04$), o nacimiento prematuro extremo (ORa: 1,6; IC 95%: 1,2 a 3,5, $p = 0,002$).

CHAN y col. (2008) ³⁶ en su estudio de cohortes retrospectivo de 16 427 embarazos de feto único que dieron a luz entre 1998 y 2001 comparaba los resultados obstétricos en mujeres de 40 años o mayores *versus* mujeres de menos de 40 años tanto en nulíparas como en multíparas; de los 15 727 embarazos (95,7%) que cumplían los criterios de inclusión, 606 (3,9%) eran de mujeres de 40 años o mayores. La edad avanzada estaba asociada independientemente con nacimiento por cesárea, nacimiento espontáneo antes de la semana 37 de gestación, y recién nacidos de bajo peso en mujeres nulíparas, pero solo con nacimiento pre término antes de la semana 37 y con cesárea en mujeres multíparas

LUQUE (2008) ³⁷ describió la evolución de la fecundidad, la mortalidad fetal tardía, la prematuridad y el bajo peso al nacer, así como su asociación con la edad materna avanzada, en España, durante el período 1996-2005; las tasas de mortalidad fetal tardía y de fecundidad han aumentaron en las mujeres de más de 35 años de edad, sobre todo en las mayores de 45 años. El riesgo de mortalidad fetal tardía es 2,7 veces superior para las mujeres a partir de los 45 años (razón de tasas: 2,7; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 1,8-3,0), con una fracción etiológica de la exposición del 69% (IC95%: 55,2-78,6). La prevalencia de prematuridad y de bajo peso para este mismo grupo es 3 veces superior, con una razón de prevalencias de prematuridad de 2,9 (IC95%: 2,7-3,1) y de bajo peso de 3,1 (IC95%: 2,9-3,3).

Concluye que el elevado riesgo de las mujeres de 45 o más años de edad se explica por el aumento de la proporción de embarazos en este grupo de edad.

CHAMI y col. (2009) ³⁸ Evaluaron el riesgo materno y perinatal en embarazadas mayores de 35 años, atendidos en el hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, entre 2001 a 2006. En el período hubo 16.338 partos, 10,9% fueron en mujeres entre 35 y 39 años y 3,6% en embarazadas de 40 años o más. Un 27,2% de los embarazos fue en primigestas. La comparación entre embarazadas de 20-34 años y de 35-39 años mostró mayor frecuencia de hipertensión arterial crónica, hospitalización durante el embarazo, diabetes, preeclampsia, hemorragia del tercer trimestre, parto cesárea, hemorragia puerperal, menor peso del recién nacido, y defectos congénitos, entre otros. Hubo mayor frecuencia de rotura prematura de membranas al analizar las mayores de 40 años. Las primigestas tuvieron mayor frecuencia de obesidad, preeclampsia, diabetes, hospitalización del recién nacido, y hemorragia puerperal. Al realizar una regresión logística para determinar influencia de la edad, se apreció que el riesgo de comorbilidades y eventos adversos maternos y fetales aumentaba proporcionalmente con la edad.

VALLS HERNANDEZ y col. (2009) ³⁹ evaluaron el comportamiento de algunas variables biomédicas y sociodemográficas y las complicaciones más frecuentes en mujeres que parieron con 40 y más, por lo que realizaron estudio observacional analítico tipo caso control de algunos aspectos del embarazo en mujeres mayores de 40 años, se escogieron las 93 mujeres que parieron un nacido vivo en el período del 1ro. de enero al 31 de diciembre del año 2007, que parieron por cualquier vía un recién nacido vivo en el Hospital docente "América Arias" de la Habana Cuba, como caso control se tomó cada mujer que parió a continuación de cada una de ellas. Se revisaron las historias clínicas de todos los casos en estudio, y se tomaron datos según variables biomédicas y sociodemográficas. Encontraron que la incidencia de partos en estas edades fue incrementándose en los últimos 5 años, representan en la actualidad el 3 %, nulíparas el 19 %, más del 60 % tenían el antecedente de haber cambiado de pareja, predominaron los sobrepesos al inicio del embarazo, con un 43 %, un 39,7 % de los casos eran fumadoras y más de la mitad, el 59,1 % tuvieron un parto distócico. La enfermedad hipertensiva representó el mayor porcentaje de las patologías asociadas. Hubo un 9,6 % de complicaciones y la más frecuente fue la

histerectomía obstétrica. Concluyen que se encuentra una tendencia al incremento en el número de mujeres que paren con 40 años y más. Es de vital importancia el trabajo en las consultas de riesgo pre-concepcional. Se puede concluir que una mujer con buen estado y con una atención prenatal adecuada, tiene grandes probabilidades de tener un parto feliz.

GARCIA y col, (2010) ⁴⁰ realizaron un estudio retrospectivo y analítico de casos y controles sobre los riesgos del embarazo en las gestantes de 35 y más años del Policlínico de Falcón, entre 2005 y 2007. El grupo control estuvo integrado por una muestra aleatoria de embarazadas de 20 a 34 años. En el grupo estudio la hipertensión arterial crónica y los trastornos hipertensivos gestacionales estuvieron presentes en el 57,14% y 42,86% respectivamente. Tuvieron significación estadística la hipertensión arterial crónica ($p = 0,000$) y la amenaza de parto pretérmino ($p = 0,021$). Concluyen que en las añosas es más frecuentes el tabaquismo, el peso corporal excesivo, la hipertensión arterial crónica y la amenaza de parto pretérmino.

ZARRAREA (2010) ⁴¹ identificó las complicaciones materno - fetales en gestantes de 35 años o más en el Hospital Materno Infantil Reina Sofía de la Cruz Roja Paraguaya, en el periodo enero a diciembre de 2007, realizando un estudio retrospectivo observacional, de corte transversal de los registros médicos de embarazadas con edades mayores o igual a 35 años, de 25.220 pacientes de las cuales fueron incluidas en éste estudio 180 de ellas (0,7%) por reunir todos los criterios de inclusión. De las 180 pacientes estudiadas encontraron 35 a 40 años 148 pacientes, 82%; 41 a 45 años: 30 pacientes, 17%, 46 ó más años 2 pacientes, 1%. De procedencia urbana: 126 pacientes, 70%, rural 54 pacientes, 30%. En cuanto a la escolaridad: Analfabeta: 9 pacientes, 5%, Primaria completa: 42 pacientes, 23%, Primaria incompleta: 20 pacientes, 11%; Secundaria completa: 62 pacientes, 34%, Secundaria incompleta: 37 pacientes, 21%; Universitaria: 10 pacientes, 6%. Entre los antecedentes personales patológicos encontramos en pacientes: - Hipertensión arterial crónica 13 (7,2%), Obesidad 11 (6,1%), Cirugías previas abdominales 7 (3,8%), Diabetes tipo II 7 (3,8%), Anemia 7 (3,8%), Miomatosis 6 (3,3%), Hipertiroidismo 1 (0,5%), Asma bronquial 1 (0,5%). De las 180 pacientes, 27 de ellas (15%) eran nulíparas, 55 pacientes (30,5%) secundíparas y tercióparas, 45 de las pacientes estudiadas (25%) eran multíparas y grandes multíparas. Con antecedente

de partos vaginales y cesáreas encontramos 7 pacientes (3,8%). Tenían historia de cesáreas 46 pacientes (25,5%). 20 de ellas con antecedente de una sola cesárea y 26 con dos o más cesáreas. De las pacientes estudiadas 44 de ellas tenía historia de abortos previos que corresponde al 24,4% del total de gestantes de 35 o más años incluidas en éste estudio, de las cuales 36 pacientes (81,8%) presentaba un solo aborto y el resto, 8 pacientes (18,1%) presentaba dos o más abortos previos. Durante la segunda mitad: 138 pacientes, 81%, durante la primera mitad (aborto): 42 pacientes, 19%. Entre las patologías maternas con mayor incidencia encontramos: la Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE) con 64 casos (35,5%) ocupando el primer lugar, le siguen, la Rotura Prematura de Membranas con 33 casos (18,3%), Diabetes Gestacional 22 pacientes (12,2%) y 19 casos (10,5%) de Hipertensión Crónica más Pre eclampsia sobre agregada. Complicaciones neonatales: Prematuridad: 21 pacientes, 11,6%. Restricción de Crecimiento Intrauterino (RCIU): 15 pacientes, 8,3%. Macrosomía Fetal: 7 pacientes, 3,8%. Malformaciones somáticas no cromosómicas: labio leporino 1 paciente, 5,5%. Malformaciones genéticas cromosómicas (Trisomía 21- Sx de DOWN): 2 pacientes, 1,1% En este trabajo se observó que el 61,5% (85) de las pacientes tuvieron cesárea y 38% (53) de las pacientes tuvieron su parto vía vaginal, de entre las cuales encontramos 4 pacientes (2,8%) a las cuales se le colocó fórceps de desprendimiento. Complicaciones del parto: Lesión del cuerpo uterino: 6 pacientes, 4,3%. Rotura uterina: 1 paciente, 0,7%. Dehiscencia de cicatriz anterior: 5 pacientes, 3,6%. Lesión del cuello uterino: 1 paciente, 0,7%. Lesión del canal vaginal y perine: 8 pacientes, 5,7%. Desgarro grado I: 6 pacientes, 4,3%. Desgarro grado II: 2 pacientes, 1,4%. Atonía uterina: 4 pacientes, 2,8%. Complicaciones del puerperio: Infección: 5 pacientes, 3,6%, Hematoma de pared abdominal: 2 pacientes, 1,4%, Shock hipovolemico: 1 paciente, 0,7%, Coagulación intravascular diseminada (CID): 1 paciente, 0,7%; Muerte materna: 2 pacientes, 1,4%.

HERAS y col. (2011) ⁴² analizaron 1455 partos (355 correspondientes al grupo de estudio: 24,39%). Las gestantes de mayor edad presentaron más patología asociada al embarazo (29,2 vs 15,8%, $p < 0,001$) como diabetes gestacional (6.2%, $p < 0.0029$), metrorragia del primer trimestre (5.6%, $p < 0.01$), y amenaza de parto prematuro (3.9%, $P < 0.007$). Los estados hipertensivos del embarazo aunque fueron también más frecuentes no demostraron significación estadística. Se requirió inducción

médica del parto con mayor frecuencia en el grupo de estudio (RR=1.42; CI 95%:1.08-1.87). En el 47% de las gestantes nulíparas de edad avanzada se indicó una cesárea (RR=1.63; CI 95%: 1.24-2.15). La morbilidad materna también fue superior en el grupo de edad avanzada (RR 5.98; CI 95% 1.35-26.54), fundamentalmente por complicaciones hemorrágicas. Concluyen que la edad materna avanzada se asocia con mayor frecuencia a patología gestacional y mayor incidencia de inducciones médicas del parto y tasa de cesáreas, especialmente en nulíparas. Todo ello repercute en la morbimortalidad materna y fetal, siendo un grupo poblacional de riesgo obstétrico que requiere una atención prenatal adecuada y trasciende el ámbito de la planificación sanitaria, dado el porcentaje de gestantes de edad avanzada en nuestro medio.

OJULE y col. (2011) ⁴³ analizaron los desenlaces maternos y perinatales en las primíparas añosas y comparar los resultados con los de las primíparas más jóvenes en un hospital universitario de Nigeria, realizando un estudio retrospectivo, de casos y controles, de 2 años de duración. Se incluyeron las mujeres primíparas de 35 años o más que dieron a luz entre el 1 de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2006 (primíparas añosas). Como controles se incluyeron las mujeres primíparas menores de 35 años. De las 5147 parturientas atendidas durante el período de estudio, 74 fueron primíparas añosas y 1515 primíparas más jóvenes. La prevalencia de primíparas añosas fue del 1.44%, que representa el 4.7% de todas las primíparas. La media de la edad de las primíparas añosas fue de 36.91 ± 1.87 años, mientras que las de las primíparas más jóvenes de 26.78 ± 3.46 años. El 100% de las primíparas añosas estaban casadas. El 56.8% de las primíparas añosas tenía educación terciaria, mientras que sólo el 18.5% de las primíparas más jóvenes alcanzó ese nivel de educación. El 10.8% de las primíparas añosas tuvo un parto pretérmino (menos de 37 semanas) en comparación con el 5.1% de las primíparas más jóvenes; la diferencia fue significativa ($p = 0.03$). No hubo diferencias significativas entre los grupos en los partos postérmino de más de 42 semanas de gestación (4.1% contra 4.7%, respectivamente, $p = 0.9$). Tampoco hubo diferencias significativas entre los grupos en el porcentaje de recién nacidos de bajo peso (10.8% contra 10.6%, respectivamente, $p = 0.7$). En cambio, las primíparas añosas tuvieron en mayor proporción fetos macrosómicos comparado con las primíparas más jóvenes (16.2% contra 6.6%, respectivamente, $p = 0.002$). El 58.1% de las primíparas añosas tuvo

un parto por cesárea en comparación con el 32.1% de las primíparas más jóvenes ($p = 0.001$). Las principales indicaciones de cesárea fueron: preeclampsia grave, presentación de nalgas, desproporción cefalopelviana y placenta previa. Las tasas de partos vaginales instrumentales no fueron significativamente diferentes (4.4% contra 2.9%, respectivamente, $p = 0.06$). Tampoco hubo diferencias significativas en los recién nacidos con asfixia perinatal (9.5% de los hijos de las primíparas añosas contra 9.8% de los hijos de las más jóvenes, $p = 0.9$) ni en los mortinatos (0% contra 1.1%, respectivamente, $p = 0.3$). La tasa de mortalidad perinatal de los hijos de primíparas más jóvenes fue de 11.34 por cada 1 000 nacidos vivos. No se detectaron malformaciones congénitas en ambos grupos.

BERMELLO y col. (2012) ⁴⁴ investigaron la caracterización del embarazo en edad avanzada y sus repercusiones materno-fetales, de las usuarias atendidas en del Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda de Portoviejo de Ecuador, 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%) y el predominio de antecedente gineco-obstétrico desfavorable. 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 en nuestro estudio ninguna muerte materna, pero sí 3 muertes neonatales (1 óbito fetal y 2 muertes neonatales posiblemente relacionadas con malformaciones congénitas). Considerando que la frecuencia de embarazadas en edad avanzada no es altamente significativa, la misma se ha incrementando en comparación a estadísticas anteriores, reconocemos que a pesar de que el control prenatal juega un papel importante para evitar las repercusiones al que este conlleva, según los resultados de nuestro estudio este fue deficiente, sugerimos es primordial emprender campañas de capacitación sobre la importancia de los controles prenatales, dirigidas hacia las mujeres que asisten a el primer nivel de atención, para que así concienticen a la hora de desear quedar embarazada a partir de esta edad.

NOLASCO y col. (2012) ⁴⁵ identificaron los resultados materno-fetales de las pacientes de 40 o más años que recibieron atención del parto en el lapso de un año en un hospital de concentración de la ciudad de Monterrey, Nuevo León. Se incluyeron 163 pacientes y 170 recién nacidos. Un neonato falleció pero no se registraron las muertes maternas. La complicación materna más frecuente fue la diabetes gestacional (16%) seguida de los trastornos hipertensivos del embarazo (10%). El 71.1% de los embarazos terminó mediante cesárea, indicada por cesáreas previas. El principal motivo de la hospitalización fue la amenaza de parto prematuro (4.2%). En 11% de las pacientes hubo rotura prematura de membranas. El promedio de semanas de gestación al nacimiento fue de 38. El peso promedio de los neonatos fue de 3032 g. Se registraron cinco casos (2.9%) de malformaciones congénitas. El 12.3% (21/170) de los recién nacidos se trasladó al cunero debido a prematurez. Concluyen que las embarazadas de 40 o más años de edad la principal causa de complicación del embarazo fue la diabetes gestacional, seguida por los trastornos hipertensivos inducidos por la gestación, que tuvieron una incidencia similar a la de la población general. La vía más frecuente de terminación del embarazo fue la abdominal. Consideramos que en la mayoría de los casos los resultados perinatales de este estudio son favorables para la madre y el recién nacido

b) Nacional

BENDEZU (2001) ⁴⁶ en su estudio de casos y controles para conocer el comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 35 años y los resultados del producto en el Servicio de Obstetricia del Hospital "Félix Torrealva Gutiérrez" EsSalud de Ica; evaluó a 267 gestantes de 35 o más años y fueron comparadas con un número similar de gestantes entre 20 y 34 años. En 1999 se atendió 1343 partos, de los cuales 267 correspondieron a gestantes de 35 años a más (19,9%). La media de edad del grupo de estudio fue 37,8, la del grupo control 27,7. La duración media de la gestación fue 38,3 semanas, en el grupo control 39,5 semanas. El 29,6% de los partos fue por cesárea, 19,1% en el grupo control. La cesárea anterior fue la primera indicación en ambos grupos, 6,7% y 5,9%. La presentación podálica ocurrió en 2,9%. De las patologías asociadas, la toxemia (6,7%) y la rotura prematura de membranas (RPM) (16,5%) fueron mayores en las gestantes añosas. Los productos macrosómicos y grandes para edad gestacional representaron 8,9% y 11,9%, respectivamente, en el grupo en estudio, así como, los traumatismos obstétricos (4,5%) y las hemorragias posparto (10,1%). Concluye que la gestación en mujeres de 35 años o mayores existe una elevada incidencia de gemelaridad, fetos macrosómicos y grandes para la edad gestacional, recién nacidos de peso bajo, cesárea, toxemia, RPM, hemorragia posparto.

VENTURA y col. (2005) ⁴⁷ realizaron un estudio descriptivo retrospectivo en el Instituto Especializado Materno Perinatal de Lima, entre enero a noviembre del 2004, hubieron 18,568 partos de los cuales 516 correspondieron a mujeres de 40 años o más, con una incidencia de 2.78%, compararon el grupo de nulíparas (46) con el grupo de múltiparas (470), la tasa de cesárea fue alta (56.8%) y mayor en el grupo de nulíparas (71.7%, $p < 0.05$); el grupo de nulíparas presentó mayores casos de partos disfuncionales, en los que se usó oxitocina (52.5%, $p < 0.05$), se registró 15 (0.8%) de muertes fetales intrauterinas, todas en mujeres múltiparas. Hubo un mayor tasa de partos pretérminos que en la población general, el grupo de nulíparas tuvo una tasa de 21.7% sin diferencia significativa. Las mujeres múltiparas tuvieron mayor número de neonatos macrosómicos (11.3%), que el grupo de nulíparas ($p < 0.05$).

TIPIANI (2006) ⁴ determinó si la edad materna igual o mayor de 35 años es un factor de riesgo independiente para complicaciones materno-perinatales. Diseño: Estudio caso-control, comparativo. Lugar: Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en Lima, Perú, Hospital Universitario Nivel III. Intervenciones: Estudio en el cual se compara 166 casos de gestantes de 35 años o más con 324 gestantes menores de 35 años. Las pacientes, atendidas durante el año 2005, fueron seleccionadas aleatoriamente. El análisis estadístico incluyó la prueba de χ^2 , con prueba de Mantel-Haenszel. Un valor de $p < 0,05$ fue considerado para la significancia estadística. Se realizó una regresión logística múltiple para evaluar la asociación entre la edad materna y las variables significativas, alejando factores de confusión. Resultados: La edad materna avanzada fue asociada independientemente con la alteración de la presentación fetal durante el parto (OR 1,05; IC 95% 1,01, 1,10), la cesárea por hemorragia del tercer trimestre (OR 1,05; IC 95% 1,01, 1,09), el parto pretérmino (OR 1,08; IC 95% 1,02, 1,14), la hipertensión crónica (OR 1,03; IC 95% 1,01, 1,05), el aborto recurrente (OR 3,09; IC 95% 1,49, 6,43) y la gran multiparidad (OR 10,34; IC 95% 3,46, 30,93). Se halló mayor prevalencia de diabetes gestacional en gestantes 'añosas'. La prevalencia de muerte perinatal, Ápgar menor de 7 a los 5 minutos, peso bajo al nacer y morbilidad puerperal no tuvo influencia por la edad materna.

PEÑA-AYUDANTE y col. (2011) ⁴⁸ determinaron la frecuencia y riesgo de complicaciones en el primer embarazo de mujeres con 35 o más años (primigestas añosas) en los Hospital Regional de Huacho y Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, Huacho, Perú. Revisaron historias clínicas de 72 primigestas de 35 o más años (casos) y 2 759 primigestas de 20 a 34 años (controles). Las primigestas añosas tuvieron con más frecuencia hipertensión inducida por el embarazo (OR=2,67; $p=0,033$), hemorragia del primer trimestre (OR=6,99; $p=0,004$), embarazo múltiple (OR=7,5; $p<0,001$) y parto por cesárea (OR=6,46; $p<0,001$). Los recién nacidos de primigestas añosas tuvieron más peso bajo al nacer (OR=2,07; $p=0,033$), hiperbilirrubinemia (OR=2,3; $p=0,026$) y patología neurológica (OR=9,78; $p<0,001$).

TRIGOSO (2012) ⁴⁹ evaluó el riesgo obstétrico y perinatal de las gestantes añosas en comparación a las gestantes en edad fértil; en el Hospital III de Iquitos - EsSALUD, su estudio fue de diseño caso control, 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, se recolectó información de la historia clínica de hospitalización, reporte operatorio y la historia perinatólogica. Las gestantes añosas presentaron con mayor frecuencia parto pre térmico (27.1%) que las de edad fértil (15.9%) ($p = 0.046$); mayor multiparidad en las añosas (77.6%) y mayor primiparidad en las de edad fértil (15.9%) ($p = 0.032$); mejor control prenatal (85%) que las de edad fértil (71.0%) ($p = 0.013$); mayor frecuencia de parto por cesárea (34.6%) que las de edad fértil (21.5%) ($p = 0.033$), las añosas presentaron cesáreas electivas (78.4%) mientras que las gestantes de edad fértil más cesárea de emergencia (43.5%) ($p = 0.072$). Las añosas presentaron con mayor frecuencia morbilidad materna (34.6%) que la de edad fértil (22.4%) ($p = 0.049$). Las añosas presentaron con mayor frecuencia morbilidad perinatal (39.3%) que la de edad fértil (27.1%) ($p = 0.059$). 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 en las añosas que en las de edad fértil, no se encontró relación estadísticamente significativa ($p > 0.05$). 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%) (Gráfica N° 6). Se detectaron mayor número de casos de prematuridad en las añosas (27.1%) que en las de edad fértil (15.9%), así como sufrimiento fetal agudo en añosas (11.2%) que en las de edad fértil (3.7%) ($p=0.037$). Concluye que las gestantes mayores de 35 años en el Hospital III de EsSALUD presenta un mayor riesgo obstétrico y perinatal que las gestantes en edad fértil.

MUNARES y col. (2014) ⁵⁰ determinaron las características de la anemia en gestantes de 35 a más años atendidas en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud del Perú durante los años 2009 a 2012, donde se analizaron 145,530 gestantes mayores de 35 años atendidas en los 6,328 establecimientos de salud del Ministerio de Salud del Perú, en el periodo 2009 a 2012 y registradas en la base de datos del Sistema de Información del Estado Nutricional del niño y la gestante (SIEN), del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición del Instituto Nacional de Salud. Se analizaron la frecuencia de anemia según edad, trimestre de gestación, estado nutricional, altitud a nivel del mar y departamento. Se aplicaron distribución de frecuencias e intervalos de confianza al 95%. La frecuencia de anemia en gestantes de 35 a más años fue de 26,96% (IC95% 26,52 a 27,40%). La anemia fue mayor para el tercer trimestre (30,02% IC95% 29,46 a 30,59%), así mismo fue mayor para

gestantes residentes a más de 4001 a 4801 msnm (44,28% IC95% 41,01 a 47,53%), finalmente fue mayor en Apurímac (40,13% IC95% 37,76 a 42,46%), Ayacucho (42,05% IC95% 40,39 a 43,71%), Huancavelica (46,61% IC95% 44,28 a 48,93%) y Puno (43,81% IC95% 41,88 a 45,74%). La edad materna y la edad gestacional se relacionan inversamente con el nivel de hemoglobina, mientras que la talla y la altitud a nivel del mar se relacionan directamente. Concluyen que un cuarto de las gestantes de 35 a más años presentó anemia, cuanto más edad gestacional, la frecuencia de anemia es mayor, la edad materna y la edad gestacional se relacionan inversamente con los niveles de hemoglobina, siendo la relación directa para la talla y la altitud.

5 HIPOTESIS

Las gestantes mayores de 40 años atendidas en el Hospital II-1 de Rioja, presentan una alta tasa de morbilidad, partos por cesáreas y altas tasa de complicaciones durante el parto.

6 VARIABLES

Gestante mayor de 40 años: Es aquella gestante que presenta de 40 a más años de edad, se operacionaliza: 40 a 44 años y 45 a más.

Otras Variables

Edad: Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual

Procedencia: Lugar de residencia del paciente en relación al perímetro de la ciudad; se operacionalizará en zona urbana, urbanomarginal y rural.

Estado civil: Estado en la persona con respecto a sus deberes y derechos con niveles sociales, económicos y legales, tendrá 3 índices: soltera, conviviente, casada.

Nivel de instrucción: Años de estudios cursados y aprobados, tendrá 4 índices: sin estudios, Primaria, secundaria y técnica o superior.

Edad Gestacional: Tiempo comprendido entre el primer día del último periodo menstrual o fecha de última regla a la fecha que acude al establecimiento de salud, tendrá los siguientes índices:

Pre término: Embarazo menor a 37 semanas y mayor o igual a 28 semanas.

A término: Embarazo menor a 41 semanas y mayor o igual a 37 semanas.

Post término: Embarazo mayor o igual a 41 semanas

Paridad: Se dice que una mujer ha parido cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o cesárea) uno o más productos (vivos o muertos), y que pesaron 500g o más, o que poseen más de 20 semanas de edad gestacional, tendrá 4 índices; nulípara, primípara, multípara y gran multípara.

Intervalo Intergenésico: Tiempo transcurrido que va desde el último nacimiento de un hijo hasta el embarazo actual; Se considera que el periodo intergenésico de 2 a más años es adecuado y que son menores a este tiempo no es adecuado

Antecedente de cesárea: Es cuando una mujer refiere de haber parido con anterioridad al actual por vía cesárea.

Control Prenatal: Evaluación repetida con enfoque de riesgo que efectúa el profesional de salud en la mujer gestante vigilando su bienestar y el de su producto de la concepción,

Parto: Proceso por la cual la gestante inicia su contracciones, dilatación hasta la expulsión del producto, la cual puede ser espontaneo o con ayuda por vía vaginal o abdominal

Tipo de parto: Modo de extracción del producto a través por via vaginal, abdominal o con ayuda de instrumentos.

Morbilidad materna: Presencia de condiciones fisiopatológicas o clínicas que agravan la condición de salud de la madre y que aumenta el riesgo de fallecer, estas pueden ser: enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes gestacional, ITU, Anemia, DPP, etc.

7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
DEPENDIENTE GESTANTE AÑOSA	Gestante de 40 a más años	Fecha de nacimiento registrado en la historia clínica o en el registro del SIS	Edad de la Madre: entre los 40 a 44 años y 45 a más	Nominal	EDAD DE LA MADRE: 1. 40 a 44 años 2. 45 a más
INDEPENDIENTES CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICOS	Es el conjunto de características sociales y demográficos, de la unidad de estudio dentro de la población; contará con las siguientes subvariables: Procedencia, estado civil, nivel de instrucción	Dirección registrada en la historia clínica o en el registro del SIS	Urbano: la gestante añosa reside en la zona céntrica o dentro del perímetro urbano de la ciudad. Urbano-rural: La gestante añosa reside en áreas alejadas del perímetro urbano. Rural: la gestante añosa reside en pueblos, caseríos aledaños de la ciudad.	Nominal	PROCEDENCIA: 1. Urbano 2. Urbanomarginal 3. Rural
		Estado civil registrada en la historia clínica o en el registro del SIS	Soltera: vive sola con sus hijos y no tiene vínculo con el padre. Casada: tiene vínculo legal (civil) con el padre Conviviente: No tiene vínculo legal pero vive con el padre	Nominal	ESTADO CIVIL 1. Casada 2. Conviviente 3. Soltera
		Nivel de instrucción registrada en la historia clínica o en el registro del SIS	Nivel de instrucción: Sin estudios: no curso estudios en un centro educativo Primaria: solo tuvo estudios en centro educativo primario pudo ser completa o incompleta. Secundaria solo tuvo estudios en centro educativo secundario pudo ser completa o incompleta. Técnica o superior: tiene estudios en centro educativo técnico o superior, pudo ser completa o incompleta.	Ordinal	Nivel de instrucción: 1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior/ Técnica
CARACTERISTICAS OBSTETRICAS	Es el conjunto de características obstétricas de la unidad de estudio, contará con,	Cesáreas registradas en la historia clínica	Antecedente de cesárea: registro en la historia clínica de haber	Nominal	Antecedente de cesárea: 1. Si 2. No

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
	las siguientes Antecedente de cesárea, edad gestacional, paridad, intervalo intergenésico, control prenatal, morbilidad materna		tenido un hijo por vía cesárea		
		FUR registrada en la historia clínica	Edad Gestacional: Pre término: Embarazo menor a 37 semanas y mayor o igual a 28 semanas. A término: Embarazo menor a 41 semanas y mayor o igual a 37 semanas. Post término: Embarazo mayor o igual a 41 semanas	Nominal	Edad Gestacional: 1. Pre término. 2. A término 3.. Post término
		Formula obstétrica registrada en la historia clínica	Paridad: Nulípara: 0 partos Primípara: solo tuvo 1 parto Multipara: tuvo entre 2 a 4 partos Gran Multipara: tuvo 5 a más partos	Nominal	Paridad: 1. Nulípara 2. Primípara 3. Multipara 4. Gran multipara
		Fecha de su último parto o embarazo registrada en la historia clínica	Intervalo intergenésico: período de tiempo comprendido entre dos gestaciones consecutivas. Adecuado: de 2 a más años No adecuado: menor de 2 años	Nominal	IIG: 1. < 2 años 2. 2 a más años
		Número de controles prenatales registrados en la historia clínica	Control Prenatal: Evaluación repetida con enfoque de riesgo que efectúa el profesional de salud en la mujer gestante vigilando su bienestar y el producto de la concepción, Control Prenatal controlada: Tiene 6 a más atenciones en el programa de control prenatal Control Prenatal no controlada: Tiene menos de 6 controles en el programa de control prenatal, o no tiene ningún control	Nominal	CPN: 1. 6 a más controles 2. 0 a 5 controles

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
CARACTERISTICAS OBSTETRICAS	Es el conjunto de características obstétricas de la unidad de estudio, contará con las siguientes Antecedente de cesárea, edad gestacional, paridad, intervalo intergenésico, control prenatal, morbilidad materna,	Enfermedades durante el embarazo registradas en la historia clínica	Morbilidad materna: Presencia de condiciones fisiopatológicas o clínicas que agravan la condición de salud de la madre y que aumenta el riesgo de fallecer	Nominal	Morbilidad Materna: 1. Si 2. No
			Anemia: hemoglobina por debajo de 10 g/ml. durante la gestación. ITU: presenta molestias urinarias, leucocituria, nitritos, con urocultivo positivo de más de 100,000 colonias Pre eclampsia: Gestante > 20 semanas con PAD \geq 90 mmHg y/o PAS \geq 140 una proteinuria igual o > de 300 mg en orina de 24 horas. Eclampsia: Gestante >20 sem presente cuadro convulsivo o coma, con registros de PAD >90 o PAS>140 mmHg y proteinuria igual o mayor de 300 mg en orina de 24 horas	Nominal	Tipo: Anemia 1. Si 2. No ITU 1. Si 2. No HIE 1. Si 2. No PE: 1. Si 2. No Eclampsia: 1. Si 2. No Muerte Materna: 1. Si 2. No Otros:
PARTO	Proceso por la cual la gestante inicia su contracciones, dilatación hasta la expulsión del producto, la cual puede ser espontaneo o con ayuda por vía vaginal o abdominal	Tipo de parto registrado en la historia clínica	Parto eutócico: Gestante a la que se realizó la expulsión del producto vía vaginal. Parto cesárea: Gestante a la que se realizó la extracción del producto vía abdominal. Parto instrumentado: extracción del producto a través de fórceps o vacuum	Nominal	Tipo de parto: 1. Eutocico 2. Cesárea 3. Instrumentado
			Indicación registrada en la historia clínica y en el informe	Indicación de Cesárea: condición médica	Nominal

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
		Operatorio	u obstétrica que obliga a la extracción abdominal del producto	Nominal	prolongada del trabajo de parto () Desproporción cefalopélvica () Presentación podálica () Presentación transversa () HIE () Pre eclampsia () Eclampsia () SFA () Pre término () Otros:
		patología durante el parto registrada en la historia clínica	Complicaciones durante el parto: Presencia de condiciones clínicas que se presenta durante el parto y agravan la condición de salud de la madre y que aumenta el riesgo de fallecer	Nominal	Complicaciones durante el parto: Fase latente prolongada del trabajo de parto () SFA () Hemorragia () Prolapso de cordón () Distocia de Presentación () Otros:

CAPITULO III

8. METODOLOGIA

8.1 Tipo y Diseño de Investigación

El presente estudio es de tipo cuantitativo, ya que cuantifica las características sociodemográficas y obstétricas de la gestante mayores de 40 años que se atendieron en el Hospital II-1 de Rioja.

El diseño del presente estudio fue descriptivo transversal retrospectivo

- Descriptivo: Porque describe las características sociodemográficas y obstétricas de la gestante mayores de 40 años, en el periodo de Enero a Diciembre del 2014.
- Transversal: Porque evalúa las variables en un solo momento o período en que ocurre el estudio.
- Retrospectivo: Porque el evento ocurrió antes del estudio

8.2 Población y Muestra:

La población estuvo constituida por 51 gestantes mayores de 40 años que atendieron su parto en el Hospital II-1 de Rioja, entre Enero a Diciembre del 2014,

La muestra estuvo conformada por todas aquellas gestantes mayores de 40 años que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión fueron:

- Gestante de 40 a más años de edad que se atendieron su parto Hospital II-1 de Rioja entre Enero a Diciembre del 2014.
- Historia clínica completa

Criterios de exclusión fueron:

- Gestante menores de 40 años de edad que se atendieron parto Hospital II-1 de Rioja entre Enero a Diciembre del 2014
- Ausencia del reporte operatorio de las que fueron cesareadas.
- Historia clínica con letra ilegible.

El muestreo fue por conveniencia, incluyendo a todos los que cumplan con los criterios de selección.

8.3 Técnicas e Instrumentos:

La técnica que se usó para el presente estudio de investigación es la de recolección de información de fuente secundaria a través de la aplicación de ficha de recolección de datos, se revisaron las historias clínicas de hospitalización; la ficha de recolección de datos constó de tres ítems, en el primero se recoge información sociodemográfica como edad, procedencia, estado civil, y nivel de instrucción; en el segundo ítem las características obstétricas como antecedente de cesárea, edad gestacional, paridad, intervalo intergenésico, control prenatal, morbilidad materna, en el tercer ítem tipo de parto, indicación de cesárea, y complicaciones durante el parto.

8.4 Procedimiento de recolección de datos:

La información se obtuvo durante la rotación del internado en el Hospital II-1 de Rioja, con la aprobación de la Dirección y del Jefe de Servicio de GinecoObstetricia.

Se revisaron las historias para seleccionar aquellas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión para que ingresen al estudio.

Los datos recolectados en el instrumento fueron verificados con la asesora de la tesis, luego se clasificaran y ordenaran para su almacenamiento.

8.5 Análisis e interpretación de datos:

La información recogida fue ingresada en una base de datos creada con el software SPSS 21.0, luego se procederá a realizar análisis univariado, los resultados se

presentarán a través de estadística descriptiva mediante tablas univariadas de frecuencias relativas y gráficos.

Variable	Estadística	Presentación
Edad	Porcentaje	Tabla de frecuencia
Procedencia	Porcentaje	Gráfico Pie
Estado civil	porcentaje	Tabla de frecuencia
Nivel de instrucción	Porcentaje	Tabla de frecuencia
Antecedente de cesárea	Porcentaje	Gráfico Barras
Edad gestacional	Porcentaje	Gráfico Barras
Paridad	Porcentaje	Gráfico Pie
Intervalo intergenésico	Porcentaje	Gráfico Pie
Control prenatal	Porcentaje	Gráfico Pie
Morbilidad materna	Porcentaje	Tabla de frecuencia
Tipo de parto	Porcentaje	Gráfico Barras
Indicación de cesárea	Porcentaje	Tabla de frecuencia
Complicaciones durante el parto	Porcentaje	Tabla de frecuencia

8.6 Protección de los Derechos Humanos:

Se ha revisado la declaración de Helsinki sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, el presente estudio no es experimental, consiste en una recopilación de información registrada en las historias clínicas del hospital dada por la gestante, respetando la confidencialidad de la información.

CAPITULO IV

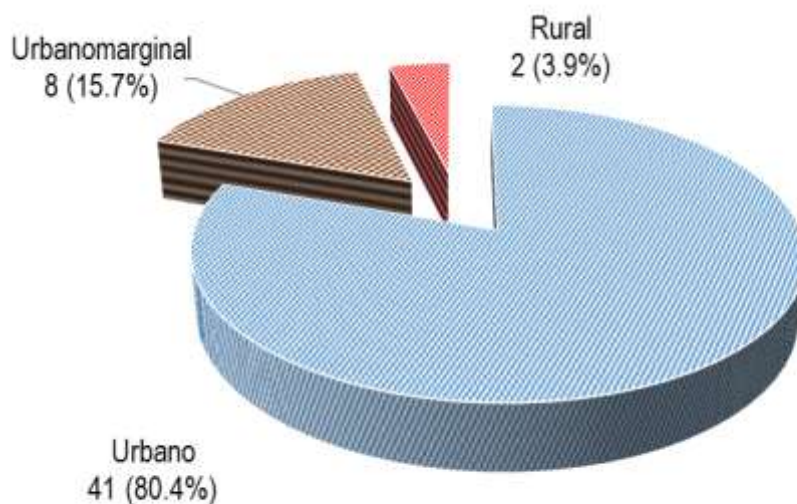
9. RESULTADOS

Se evaluaron 51 gestantes mayores de 40 años atendidas en el Hospital II-1 de Rioja, entre enero a diciembre del 2014, el 96.1% (49) tiene entre 40 a 44 años de edad y el 3.9% (2) entre 45 a más años de edad (Tabla N° 1).

Tabla N° 1
Grupo de Edad de las gestantes mayores de 40 años
Hospital II-1 Rioja
Enero a Diciembre del 2014

Edad	Nº	%
40 a 44 años	49	96.1%
45 a más	2	3.9%
Total	51	100.0%

El 80.4% (41) de las gestantes mayores de 40 años atendidas en el Hospital II-1 de Rioja, proceden de la zona urbana, y el 15.7% (8) urbanomarginal (Gráfica N° 1).



Gráfica N° 1
Procedencia de las gestantes mayores de 40 años
Hospital II-1 Rioja
Enero a Diciembre del 2014

El 68.6% (35) de las gestantes mayores de 40 años atendidas en el Hospital II-1 de Rioja, son convivientes, el 19.6% (10) solteras y el 11.8% (6) casadas (Tabla N° 2).

Tabla N° 2
Grupo de Edad de las gestantes mayores de 40 años
Hospital II-1 Rioja
Enero a Diciembre del 2014

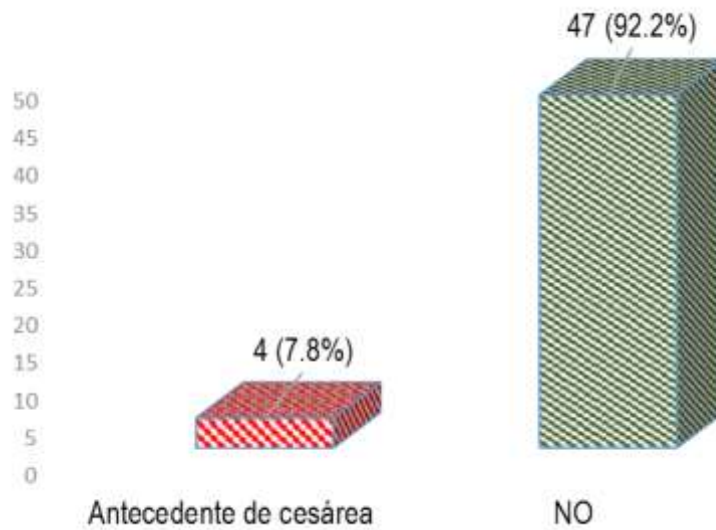
Estado civil	N°	%
Casada	6	11.8%
Conviviente	35	68.6%
Soltera	10	19.6%
Total	51	100.0%

El 62.7% (32) de las gestantes mayores de 40 años atendidas en el Hospital II-1 de Rioja, tienen nivel de instrucción de secundaria, y el 17.6% (9) superior/técnica, y el 15.7% (8) son primaria (Tabla N° 3).

Tabla N° 3
Nivel de instrucción de las gestantes mayores de 40 años
Hospital II-1 Rioja
Enero a Diciembre del 2014

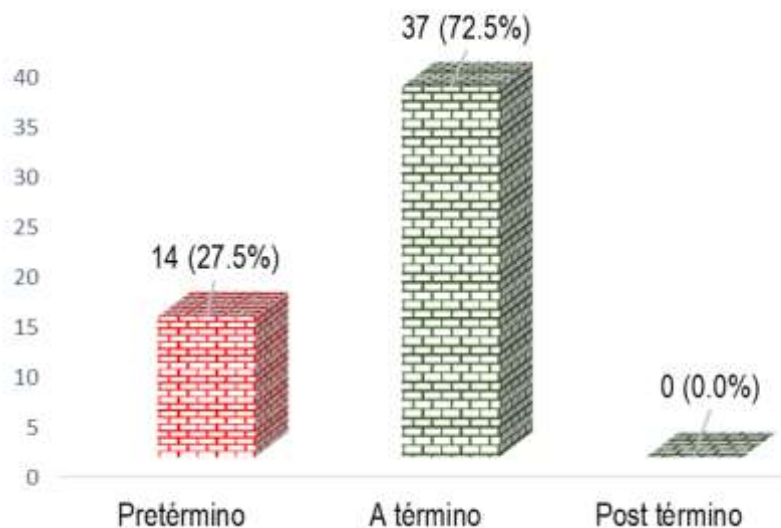
Nivel de instrucción	N°	%
Sin estudios	2	3.9%
Primaria	8	15.7%
Secundaria	32	62.7%
Superior/Técnica	9	17.6%
Total	51	100.0%

El 7.8% (4) de las gestantes mayores de 40 años atendidas en el Hospital II-1 de Rioja, tienen antecedente de cesárea previa (Gráfica N° 2).



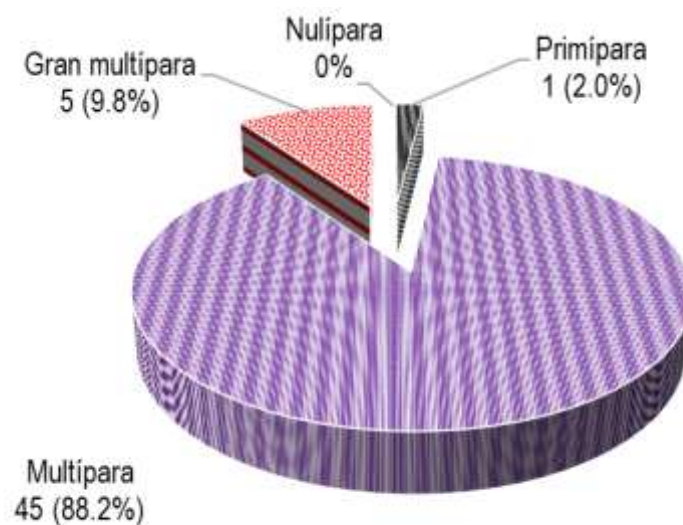
Gráfica N° 2
Antecedente de cesáreas de las gestantes mayores de 40 años
Hospital II-1 Rioja
Enero a Diciembre del 2014

El 72.5% (37) de las gestantes mayores de 40 años atendidas en el Hospital II-1 de Rioja, tuvieron embarazo a término, y el 27.5% (14) embarazo pre término (Gráfica N° 3).



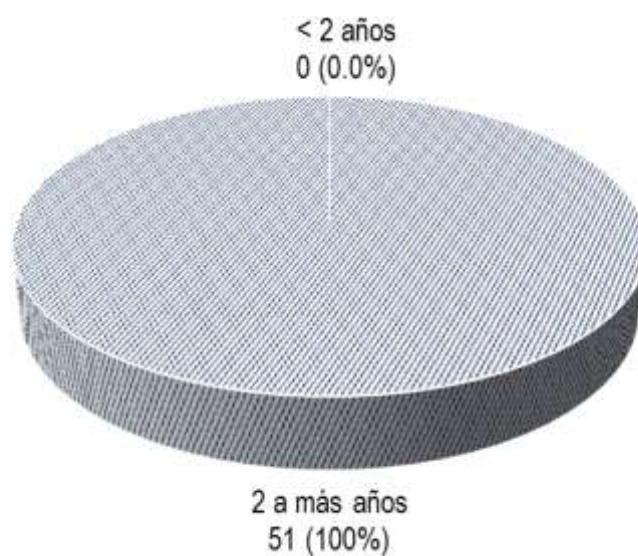
Gráfica N° 3
Edad Gestacional de las gestantes mayores de 40 años
Hospital II-1 Rioja
Enero a Diciembre del 2014

El 88.2% (45) de las gestantes mayores de 40 años atendidas en el Hospital II-1 de Rioja, son multíparas y el 9.8% (5) gran multíparas (Gráfica N° 4).



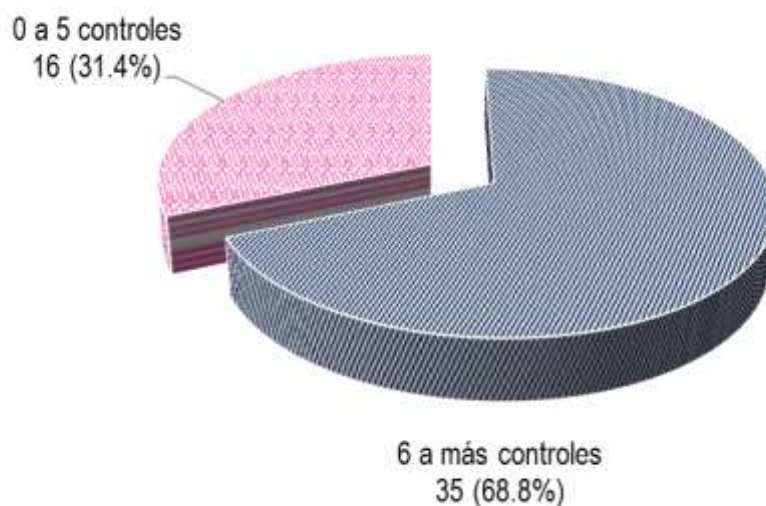
Gráfica N° 4
Paridad de las gestantes mayores de 40 años
Hospital II-1 Rioja
Enero a Diciembre del 2014

El 100% de las gestantes mayores de 40 años atendidas en el Hospital II-1 de Rioja, tienen un periodo intergenésico de 2 a más años (Gráfica N° 5).



Gráfica N° 5
Periodo intergenésico de las gestantes mayores de 40 años
Hospital II-1 Rioja
Enero a Diciembre del 2014

El 68.8% (35) de las gestantes mayores de 40 años atendidas en el Hospital II-1 de Rioja, presentan entre 6 a más controles prenatales, el 31.4% (16) tienen entre 0 a 5 controles prenatales (Gráfica N° 6).



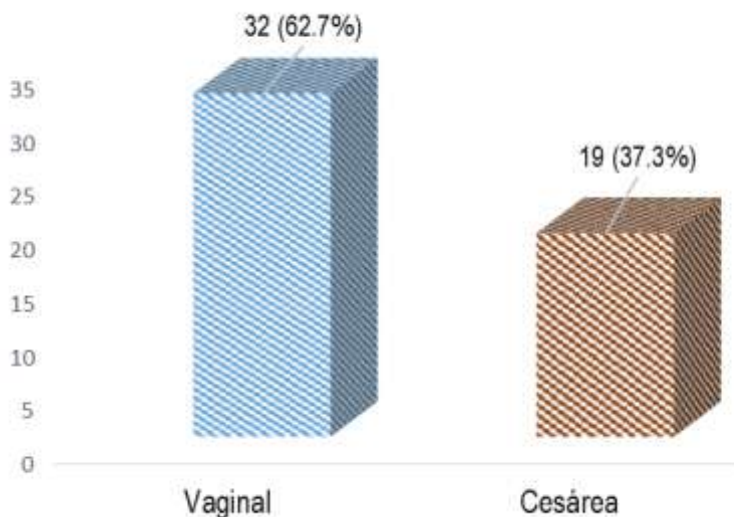
Gráfica N° 6
Control prenatal de las gestantes mayores de 40 años
Hospital II-1 Rioja
Enero a Diciembre del 2014

Todas las gestantes mayores de 40 años atendidas en el Hospital II-1 de Rioja presentaron alguna morbilidad durante el embarazo; el 54.9% (28) tuvo infección urinaria, seguido de anemia (45.1%), vulvovaginitis (23.5%) e hipertensión inducida en el embarazo (15.7%) (Tabla N° 4).

Tabla N° 4
Morbilidad materna de las gestantes mayores de 40 años
Hospital II-1 Rioja
Enero a Diciembre del 2014

Morbilidad materna	Nº	%
ITU	28	54.9%
Anemia	23	45.1%
Vulvovaginitis	12	23.5%
HIE	8	15.7%
Preclampsia	2	3.9%
Sífilis	2	3.9%
Eclampsia	1	2.0%
Total	51	100.0%

El 62.7% (32) de las gestantes mayores de 40 años atendidas en el Hospital II-1 de Rioja, presentaron parto vaginal y el 37.3% (19) parto por cesáreas (Gráfica N° 7).



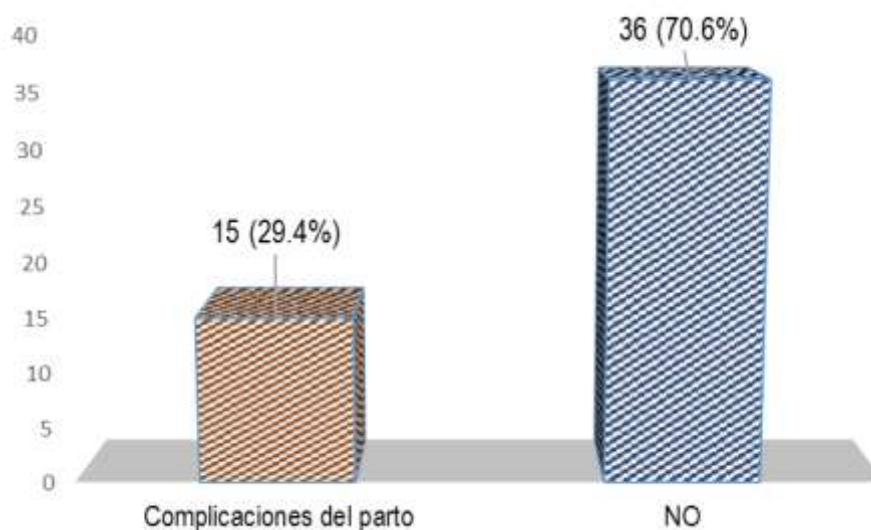
Gráfica N° 7
Tipo de parto de las gestantes mayores de 40 años
Hospital II-1 Rioja
Enero a Diciembre del 2014

De las 19 cesáreas realizadas, la principal indicación de cesárea fue el sufrimiento fetal agudo (47.4%) seguido de fase latente del trabajo de parto (21.1%), desproporción cefalopélvica (10.5%) y preclampsia (10.5%) (Tabla N° 5).

Tabla N° 5
Indicación de cesárea de las gestantes mayores de 40 años
Hospital II-1 Rioja
Enero a Diciembre del 2014

Indicación de la cesárea	Nº	%
SFA	9	47.4%
Fase latente prolongada del trabajo de parto	4	21.1%
Desproporción cefalopélvica	2	10.5%
Preclampsia	2	10.5%
Presentación transversa	1	5.3%
Eclampsia	1	5.3%
Total	19	100.0%

Durante el parto de las gestantes mayores de 40 años atendidas en el Hospital II-1 de Rioja, se presentaron 15 casos de complicaciones, dando una tasa de 29.4% (Gráfica N° 8).



Gráfica N° 8
Tasa de Complicaciones durante el parto de las gestantes mayores de 40 años
Hospital II-1 Rioja
Enero a Diciembre del 2014

Las complicaciones fueron sufrimiento fetal agudo (60.0%) seguido de fase latente del trabajo de parto (26.7%), y hemorragia (13.3%) (Tabla N° 6).

Tabla N° 6
Complicación durante el parto de las gestantes mayores de 40 años
Hospital II-1 Rioja
Enero a Diciembre del 2014

Complicaciones del parto	Nº	%
SFA	9	60.0%
Fase latente prolongada del trabajo de parto	4	26.7%
Hemorragia	2	13.3%
Total	15	100.0%

10. DISCUSION

La tendencia de las gestantes mayores de 40 años atendidas en el Hospital II-1 de Rioja, es similar a los estudios observados en nuestra región, con tendencia a proceden de la zona urbana, son convivientes, y tienen nivel de instrucción de secundaria. ZARRAREA ⁴¹ en su estudio tiene las mismas tendencias de las características sociodemográficas.

El 7.8% tienen antecedente de cesárea previa; ZARRAREA ⁴¹ en su estudio el 25.5% tenían historia de cesáreas. BENDEZU ⁴⁶ reporta el 29,6% de los partos fue por cesárea,

El 27.5% tuvieron embarazo prematuro; PEÑA ³⁴ encuentra que el embarazo en las mujeres añosas aumenta el riesgo de parto prematuro, similar a lo reportado por LUQUE ³⁷. OJULE ⁴³ encuentra que el 10.8% de las gestantes añosas tuvo un parto pre término. TRIGOSO ⁴⁹ encuentra que las gestantes añosas presentan con mayor frecuencia parto pre térmico.

El 88.2% fueron multíparas; CHAMI ³⁸ encuentra en su estudio que cerca de la tercera parte de las gestantes añosas son primigestas. ZARRAREA ⁴¹ solo el 25% eran multíparas. TRIGOSO ⁴⁹ encuentra mayor multiparidad en las añosas (77.6%).

Se observó que el periodo intergenésico fue de 2 a más años, disminuyendo el riesgo de presentar complicaciones por un tiempo de espera adecuado.

El .68.8% presentan un adecuado control prenatal; OBREGON ³² encuentra que más del 90% realizaron un adecuado control prenatal, TRIGOSO ⁴⁹ encuentra una alta tasa de control prenatal (85%); observamos que más del 30% de las gestantes añosas no tienen un adecuado control prenatal, no siendo un factor la accesibilidad de ir al hospital ya que la mayoría son de residencia urbana.

Las principales morbilidad durante el embarazo fueron la infección urinaria y anemia; CHAMI ³⁸ encuentra a la hipertensión arterial crónica. VALLS HERNANDEZ ³⁹ encuentra que la enfermedad hipertensiva representó el mayor porcentaje de las patologías asociadas, similar al estudio de ZARRAREA ⁴¹. NOLASCO ⁴⁵ reporta diabetes gestacional y trastornos hipertensivos del embarazo. BENDEZU ⁴⁶ menciona que la patología asociada más frecuente fue la toxemia. TRIGOSO ⁴⁹ detecta en su estudio casos de ITU, anemia, e HIE.

El 37.3% tuvieron parto por cesáreas, SCHULLER ³³ encuentra una mayor tasa de cesáreas del 45,3 %, TRIGOSO ⁴⁹ mayor frecuencia de parto por cesárea (34.6%).

Las principales indicaciones de cesárea fueron el sufrimiento fetal agudo y fase latente del trabajo de parto, a diferencia del estudio de OBREGON ³² que fueron los trastornos hipertensivos del embarazo. . OJULE ⁴³ en su estudio identifica que las principales indicaciones de cesárea fueron: preclampsia grave, presentación de nalgas, desproporción cefalopelviana y placenta previa.

El 29.4% presentaron complicación durante el embarazo, la principal complicación durante el parto fue el sufrimiento fetal agudo, SCHULLER ³³ reporta a la hipertensión. VALLS HERNANDEZ ³⁹ encuentra un 9,6 % de complicaciones y la más frecuente fue la histerectomía obstétrica. HERAS ⁴² principalmente encuentra complicaciones hemorrágicas. BERMELLO ⁴⁴ encuentra que la principal complicaciones fueron las hemorragias y la amenaza de parto pre término.

11. CONCLUSIONES

Se evaluaron 51 gestantes mayores de 40 años atendidas en el Hospital II-1 de Rioja, entre enero a diciembre del 2014, el 96.1% (49) tiene entre 40 a 44 años de edad, el 80.4% (41) proceden de la zona urbana, el 68.6% (35) son convivientes, el 62.7% (32) tienen nivel de instrucción de secundaria.

El 7.8% (4) tienen antecedente de cesárea previa; el 72.5% (37) tuvieron embarazo a término, y el 27.5% (14) embarazo pre término; el 88.2% fueron multíparas; el 100% tienen un periodo intergenésico de 2 a más años y el 68.8% (35) presentan entre 6 a más controles prenatales.

Las principales morbilidad durante el embarazo fueron la infección urinaria (54.9%), anemia (45.1%), vulvovaginitis (23.5%) e hipertensión inducida en el embarazo (15.7%),

El 62.7% (32) terminaron en parto vaginal y el 37.3% (19) parto por cesáreas, las principales indicaciones de cesárea fue el sufrimiento fetal agudo (47.4%), fase latente del trabajo de parto (21.1%), desproporción cefalopélvica (10.5%) y preclampsia (10.5%).

El 29.4% (15) tuvieron complicación durante el parto, siendo sufrimiento fetal agudo (60.0%) seguido de fase latente del trabajo de parto (26.7%), y hemorragia (13.3%)

12. RECOMENDACIONES

Los hallazgos nos permiten recomendar

- Fortalecer las políticas de control de la fecundidad en gestantes mayores de 35 años atendidas en el Hospital II – 1 Rioja.
- Reevaluar la forma de diagnosticar ITU (54.9 %), que se encuentra muy por encima del promedio nacional, ya que los resultados fueron tomados en base al sedimento urinario y no al urocultivo.
- Sugerir al hospital que deben agrupar las estadísticas de manera más clara a la eclampsia y pre eclampsia que forman parte de la HIG.

CAPITULO V

13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Monleón Sancho J. Baixauli C., Minguez Milio J., García Román N., Plana A., Monleón J. El concepto de primípara añosa. *Prog Obstet Ginecol* 2002;45(9):384-90
2. Ataula I. The older obstetric patient. *Current Obstet Gynaecol.* 2005;15:46-53.
3. Enrique Donoso S. Reproductive risk of women over 40 year's old *Rev médica Chile* 2003; 131:55-9.
4. Puffer R .La planificación familiar y la mortalidad materna e Infantil en los EUA 2003; 115(5):389-404.
5. Episcopo A., Gorgoroso M. Embarazo en las mujeres mayores: Estudio comparativo de riesgos y resultados, en pacientes asistidas en el período 1998-2002, en la Maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Arch. Gin. Obstet.*, 2005,
6. Smith Y, et al. Obstetric outcome of elderly low-risk nulliparae. *Int J Gynecol Obstet.* 1998;63:7-14.
7. 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
8. Cabrera JH. Resultados perinatales y maternos de los embarazos en edad madura. *Rev Cub. Obstet y Gine*, 2003; (29): 28-9
9. Monleón Op cit 387.
10. Ziadeh SM. Maternal and perinatal outcome in nulliparous women aged 35 and older. *Gynecol Obstet Invest* 2002; 54(1):6-10.
11. Heffner L. Advanced maternal age. How old is too old? *N Engl J Med* 2004; 351(19):1927-9.
12. Ziadeh SM. Op cit 8.
13. Ziadeh S, Yahaya A. Pregnancy outcome at age 40 and older. *Arch Gynecol Obstet* 2001; 265(1):30-3.
14. Heffner Op cit 1928
15. Jahromi BN, Hussein Z. Pregnancy outcome at maternal age 40 and older. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2008; 47(3):257
16. Donoso E, Villarroel L. Edad materna avanzada y riesgo reproductivo. *Rev. Méd Chile* 2003; 131: 55-9.
17. Jahromi Op cit. 257.
18. Informe estadístico 2014. Unidad de Estadística del Hospital II-1 Moyobamba, 2015.
19. Ataula Op cit. 46.

20. Salazar M, Pacheco J, Scaglia I, Lama J, Munaylla R. La edad materna avanzada como factor de riesgo de morbimortalidad. *Ginecol Obstet (Perú)*. 1999; 45(2):124-30.
21. Santiesteban S. Atención prenatal. En: Rigol Ricardo O, editor. *Obstetricia y Ginecología*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 79-84.
22. Lambers MJ, Mager E, Goutbeek J, McDonnell J, Homburg R, Schats R, et al. Factors determining early pregnancy loss in singleton and multiple implantations. *Hum Reprod*. 2007; 22: 275-9.
23. Miller DA. Is advanced maternal age an independent risk factor for uteroplacental insufficiency? *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 192(6):1974-80.
24. Amaro Hernández F, Ramos Pérez MY, Mejías Álvarez NM, Cardoso Núñez O. Repercusión de la edad materna avanzada sobre el embarazo, parto y el puerperio. *Archivo Médico de Camagüey* 2006; 10(6): [aprox. 6 p]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n6-2006/2159.htm>
25. Vaticón Herreros D. Fisiología de la fecundación, embarazo y parto. En: Tresguerres J, editores. *Fisiología humana*. 3ra ed. Madrid: McGraw-hill Interamericana; 2005. p. 1039-56.
26. Vaticón. Op cit. 1041.
27. Gutiérrez A. Estrés oxidativo en la gestación: ¿una nueva óptica en la atención a la embarazada?. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2005;31(1).
28. Clapés S. Diabetes mellitus, estrés oxidativo y embarazo. *Rev Cubana Invest Biomed*. 2000;19(3):191-5.
29. Vural P, Akgul C, Yildirim A, Canbaz M. Antioxidant defense in recurrent abortion. *Clin Chim Acta*. 2000;295(1-2):169-77.
30. Suárez S., Cabrera S., Ramírez E., Janampa D. Marcadores de estrés oxidativo en placentas de gestantes ańosas. *An Fac Med Lima* 2007; 68(4):328-332.
31. Embarazo en la adolescencia y en la mujer ańosa. Revisión, Capitulo 27. Sociedad Española de Gineco Obstetricia. Madrid – España. http://www.hvil.sld.cu/bvs/archivos/547_104embarazo%20en%20la%20adolescencia%20y%20en%20la%20mujer%20anosa..pdf
32. Obregón L. Primigesta de edad avanzada *Rev Obstet Ginecol Venez* 2007;67(3):152-166
33. Schuller A., Benitez G., Andrade L. Estudio de las gestantes de edad avanzada en el Hospital Universitario de Caracas. *RFM*, 2007, 30 (1):24-37.

34. Peña G., Barbato J., Bentacourt Ch., et al. Asociación entre prematuridad y embarazadas en edad avanzada. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 2007, 67(1):15-22.
35. Delpisheh A, Brabin L, Attia E, Brabin BJ. Pregnancy late in life: a hospital-based study of birth outcomes. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008;17:965-70.
36. Chan BC, Lao TT. Effect of parity and advanced maternal age on obstetric outcome. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008;102:237-41
37. Luque M. Evolución del riesgo de mortalidad fetal tardía, prematuridad y bajo peso al nacer, asociado a la edad materna avanzada, en España (1996-2005). *Gac Sanit* 2008, 22 (5).
38. 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): 331 – 338.
39. Valls Hernández M., Safora Enriquez O., Rodríguez Izquierdo A., Lopez Rivas J.. Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2009,; 35(1):
40. García I.; Alemán M. Riesgos del embarazo en la edad avanzada *Rev. Cuba. Obstet. Ginecol*; 2010. 36(4): 481-489.
41. Zarratea S., Complicaciones materno-fetales en gestantes mayores de 35 años y sus resultados neonatales. *Ginecología-Obstetricia*. Nov. 2010: 32-34
42. Heras Pérez B., Gobernado Tejedor J., Mora Cepeda P., Almaraz Gómez A. La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* 2011, 54(11)
43. Ojule J, Ibe V, Fiebai P. Describen los Resultados Obstétricos y Perinatales en Primíparas Añosas. *Annals of African Medicine*. 2011, 10(3):204-208.
44. Bermello Navia M., Uquillas Moreira J., Caracterización del embarazo en edad avanzada y sus repercusiones materno-fetales, Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda, Portoviejo, enero -junio 2012, Tesis de grado para la obtención del título de Médico Cirujano. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Técnica de Manabí. 2012
45. Nolasco-Blé A., Hernández-Herrera R., Ramos-González R. Hallazgos perinatales de embarazos en edad materna avanzada. *Ginecol Obstet Mex* 2011;2012;80(4):270-275
46. Bendezú G. Gestación en edad avanzada. *Ginecol Obstet (Perú)* 2001; 47 (3): 166-170.

47. Ventura W., Ayala F., Ventura J. Embarazo después de los 40 años: Características Epidemiológicas. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2005; 51:49-52.
48. Peña-Ayudante W., Palacios J., Oscuvilca E., Peña A. El primer embarazo en mujeres mayores de 35 años de edad *Rev Per Ginecol Obstet.* 2011; 57: 49-53.
49. Trigoso S. Riesgo obstétrico y perinatal en las gestantes añosas del Hospital III EsSalud. Enero - Diciembre del 2011. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Facultad de Medicina. UNAP: 2012.
50. Munares-García O, Gómez-Guizado G. Anemia en gestantes añosas atendidas en los establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2009-2012. *Rev peru epidemiol.* 2014; 18 (2):1-7

14. ANEXOS

ANEXO N° 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y OBSTETRICAS DE LAS GESTANTES
MAYORES DE 40 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-1 DE RIOJA
Enero - Diciembre del 2014

1. Características Sociodemográficas:

Edad: 1. 40 a 44 años 2. 45 a más

Procedencia: 1. Urbana 2. Urbano-rural 3. Rural.

Estado Civil: 1. Casada 2. Conviviente 3. Soltera

Nivel de instrucción: 1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria

4. Superior/Técnica

2. Antecedente Obstétricos:

Antecedente de cesárea: 1. SI 2. NO

Edad gestacional: 1. Pre término. 2. A término 3. Post término

Paridad: 1. Nulípara 2. Primípara 3. Multípara 4. Gran Multípara

Intervalo intergenésico: 1. < 2 años 2. 2 a 5 años 3. > 5 años

Control pre-natal: 1. ≥ 6 2. 0 – 5

Morbilidad materna: 1. Si 2. No

Anemia 1. Si 2. No

ITU 1. Si 2. No

HIE: 1. Si 2. No

PE: 1. Si 2. No

Eclampsia: 1. Si 2. No

S. Hellp: 1. Si 2. No

Dengue: 1. Si 2. No

Malaria: 1. Si 2. No

Otros:

3. Parto

Tipo de parto. 1. Vaginal 2. Cesárea 3. Instrumentado

Indicación de la cesárea:

Fase latente prolongada del trabajo de parto ()

Desproporción cefalopélvica ()

Presentación podálica ()

Presentación transverso ()
HIE ()
Pre eclampsia ()
Eclampsia ()
SFA ()
Pre término ()
Placenta previa ()
DPP ()
Gemelar ()
Otros:

4. Complicaciones durante el parto: 1. Si 2. No

Fase latente prolongada del trabajo de parto ()
SFA ()
Hemorragia ()
Prolapso de cordón ()
Distocia de Presentación ()
Otros: