

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

**CARACTERÍSTICAS MATERNAS Y PERINATALES EN
PRIMÍPARAS DE 35 AÑOS A MÁS ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
DE 2010 A 2023**

TESIS

presentada por:

Bach. Ronald Garcia Ale

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA – PERÚ

2024

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

**CARACTERÍSTICAS MATERNAS Y PERINATALES EN PRIMÍPARAS
DE 35 AÑOS A MÁS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023**

TESIS

Presentada por:

Bach. RONALD GARCIA ALE

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Aprobada por UNANIMIDAD, ante el siguiente jurado:



Dr. Claudio Wilbert Ramírez Atencio

PRESIDENTE



Dr. José Luis Pedro Gómez Molina

MIEMBRO



Mgr. Alberto Saul Flor Chavez

MIEMBRO



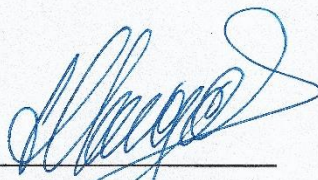
Mgr. Jaime Edgar Vargas Zeballos

ASESOR

CERTIFICADO DE SIMILITUD

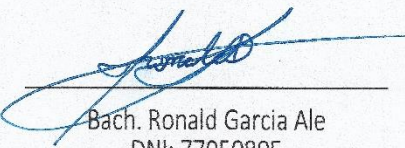
Yo JAIME EDGAR VARGAS ZEBALLOS mi condición de asesor acreditado por la Resolución de Facultad N°12799-2024-FACS-UNJBG de la tesis de investigación titulado: **CARACTERÍSTICAS MATERNAS Y PERINATALES EN PRIMÍPARAS DE 35 AÑOS A MÁS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023**. Presentado por la Bachiller Ronald Garcia Ale para optar el Título profesional de MÉDICO CIRUJANO. Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajo de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del **software de similitud textual TURNITIN** cuenta con el **nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 8%**. Por lo que, **CERTIFICO LA SIMILARIDAD** de la tesis enunciado líneas arriba, la cual está expedita para continuar con los trámites para la obtención de TÍTULO PROFESIONAL, según corresponda consiguientemente la publicación en el repositorio institucional.

FIRMA ASESOR


Mgr. Jaime Edgar Vargas Zeballos
DNI: 04628102
Méd. Ginecólogo Obstetra
C.M.P.:13542



FIRMA TESISTA


Bach. Ronald Garcia Ale
DNI: 77050805



DEDICATORIA

Primeramente, a Dios, por ser nuestro creador y ayudarme a cumplir esta gran meta en mi vida. Además, de brindarme su protección quien estuvo para mí en cada segundo, para escuchar mis angustias y llenarme de ánimo y fortaleza.

Dedico este trabajo con gran amor a toda mi familia por el apoyo incondicional, por siempre impulsarme a ser mejor y lograr con éxito mi carrera.

AGRADECIMIENTO

La vida se encuentra plagada de retos, y uno de ellos es la universidad. Tras verme dentro de ella, me he dado cuenta que más allá de ser un reto, es una base no solo para mi entendimiento del campo en el que me he visto inmerso, sino para lo que concierne a la vida y los retos que nos pone en el camino.

Le agradezco a mi institución, a mis grandes maestros y mi asesor por darme grandiosas oportunidades.

A mis estimados y grandes amigos Diego y Rey Angel, quienes fueron de gran apoyo y complemento en este trabajo.

A Lizeth por llenarme de fortaleza, creer en mí y alentarme a seguir adelante en los momentos más difíciles.

Y a cada uno de los momentos durante todos estos años, que son simplemente únicos, cada oportunidad de corregir un error y la oportunidad de que cada mañana sea un nuevo comienzo.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	xvi
ABSTRACT	xvii
INTRODUCCIÓN	01
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	03
1.1. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.....	03
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	07
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION	07
1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES	09
1.5. OBJETIVOS.....	10
1.5.1 Objetivo general.....	10
1.5.2 Objetivos específicos	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	12

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	12
2.1.1 A nivel internacional	12
2.1.2 A nivel nacional	21
2.1.3 A nivel regional o local	29
2.2. BASES TEORICAS.....	32
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	61
3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	61
3.2. POBLACIÓN	61
3.3. VARIABLES	62
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	67
3.5. TRATAMIENTO DE DATOS	67
3.6. ASPECTOS ETICOS	68
CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS.....	69
4.1. RESULTADOS.....	69
4.2. ANALISIS Y DISCUSIÓN.....	147

CONCLUSIONES	226
RECOMENDACIONES	227
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	228
ANEXOS.....	236

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Primíparas de 35 años a más según grupo etéreo atendidas por parto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	70
Tabla 2.	Frecuencia de partos de 35 años a más según año en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	72
Tabla 3.	Partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	75
Tabla 4.	Distrito de procedencia y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	78
Tabla 5.	Grado de instrucción y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	81
Tabla 6.	Ocupación y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	84
Tabla 7.	Estado civil y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	87

Tabla 8.	Antecedente de aborto y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	90
Tabla 9.	Estado nutricional pregestacional y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	93
Tabla 10.	Antecedentes personales y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	96
Tabla 11.	Antecedentes familiares y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	99
Tabla 12.	Control prenatal según edad gestacional pre término, a término y post termino de partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	102
Tabla 13.	Inicio de parto según edad gestacional pre término, a término y post termino de partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	106
Tabla 14.	Tipo de parto según edad gestacional pre termino, a término y post termino de partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44	110

años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023

- Tabla 15. Presentación fetal y de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023 113
- Tabla 16. Patologías maternas según edad gestacional pre término, a término y post termino de partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023 116
- Tabla 17. Peso al nacer según edad gestacional pre término, a término y post termino de partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023 123
- Tabla 18. Edad gestacional y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023 127
- Tabla 19. Relación peso edad gestacional y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023 130
- Tabla 20. Apgar al minuto y partos pre término, a término y post termino de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023 133

Tabla 21. Apgar a los 5 minutos y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	136
Tabla 22. Patologías neonatales y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	139
Tabla 23. Muerte perinatal y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	144

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Primíparas de 35 años a más según grupo etáreo atendidas por parto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	71
Gráfico 2.	Frecuencia de partos de 35 años a más según año en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	74
Gráfico 3.	Partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	77
Gráfico 4.	Distrito de procedencia y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	80
Gráfico 5.	Grado de instrucción y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	83
Gráfico 6.	Ocupación y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	86
Gráfico 7.	Estado civil y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	87

Gráfico 8.	Antecedente de aborto y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	92
Gráfico 9.	Estado nutricional pregestacional y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	95
Gráfico 10.	Antecedentes personales y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	98
Gráfico 11.	Antecedentes familiares y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	101
Gráfico 12.	Control prenatal según edad gestacional pre término, a término y post termino de partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	105
Gráfico 13.	Inicio de parto según edad gestacional pre término, a término y post termino de partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	109
Gráfico 14.	Tipo de parto según edad gestacional pre termino, a término y post termino de partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a	112

44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023

- Gráfico 15. Presentación fetal y de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023 115
- Gráfico 16. Patologías maternas según edad gestacional pre término, a término y post termino de partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023 122
- Gráfico 17. Peso al nacer según edad gestacional pre término, a término y post termino de partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023 126
- Gráfico 18. Edad gestacional y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023 129
- Gráfico 19. Relación peso edad gestacional y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023 132
- Gráfico 20. Apgar al minuto y partos pre término, a término y post termino de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023 135

Gráfico 21. Apgar a los 5 minutos y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	138
Gráfico 22. Patologías neonatales y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	143
Gráfico 23. Muerte perinatal y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023	146

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características maternas y perinatales en primíparas de 35 años a más atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023.

Metodología: Se desarrolló un estudio observacional, retrospectivo, retrospectivo.

La población fue 861 mujeres gestantes de edad avanzada, no se usó muestra. Se realizó análisis descriptivo. La fuente fue el Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Resultados: El porcentaje de primíparas de 35 años a más atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023, fue 1.95%.

En el grupo etáreo de 45 a 49 años se observa un alto porcentaje de anemia y síndrome de distres respiratorio. Las características sociales y obstétricos son:

condición “conviviente”, estado nutricional pre gestacional sobrepeso, antecedente personal de tuberculosis, y antecedente familiar de diabetes mellitus. Las características maternas son:

sin control prenatal o inadecuado, parto por cesárea, anemia, e infección urinaria. Las características perinatales son: feto macrosómico, grande para edad gestacional, hiperbilirrubinemia, infecciones, y síndrome de dificultad respiratoria.

Conclusiones: Las características maternas en primíparas de 45 a 49 años son desfavorables respecto a los otros grupos etáreos.

Palabras clave: características maternas, características perinatales, edad materna avanzada, primípara (Fuente: DeCS).

ABSTRACT

Objective: To determine the maternal and perinatal characteristics in primiparas aged 35 years and older treated at the Hipólito Unanue Hospital in Tacna from 2010 to 2023. **Methodology:** An observational, retrospective study was developed. The population was 861 elderly pregnant women, no sample was used. Descriptive analysis was performed. The source was the Perinatal Computer System of the Hipólito Unanue Hospital in Tacna. **Results:** The percentage of primiparas aged 35 years or older treated at the Hipólito Unanue Hospital in Tacna from 2010 to 2023 was 1.95%. In the age group of 45 to 49 years, a high percentage of anemia and respiratory distress syndrome is observed. The social and obstetric characteristics are: “cohabiting” status, pre-gestational nutritional status, overweight, personal history of tuberculosis, and family history of diabetes mellitus. Maternal characteristics are: no or inadequate prenatal control, cesarean delivery, anemia, and urinary infection. Perinatal characteristics are: macrosomic fetus, large for gestational age, hyperbilirubinemia, infections, and respiratory distress síndrome. **Conclusions:** Maternal characteristics in primiparous women aged 45 to 49 are unfavorable compared to other age groups.

Keywords: maternal characteristics, perinatal characteristics, advanced maternal age, primiparous (Source: DeCS).

INTRODUCCIÓN

El estado de salud del binomio madre niño es una prioridad de salud pública a nivel global, regional, nacional y local. Es un tema pendiente en la agenda sanitaria que debe ser atendida a cabalidad.

El contexto social, económico, cultural, político y sanitario se ha transformado vertiginosamente en el último siglo. La mujer de hoy es totalmente diferente, y este cambio se ha producido en todas sus esferas.

La mujer contemporánea ha cambiado su manera de pensar, actuar y proyectarse en la vida. Entre estos cambios, la percepción de su salud sexual y reproductiva ha dado un giro importante, hoy por hoy prioriza otras actividades además de la maternidad, como el estudio, el trabajo, la libertad, entre otros, y con esto ha postergado la maternidad.

El concepto de mujer de edad avanzada se acuñó hace 86 años para hacer notar a una gestante de 35 años o más, esto en el contexto en que ya se venían dando cambios en la paridad de las mujeres.

Actualmente, la incidencia de mujeres gestantes de edad avanzada o mayores de 35 años, vienen incrementándose en forma global, en todas las naciones, en todos los pueblos, y es que la mujer contemporánea no desea

embarazarse precozmente y posterga el proceso reproductivo con conocimiento o no del incremento del riesgo para su salud o la de su producto.

El sistema sanitario debe estar preparado para este cambio generacional, también el personal de salud, principalmente el medico gíneco obstetra y el médico general, además de otras especialidades médicas pues la atención multidisciplinaria distingue la atención medica actual para brindar atención integral.

A nivel nacional, este fenómeno social de la maternidad en edad avanzada ha generado múltiples situaciones, tal como es la fertilización in vitro a consecuencia de la postergación reproductiva y sus consecuencias, y otros escenarios que merecen ser estudiados por la comunidad científica.

Es en este contexto, surge la idea de una tesis acerca de las características maternas y perinatales en este grupo etáreo, adicionando un acercamiento a la variable de primiparidad, lo cual ahonda más en el tema de estudio.

Esta tesis pretende acercarnos al conocimiento de esta condición médica del embarazo en primíparas de 35 años a mas, a las características de la madre y de su producto. Buscando llenar y complementar esa parte del conocimiento que aun amerita investigación y análisis.

Durante el desarrollo de la tesis, se encontró interesantes descubrimientos que servirán para mejorar nuestro manejo del binomio madre niño, así como base para futuras investigaciones, inclusive para la toma de decisiones en el campo de la salud materna perinatal.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Los determinantes de la salud y las condiciones de vida a nivel mundial han cambiado, a raíz de la interacción de estos determinantes algunas condiciones de salud mejoraron, otras empeoraron, otras se mantienen y otras se polarizan, cambiando de manera importante y en corto tiempo el perfil epidemiológico de la población, sean hombres, mujeres o niños.

Estas condiciones implican mejoras en el acceso a la educación, mejoras en el acceso a los servicios de salud, acceso a la información, incremento de la esperanza de vida, mejoras en el manejo de la fertilidad, y mejoras sociales y económicas en general; todo este contexto ha influido en el incremento de mujeres que se embarazan a una edad materna avanzada. Se considera por consenso internacional edad materna avanzada a una mujer que resulta embarazada a los 35 años a mas (1).

Debemos tener presente que el embarazo en los extremos de la vida ha cambiado el comportamiento de la morbilidad y mortalidad de las gestantes, en términos de edad de las embarazadas a nivel mundial, se ha incrementado el porcentaje de embarazo adolescente y el porcentaje de embarazo en gestante con

edad avanzada; de tal forma que la línea que representa el incremento de los embarazos en las mujeres, viene determinando una gráfica con similitud a la letra “U”, donde el brazo izquierdo de la letra U representa el incremento porcentual de los embarazos en mujeres adolescentes y el brazo derecho de la letra U representa el incremento porcentual de los embarazos en mujeres de 35 años a más. De hecho, las curvas de mortalidad fetal, mortalidad neonatal, mortalidad infantil y mortalidad materna, también describen graficas en forma de “U” (2).

La tendencia descrita en el párrafo anterior, sobre incremento porcentual de embarazo en adolescente y embarazo en gestante de 35 años a mas, se replica en todos los continentes y países a nivel global. Esta tendencia también se observa en el Perú y en la región Tacna, específicamente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna (3).

El embarazo en mujeres adolescentes representa un complejo fenómeno donde interactúan múltiples factores sociales, económicos y culturales; la gestante adolescente es una mujer inmadura en su esfera biológica, psicológica y social. Al iniciar la maternidad, generalmente no deseada, enfrenta cambios radicales en su día a día, que difícilmente puede afrontar, resultando en una situación adversa para ella y su futuro recién nacido que se expresa en el incremento de la morbilidad y mortalidad.

Por otro lado, el embarazo en edad adecuada, viene experimentando un descenso en los últimos años, la tasa de natalidad ha disminuido en las últimas

décadas. Las mujeres tienen mejor acceso a la educación, a los servicios de salud, a los métodos anticonceptivos y otros servicios públicos o privados, que posibilitan su decisión de limitar el número de hijos que desean tener. Obviamente con excepciones que aún se mantienen en la sociedad (4).

En el caso de la mujer de 35 años a más que decide embarazarse, también es la expresión de otro fenómeno cultural, económico y social. La mujer contemporánea posterga la maternidad por razones que para ella resultan más importantes como el estudio, el trabajo, la superación personal, el escalamiento social y laboral, la estética corporal, entre otros (5).

También se debe mencionar que en un número considerable y creciente, muchas de estas mujeres resultan embarazadas por decisión propia mediante técnicas de reproducción asistida, entre ellas la fertilización in vitro ha cobrado especial importancia y uso (6).

Recordar que la edad materna avanzada guarda relación directamente proporcional con el riesgo de complicaciones obstétricas y no obstétricas durante la gestación, tanto para la gestante como para el feto (7).

Diversos artículos reportan que las embarazadas de 35 años a más presentan un riesgo mayor de complicaciones tempranas en el embarazo, tales como el aborto espontáneo, embarazo ectópico, anomalías cromosómicas y malformaciones congénitas; conforme avanza el embarazo también preeclampsia, diabetes gestacional, patología placentaria, parto pre término, peso bajo al nacer, mortalidad

perinatal, embarazo múltiple, parto distócico, parto por cesárea y mortalidad materna (7).

Además de ello, la prevalencia de enfermedades crónicas, tales como la hipertensión, diabetes, dislipidemias, entre otras, es mayor en mujeres mayores de 35 o 40 años. De resultar embarazadas, esta morbilidad complica la condición de salud de la gestante de 35 años a más.

Ahora bien, si bien es cierto el embarazo en adolescente y embarazo en edad avanzada son dos fenómenos que se vienen observando, el embarazo en edad materna avanzada representa un mayor crecimiento a nivel mundial, nacional y local (8).

Entonces, en un contexto donde se incrementa el embarazo en adolescentes, disminuye el embarazo en gestantes de edad adecuada y aumenta el embarazo en gestantes de edad avanzada, resulta pertinente acercarnos al conocimiento de este fenómeno tan complejo e interesante que viene sucediendo en las últimas décadas.

Por todo lo expuesto, considere importante, pertinente y necesario aproximarme al conocimiento de las características maternas y perinatales en gestantes de 35 años a mas, especialmente en primíparas. Debido a que el Hospital Hipólito Unanue de Tacna atiende la mayor cantidad de partos en la ciudad de Tacna, elegí este establecimiento de salud para la presente investigación.

El poder identificar estas características maternas y perinatales, permitirá realizar un manejo adecuado a esta paciente que necesita atención médica especializada acorde con sus necesidades.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las características maternas y perinatales en primíparas de 35 años a más atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La tesis planteada sobre características maternas y perinatales en primíparas de 35 años a más atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023, se justificó por lo siguiente:

- a) Los resultados de la tesis, permiten conocer las características maternas y perinatales de primíparas de 35 años a más. Esto sirve de insumo obtenido por medio científico para complementar el manejo por el profesional médico dirigido a estas pacientes. Además, permite conocer el comportamiento de estas características permitiendo su medición, comparación y tendencia en el tiempo.

- b) La relevancia social de los resultados de la tesis está dirigida a la mujer de 35 años que decidió o resulto embarazada y su familia. Conocer las características particulares de este grupo etáreo beneficia directamente a este tipo de pacientes, que frecuentemente son incluidas en un bloque de gestantes en general, sin hacer distinción de la edad. El no hacer la distinción por grupo etáreo esconde las características particulares de estas pacientes y no permite su manejo.
- c) Las implicancias prácticas de la tesis tienen que ver con la práctica clínica, el conocer en específico las características maternas y perinatales de gestante de 35 años a mas, permite realizar un manejo dirigido y más personalizado a las reales necesidades de estas pacientes. El manejo con enfoque de riesgo a estas pacientes permitiría solucionar problemas prácticos, tales como la atención integral, atención preferente, tiempo de espera, atención multidisciplinaria, atención oportuna, mayor acceso a medicina fetal, entre otros.
- d) El valor teórico generado por la tesis al determinar las características maternas y perinatales actuales es sumamente importante. Permite llenar el vacío en el conocimiento que se genera año a año debido a que los cambios en las características son permanentes en el tiempo; es un insumo teórico para comparar el comportamiento de estas características en el tiempo. Debido a que la tesis es realizada en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, que atiende a más del 80% de este tipo de pacientes, los resultados pueden ser generalizados en la región Tacna. Finalmente,

la tesis sirve para sugerir ideas de investigación, hipótesis, o servir de referente de futuros estudios.

- e) Uno de los aportes metodológicos de la tesis es la utilización responsable del Sistema Informático Perinatal, que con su base de datos permite la realización de estudios de investigación altamente confiables. Asimismo, se consolida la variable “gestante de edad avanzada” o “gestante de 35 años a más”, la cual puede ser utilizada y facilitar futuras búsquedas en la comunidad científica. Se sugiere estudiar la variable “gestante de edad avanzada” en base a quinquenios, lo cual permitirá mejorar las comparaciones con otros estudios internacionales que subdividen a la variable.

1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES

Se presentó una solicitud a la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann para canalizar el pedido formal al Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

La Escuela de Medicina Humana emitió un oficio firmado por el Director de Escuela dirigido al Director del Hospital Hipólito Unanue adjuntando la Resolución de Aprobación del Proyecto de Tesis, donde se solicitaba el acceso a la información del Sistema Informático Perinatal como fuente para la tesis. Asimismo, se solicitó

la aprobación por el Comité de Ética del Hospital Hipólito Unanue de Tacna para la ejecución del proyecto de tesis.

Se tuvo acceso a la información del Sistema Informático Perinatal, con lo que realizaron las tablas y gráficos para la tesis.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo general

Determinar las características maternas y perinatales en primíparas de 35 años a más atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023.

1.5.2. Objetivos específicos

- 1) Determinar la frecuencia de primíparas de 35 años a más atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023.
- 2) Identificar las características maternas socio demográficas y antecedentes maternos gineco obstétricos de las primíparas de 35 años a más atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023.
- 3) Identificar las características maternas durante el embarazo en primíparas de 35 años a más atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023.

- 4) Identificar las características perinatales después del parto en primíparas de 35 años a más atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

2.1.1. A nivel internacional

Kim et al., en su artículo *“Impacto de la edad materna en los resultados del embarazo único en mujeres primíparas en Corea del Sur”*, encontraron que a medida que aumentaba la edad de las mamás, se asociaban a más altos de ingresos, mayor incidencia de sobrepeso y obesidad, diabetes mellitus antes de la gestación y presión arterial alta. Del mismo modo, se incrementaron las enfermedades del ámbito obstétrico, como la diabetes mellitus en la gestación, pre eclampsia, placenta previa, desprendimiento de placenta normo inserta y la cantidad de parto por cesárea. Con respecto al recién nacido, también se encontró relación positiva con morbilidad perinatal, entre ellos parto prematuro y bajo peso al nacimiento (9).

En general, la edad materna avanzada se comportó como factor de riesgo de hospitalización previo al parto, visitas al médico por consulta externa más frecuentes y reingreso al hospital después del parto. Kim et al., concluyeron que la edad materna avanzada se asocia a resultados obstétricos adversos para las mujeres primigrávidas, y la frecuencia de hospitalizaciones fue mayor en este

grupo. Por esto, sugieren que debido al contexto social actual de las gestaciones y partos tardíos, se necesita políticas claras y efectivas para brindar seguridad y apoyo en el parto a mujeres que cuentan con edad avanzada (9).

Jeong et al., en su investigación ***“Efecto de la edad materna sobre los resultados maternos y perinatales, incluido el parto por cesárea después de la inducción del trabajo de parto en primigrávidas ancianas sin complicaciones”***, encontraron que las cesáreas de emergencia fueron mayores en gestantes de edad avanzada (31,5% frente a 13,7%, $p=0,001$). La edad materna avanzada se relacionó con cesáreas de emergencia (OR 3,04; IC 95 %: 1,55–5,96, $p=0,001$); también fueron más frecuentes los partos instrumentados (19,6% frente a 8,2%, $p=0,043$). En los neonatos no hubo diferencias entre ambos grupos en ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatales y Apgar <7 a los 5 minutos (30,3% frente a 30,1% y 6,0% frente a 8,2%, respectivamente, todos $p>0,05$). La edad materna avanzada se relacionó a 3 veces mayor probabilidad de parto por cesárea y vía vaginal operatorio en nulíparas sin complicaciones después de inducción del trabajo de parto (10).

Rademaker et al., en su investigación titulada ***“Resultados adversos del embarazo materno y perinatal relacionados con la edad materna muy avanzada en primigestas y multigestas en los Países Bajos: una cohorte poblacional”***, estudiaron a 3.700.326 con parto; el 3,2% fue mayor de 40 años. Se observó mortalidad materna mínima pero mucho mayor en multigestas de 50 años a más. La mortalidad perinatal fue mayor en gestantes de 40 años a más, pero no

en primigrávidas de 50 años a más. Primigestas y multigestas con más de 40 años tuvieron riesgo 2 veces mayor de mortalidad perinatal, cesárea, diabetes gestacional, trastornos hipertensivos y una puntuación de Apgar baja después de 5 minutos. Peor aún en gestantes con más de 45 años, se triplicó el riesgo de mortalidad perinatal y diabetes gestacional y riesgo 6 veces mayor para cesáreas. Gestantes con más de 50 años aumento el riesgo a 7 veces más cesáreas, 4 veces más de diabetes gestacional, hemorragia posparto e ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales, y 10 veces más de trastornos hipertensivos. Finalmente concluyeron que el riesgo de resultado materno y perinatal adverso en pacientes con más de 40 años se incrementa con la edad, tanto para primigrávidas y multigrávidas (11).

Yu et al., en su artículo ***“Esteroidómica de mujeres embarazadas en edad avanzada”***, menciona la influencia del componente hormonal en gestantes con edad materna avanzada y concluyeron que se dan patrones de distribución y variación en cascada de los niveles de hormonas esteroideas en espacios compartimentales de la madre y el feto; observándose que las mediciones y niveles de andrógenos son mucho mayores en gestantes con edad materna avanzada y esto a su vez guarda una relación positiva con complicaciones adversas del embarazo (12).

Lu et al., en su investigación ***“Asociación entre mujeres de edad materna muy avanzada con diabetes mellitus gestacional y los riesgos de resultados infantiles adversos: un estudio de cohorte del NVSS 2014-2019”***, realizado en

52544 gestantes, encontraron que las pacientes con edad materna muy avanzada (≥ 45 años) con diagnóstico médico de diabetes mellitus gestacional tuvieron mayor riesgo de presentar parto prematuro (mayormente parto prematuro moderado o tardío), ingresos a la unidad de cuidados intensivos neonatales y bajo peso al nacer (13).

Tyas et al., en su artículo **“Resultados perinatales maternos relacionados con la edad materna avanzada en mujeres embarazadas con pre eclampsia”**, compararon dos grupos, uno de gestantes mayores de 34 años y el otro por gestantes de 20 a 34 años. Hubo 43 gestantes con pre eclampsia con edad materna avanzada y 105 gestantes con pre eclampsia de 20 a 34 años. Las gestantes con pre eclampsia de edad materna avanzada tuvieron mayor frecuencia de resultados maternos adversos: edema pulmonar, síndrome de HELLP, discapacidad visual, hemorragia posparto y eclampsia; en comparación grupo control. La prevalencia de cesárea fue más frecuente en gestantes de edad avanzada (53,3% vs 28,6%, $p=0,004$; OR 2,825, IC 1,380-5,988). Las gestantes con pre eclampsia de edad avanzada presentaron resultados perinatales más deficientes que el grupo control (81,4% vs 59%, $p=0,009$; OR 3,034 IC 1,283-7,177). Las gestantes de edad avanzada presentaron mayor riesgo de complicaciones perinatales: prematuridad (OR 3.266 IC 1.269-8.406), retardo de crecimiento intrauterino (OR 4.474 IC 1.019-19.634), asfixia (OR 4.263 IC 2.004-9.069) e infección (OR 2.138 IC 1.040-4.393). Finalmente concluyeron que la edad materna avanzada incrementa el riesgo de resultados maternos y neonatales adversos en

gestantes con pre eclampsia. La suma de gestante con edad avanzada con pre eclampsia debe alertar al prestador de salud para maximizar el seguimiento, tamizaje integral e intervención precoz para disminuir el riesgo y evitar complicaciones (14).

Tanaka et al., en su artículo **“Alta tasa de mortalidad materna asociada con la edad materna avanzada en Japón”**, encontraron que las gestantes con 40 años a mas presentaron tasa de mortalidad mayor en relación a otros grupos etáreos. En este grupo etáreo, la causa más frecuente de muerte materna fue el accidente cerebro vascular hemorrágico (15/65 [23 %]), y la pre eclampsia (8/15 [54 %]) fue la causa más frecuente de accidente cerebro vascular hemorrágico. Concluyeron que la muerte materna es mucho mayor en gestantes de edad avanzada en comparación a las jóvenes. Y que los proveedores de servicios de salud deben considerar esta información (15).

Braggion et al., en su artículo **“Edad materna avanzada entre nulíparas a término y riesgo de parto por cesárea no programada”**, investigaron a 5211 gestantes dividiéndolas en dos grupos: uno mayor e igual a 40 años y el otro menor de 40 años; encontraron que la edad materna avanzada se relacionó a cesárea no programada (ORa: 1,51; IC 95%: 1,06-2,17; p=0,024). Los procedimientos asistidos en el parto vaginal se practicaron en el 29,7% (IC 95%: 21,9-38,4; n=38) de gestantes con edad avanzada en relación al 20,1% (IC 95%: 18,9-21,3; n=856) del grupo control. En sangrado posparto >1000 ml se presentó en un 5,8% (IC 95%: 2,8-10,4; n=10) de gestantes de edad avanzada y en 3,1% (IC 95%: 2,6-3,6; n=156)

del grupo control. Concluyeron que la edad materna avanzada se relaciona con un riesgo mayor cesárea no programada en nulíparas. Y que esta información se debe considerar en el momento de prestar el servicio de salud, específicamente la edad avanzada como factor de riesgo individual (6).

Luo et al., en el artículo **“Complicaciones del embarazo entre mujeres nulíparas y multíparas con edad materna avanzada: un estudio de cohorte prospectivo comunitario en China”**, estudiaron 10171 gestantes y encontraron que en nulíparas con edad materna avanzada se presentó mayor riesgo de hipertensión gestacional (OR 8,44, IC 95% 1,68-2,88), pre eclampsia o eclampsia (OR 9,92, IC 95% 4,87-18,78), rotura prematura de membranas (OR 6,84, IC95% 2,00-17,69), en relación a gestantes del grupo control (20 a 29 años). En multíparas de edad materna avanzada se identificó mayor riesgo de diabetes mellitus gestacional (OR 3,29, IC 95% 1,76-5,94), anemia (OR 1,85, IC 95% 1,25-2,69), poli hidramnios (OR 3,29, IC 95% 1,56-6,64), rotura prematura de membranas (OR 5,14, IC 95% 2,12-12,29) y parto prematuro (OR 1,89, IC 95% 1,42-2,50). Finalmente concluyeron que la gestante con edad materna avanzada se relacionó a un riesgo mayor de alteraciones o complicaciones en la gestación. Por lo que sugieren que las gestantes de edad materna avanzada deben tratarse siempre como un grupo de muy alto riesgo en la prestación del servicio de salud gineco obstétrico (16).

Deng et al., en su artículo **“Asociación entre diabetes mellitus gestacional y resultados obstétricos adversos entre mujeres con edad**

materna avanzada: un estudio de cohorte retrospectivo”, estudiaron 1551140 gestantes y encontraron que la diabetes mellitus gestacional, en los neonatos incremento el riesgo de requerir ventilación neonatal asistida (OR=1,380, IC 95%: 1,345-1,417), el ingreso a las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN, OR=1,436, IC 95%: 1,410-1,463), puntuación neonatal baja en el Apgar al minuto 5 (OR=1,034, IC 95%: 1,018-1,051), alto peso al nacer (OR=1,132, IC 95%: 1,111-1,153), parto prematuro (OR=1,244, IC 95%: 1,223-1,266). En las gestantes se incrementó el riesgo de ingresar a la unidad de cuidados intensivos (UCI, OR=1,247, IC 95%: 1,107-1,406), o de tener una cesárea (OR=1,193, IC 95%: 1,180-1,207). Concluyeron que la diabetes gestacional es un factor de riesgo de resultados obstétricos en gestantes con edad materna avanzada (17).

Poojari et al., en el artículo **“Un estudio comparativo de los parámetros biométricos fetales del tercer trimestre con la edad materna”**, realizado en 100 gestantes divididas en un grupo de 21 a 29 años y otro de 30 a más años, encontraron que no se observó una diferencia significativa en la ganancia de peso materno; existen restricciones en el crecimiento fetal en el grupo de edad materna avanzada debido a que los parámetros fetales del tercer trimestre son menores que el grupo de edad óptimo; y que la circunferencia de la cabeza sería específica para calcular la fecha estimada de parto en el grupo de edad materna avanzada (18).

Tembo et al., en el artículo **“La asociación de la edad materna con resultados neonatales adversos en Lusaka, Zambia: un estudio de cohorte prospectivo”**, participaron 11501 gestantes distribuidas en grupos de 10 a 19

años, 20 a 24 años, y 35 años a más. Encontraron que la edad materna avanzada se relacionó con probabilidad incrementada de hipertensión y/o pre eclampsia (IC 95%: 1,54, 5,89) y trabajo de parto prematuro (aOR=2,78, IC 95%: 1,24, 6,21). Finalmente concluyeron que ser madre adolescente es factor de riesgo para resultados seleccionados del embarazo en centros de salud. Asimismo, que el personal de salud debe analizar a cada paciente en un contexto particular para garantizar resultados perinatales adecuados (19).

Jiang et al., en la investigación sobre ***“Características perinatales y resultados del embarazo de mujeres en edad materna avanzada con diabetes mellitus gestacional: un estudio de cohorte retrospectivo”***, estudiaron a 34602 gestantes y encontraron que la prevalencia de gestantes con edad materna avanzada y diabetes mellitus gestacional fue 2,46% en Hang Zhou, China. Concluyeron que el aumento de las gestaciones con edad materna avanzada se asociaron con un incremento en el riesgo de anomalías cromosómicas en la descendencia y cesárea, especialmente cesárea de emergencia (20).

Casteleiro et al., en el artículo sobre ***“Asociación entre edad materna avanzada y morbilidad materna y neonatal: un estudio transversal en una población española”***, estudiaron 3315 partos que se distribuyeron en grupos de gestantes de 35 años a más y un grupo de referencia con 24 a 27 años. Encontraron que los abortos repetidos fueron más comunes entre las mujeres de edad materna avanzada en comparación con las mujeres embarazadas de 24 a 27 años (grupo de referencia): OR ajustado = 2,68; IC95% (1,52-4,73). También se observó una

mayor prevalencia de diabetes gestacional entre las mujeres de edad materna avanzada, alcanzando significación estadística cuando se restringió a madres primerizas: OR ajustado = 8,55; IC95% (1,12-65,43). Además, la posibilidad de parto instrumental se multiplicó por 1,6 y la posibilidad de cesárea por 1,5 entre las mujeres de edad materna avanzada, alcanzando significación estadística estos resultados, observándose un patrón dosis-respuesta. Por último, hubo asociaciones entre pre eclampsia, parto prematuro (<37 semanas) y bajo peso al nacer, aunque sin alcanzar significación estadística. Concluyeron que los resultados apoyan la asociación entre edad materna avanzada y sufrir abortos repetidos. Asimismo, ser de edad materna avanzada se asoció con un mayor riesgo de padecer diabetes gestacional, especialmente entre primíparas, además de asociarse tanto con partos instrumentales como con cesáreas tanto en primíparas como en multíparas (21).

Flores-López, en su artículo sobre ***“Morbilidades maternas y perinatales asociadas a edad avanzada en gestantes”***, estudio 240 gestantes distribuidas en dos grupos: menores de 35 y de 35 a más años. Encontró que se asoció de manera significativa la edad materna avanzada con morbilidades maternas como enfermedades previas al embarazo ($p < 0.0001$), como diabetes mellitus durante el embarazo ($p = 0.002$), enfermedad hipertensiva del embarazo ($p = 0.0001$), resolución del embarazo por cesárea ($p = 0.04$), hemorragia obstétrica ($p = 0.0002$), control prenatal < 5 consultas ($p = 0.008$), así como aquellas con morbilidades perinatales del RN: edad gestacional pre término ($p = 0.001$), retraso en el

crecimiento intrauterino ($p=0,01$), peso bajo para edad gestacional ($p=0,001$) e ingreso del RN a la unidad de cuidados intensivos neonatales ($p=0,007$); con análisis multivariado se observará asociación de edad materna avanzada con diabetes mellitus, enfermedad hipertensiva del embarazo y hemorragia obstétrica ($R^2=0,9884$; $p<0,0001$). Concluyo que la morbilidad materna y perinatal se asocian a edad avanzada en gestantes (22).

2.1.2. A nivel nacional

Cabrera Ramos, en su artículo sobre ***“Complicaciones obstétricas y edad materna avanzada”***, el autor señala que históricamente la edad materna avanzada se ha definido como una edad mayor o igual a 35 años, punto de corte que sustentado en la disminución de la fecundidad y el mayor riesgo de anomalías genéticas en la descendencia de las mujeres mayores a esta edad. Sin embargo, los efectos relacionados al aumento de edad son continuos y el riesgo es mayor mientras mayor sea la edad al momento de la concepción más que como efecto de pasar el umbral de los 35 años. Diferentes investigaciones han mostrado que las gestantes añosas tienen mayor riesgo de complicaciones tempranas de la gestación como aborto espontáneo, embarazo ectópico, anomalías cromosómicas y malformaciones congénitas, así como, pre eclampsia, diabetes gestacional, patología placentaria, parto pre término, peso bajo al nacer, mortalidad perinatal, embarazo múltiple, parto distócico, parto por cesárea y mortalidad materna (7).

Ayala Peralta, en su investigación sobre **“Gestantes de edad materna avanzada presentan mayor riesgo materno perinatal que las gestantes adolescentes”**, estudio a 6475 gestantes de edad avanzada y 7645 gestantes adolescentes. Encontró que las complicaciones más frecuentes en gestantes añosas fueron la pre eclampsia, seguida de anemia y rotura prematura de membranas. En cuanto a gestantes adolescentes las más frecuentes fueron en orden de aparición: RPM, anemia y pre eclampsia. Se observó asociación entre el riesgo de complicaciones maternas con las gestantes de edad materna avanzada, así como también se encontró que no existe asociación entre las edades materna avanzada y la morbilidad perinatal. Concluyo que el grupo de gestantes con mayor riesgo de presentar complicaciones maternas fue el de edad materna avanzada con un OR de 1.08 en comparación a las adolescentes (23).

Huamán Mancoco, en su tesis sobre **“Edad materna avanzada y complicaciones materno – fetales: Revisión Narrativa. 2021”**, analizo 300 artículos disponibles en la internet. Según los resultados, las complicaciones maternas presentes en las mujeres con edad avanzada son: trastornos hipertensivos y de estas la más frecuente la Pre eclampsia, Ruptura prematura de membrana, Anemia, Infecciones del tracto urinario, Cesárea, Abortos y Hemorragias postparto. Con respecto a las complicaciones fetales encontradas en el presente estudio, se obtiene que los recién nacidos presentaron Prematuridad, Bajo peso al nacer, Restricción al crecimiento intrauterino, Muerte fetal, Macrosomía, Apgar menor a 7, traumatismos al nacimiento tal como caput

sucedaneum. En conclusión, en la revisión de estos artículos, se puede concluir que la edad materna avanzada en gestantes si tiene relación con la presencia de complicaciones materno – fetales (24).

Escriba Gómez, en su tesis titulada **“Edad materna avanzada como factor de riesgo de complicaciones obstetricia en pacientes atendidas en servicio de obstetricia del hospital nacional dos de mayo, periodo 2018, Lima-Perú”**, estudio 280 gestantes (140 expuestos y 149 no expuestas). Encontró que la edad materna avanzada no mostró asociación significativa con las complicaciones obstétricas como la diabetes gestacional, parto pre término y pre eclampsia. De otro lado se encontró la edad materna avanzada fue un factor protector para placenta previa (RR=0.40; p=0.041; IC95%: 0.16 – 1.00). Concluyo que: la edad materna avanzada no es un factor de riesgo para la diabetes gestacional, pre eclampsia y parto pre término; no obstante, la edad avanzada se consideró factor protector para placenta previa con significancia estadística (25).

Ayala Peralta et al., en su artículo **“Factores asociados a morbilidad materna y perinatal en gestantes con edad materna avanzada”**, estudio a 325 gestantes. Encontró que la edad media 38,01 ± 2,66 años. Estado civil conviviente 70,8%; control prenatal inadecuado 47,7%; sobrepeso pregestacional 38,6%; primíparas 11,7% y grandes multíparas 18,5%. Periodo intergenésico largo 62,8% y corto 15,4%. El 56,3% presentó cesárea y el 28% desgarro vaginal I°. Aplicando regresión logística el IMC ≥ 25 kg/m² presentó un odds ratio (OR) de 1,02 para pre eclampsia severa; OR: 2,35 para desgarro vaginal I°; y OR: 2,91 para macrosomía

fetal. Control prenatal inadecuado representa OR: 1,31 para parto pre término y un OR: 1,48 para pre eclampsia severa. Antecedente de pre eclampsia previa OR: 3,03 para parto pre término y OR: 10,90 para pre eclampsia severa. La curva Característica Operativa del Receptor (ROC) para el desarrollo de pre eclampsia severa fue 69,74%; complicaciones en parto vaginal 85,44% y macrosomía fetal 72,78%. Concluyeron que el sobrepeso pregestacional en edad materna avanzada está asociada a pre eclampsia severa, desgarro vaginal y macrosomía fetal y la pre eclampsia previa, está fuertemente asociada al desarrollo de parto pre término y pre eclampsia severa; las cuales deberían indagarse a detalle durante la atención prenatal (26).

Juan De Dios Ascencio, en su tesis titulada ***“Hallazgos perinatales en embarazos con edad materna avanzada en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el primer trimestre del 2021”***, estudio 178 gestantes. Encontró que la edad más representativa se encontraba en la población de mujeres de 35 a más con un 51,69%. En relación con la variable estado civil se identificó que solo 19,00% había contraído matrimonio. En relación con los hallazgos identificados dentro de nuestro estudio, se determinó que el 55% había culminado su gestación por medio de la cesárea programada. Las enfermedades durante el embarazo se hicieron presentes: se identificó que el 39,89% presentó diabetes gestacional y el 46,6% presentó alteración de la presión arterial durante el embarazo. El parto prematuro se hizo presente en un 55,62% y la presencia de placenta previa en un 17,9%. los hallazgos perinatales que se asociaron a la

presencia de edad materna avanzada fueron: el haber culminado la gestación por medio de una cesárea (OR: 2,781; IC95%: 1,295 - 4,293; valor $P < 0,0001$), La hipertensión arterial gestacional (OR: 2,849; IC95%: 1,553 – 4,550; valor $P < 0,0001$), la variable diabetes gestacional (OR: 2,988; IC95%: 1,593 – 5,603; valor $P = 0,001$), la variable parto prematuro (OR: 2,056; IC95%: 1,127 – 3,749; valor $P = 0,019$) y la variable placenta (OR: 2,851; IC95%: 1,235– 6,581; valor $P = 0,014$). Concluyo que existen variables de tipo perinatal que se asociaron a la presencia de edad materna avanzada en las pacientes atendidas durante el periodo 2021 (27).

Villalva-Luna, en su artículo sobre ***“Relación entre gestantes con anemia en edad materna de riesgo y bajo peso al nacer en un hospital de la seguridad social del Perú”***, estudio a 312 gestantes. Encontró que entre las variables estudiadas las gestantes anémicas presentaron mayor frecuencia de nuliparidad y parto vaginal, y en menor frecuencia antecedente de aborto y control prenatal adecuado. Las gestantes adolescentes que cursaron con anemia no se asociaron a mayor riesgo de bajo peso al nacer ($p = 0,056$). Las gestantes añosas que cursaron con anemia se asociaron a 6 veces mayor riesgo de bajo peso al nacer (IC: 95%: 2,22 a 18,03; $p = 0,000$). Concluyo que las gestantes añosas tienen mayor riesgo de presentar productos con bajo peso al nacer (28).

Ayala Moreno, en el artículo titulado ***“Embarazo en edad materna avanzada: resultados perinatales”***, estudio a 321 gestantes. Encontró: edad promedio fue $38,8 \pm 3,4$ años, convivientes en 63,9%, secundaria completa 68,3% y ama de casa 80,4%. Los principales hallazgos perinatales fueron: recién nacidos

(RN) con bajo peso al nacer (15%); presencia de líquido amniótico meconial (17%); circular de cordón nuchal fetal (18%); macrosomía fetal (10%) y malformación congénita en 3,7% principalmente Síndrome de Down. La tasa de mortalidad fetal (TMF) arroja la cifra de 2,55 por mil nacimientos/año. Concluyo que los hallazgos perinatales en edad materna avanzada fueron RN con bajo peso al nacer, líquido amniótico meconial, distocia funicular, macrosomía fetal y malformación congénita principalmente Síndrome de Down (29).

Sisniegas Benites, en su tesis titulada ***“Edad materna avanzada como factor de riesgo de parto por cesárea en pacientes gestantes del hospital Regional Docente de Trujillo”***, estudio 312 gestantes. Encontró que un 66.3% con edad avanzada que culminaron en cesárea, mientras un 24.5% con edad avanzada del grupo control que tuvieron parto vía vaginal, encontrándose asociación significativa para edad materna avanzada y parto por cesárea (OR (IC 95%): 6,07 (3,63 - 10,16)), además se halló que la edad gestacional ($p=0.005$) y la obesidad materna ($p=0.001$) asociadas con la edad materna avanzada ($p=0.000$) son un factor de riesgo (OR 95%) para culminar el embarazo por cesárea. Concluyo que la edad materna avanzada es factor de riesgo a parto por cesárea en gestantes cuyo parto fue atendido en el Servicio de Obstetricia atendidas durante 2015-2018 (30).

Aguilar Cueva, en su investigación sobre ***“Parto pre término en gestantes con edad materna avanzada, Hospital Nacional Hipólito Unanue. Lima, Perú”***, estudio a 240 gestantes mayores de 35 años. Encontró que el 31,7% de gestantes

mayores de 35 años tuvieron parto pre término. Con respecto a la cesárea anterior el 23,7% fueron gestantes de edad materna avanzada pre término y el 29,3% fueron a término. Dentro de los abortos anteriores el 55,3% fueron gestantes de edad materna avanzada pre término y el 50% fueron a término. En las gestantes de edad materna avanzada pre término arrojó un 50% de gestantes con controles prenatales insuficientes. El sufrimiento fetal se presentó en un 23,7% en gestantes de edad materna avanzada pre término. La ruptura de prematura de membranas se presentó en las gestaciones pre término de edad materna avanzada en un 13,2% y en las gestaciones a término de edad materna avanzada en un 8,5%. Con respecto a la puntuación de Apgar, obtuvieron la clasificación de recién nacido vigoroso un 78,9% de neonatos pre términos y un 90,2% de neonatos a término, recién nacido con asfixia o depresión moderada de 21,1% de neonatos a término y un 4,9% de neonatos a término. Concluyo que las gestantes en edad materna avanzada en un alto porcentajes fueron multíparas, además tuvieron un parto pre término y de estas más del 50% culminaron en cesáreas (31).

Figuroa Díaz, en su tesis **“Complicaciones obstétricas en gestantes con edad materna avanzada sometidas a Fecundación In Vitro”**, estudio a 1854 gestantes. Encontró que el 93,7 % (1738) logró una concepción espontánea y el 6,3% (116) se sometió a Fecundación In Vitro, encontrándose que éstas últimas tienen menos probabilidades de desarrollar complicaciones obstétricas (OR=0.56; IC=0.35-0.92; p=0.023/ AOR=0.13; IC 95%=0.07-0.23; p=0.000), en comparación con las concepciones espontáneas. Por otro lado, del total de la población de

estudio, 1360 (73.4%) fueron mujeres con edad materna joven y 494 (26.6%) con edad materna avanzada, encontrándose que éstas últimas tienen más probabilidades de desarrollar complicaciones obstétricas (OR=3.96; IC 95%=3.17-4.95; p=0.000/ AOR = 1.04; IC 95%=1.01-1.07; p=0.004), en comparación con las mujeres más jóvenes. Conclusiones: Las gestantes sometidas a Fecundación In Vitro comparadas con aquellas de concepción espontánea presentaron menor riesgo de complicaciones obstétricas y, por otro lado, las gestantes con edad materna avanzada comparadas con aquellas más jóvenes presentaron mayor riesgo de complicaciones obstétricas (32).

Morón Salazar, en su tesis ***“Edad materna avanzada como factor asociado a resultados obstétrico-neonatales adversos en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2015-2016”***, estudio a 142 gestantes. Encontró que la edad promedio de gestantes con edad materna avanzada fue 36.3 años y en gestantes más jóvenes fue 23.5 años. En ambos grupos, la mayoría realizó de seis a más atenciones prenatales (54.9% vs. 81.7%). De los resultados adversos del embarazo, del parto y puerperio: La rotura prematura de membranas (p=0.025), excesiva ganancia de peso gestacional (p<0.001), oligo/poli hidramnios (p=0.005), necesidad de inducción de parto (p=0.039), necesidad de cesáreas (p<0,001) y hemorragia postparto (p=0.005) están relacionados a la edad materna avanzada. En los resultados neonatales adversos: la macrosomía neonatal (p<0.001); Apgar bajo al minuto (p<0.001), sepsis neonatal (p=0.001), ingreso a UCIN (p<0,001) y antecedente de SFA

($p < 0.001$) están relacionados a la edad materna avanzada. Concluyo que la edad materna avanzada se considera un factor asociado para la ocurrencia de resultados obstétricos-neonatales adversos, como: rotura prematura de membrana, excesiva ganancia de peso gestacional, oligo/poli hidramnios, necesidad inducción de parto, necesidad de cesáreas, hemorragia postparto, macrosomía neonatal, Apgar bajo al minuto, sepsis neonatal, ingreso a UCIN y antecedente de SFA (33).

2.1.3. A nivel regional o local

Quenaya Coaquira, en su tesis ***“Relación entre edad materna avanzada y resultados materno perinatales en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2000 – 2018”***, encontró que la atención de parto en gestantes de edad avanzada durante el periodo de estudio fue de 12,5% la misma que muestra una tendencia ascendente. Los resultados maternos que tuvieron asociación significativa fueron enfermedad hipertensiva del embarazo, parto por cesárea, distocia de presentación, diabetes gestacional, placenta previa y amenaza de parto pre término; y los resultados perinatales que tuvieron asociación significativa fueron bajo y alto peso al nacer, prematuridad, recién nacido pequeño y grande para la edad gestacional, puntuación de Apgar menor a 7, muerte fetal neonatal, síndrome de dificultad respiratoria, infecciones neonatales, malformaciones congénitas, alteraciones metabólicas, restricción de crecimiento intrauterino y alteraciones hidroelectrolíticas e hiperbilirrubinemia. Concluyo que existe mayor riesgo en las gestantes de edad avanzada de presentar resultados materno perinatales adversos (34).

Romero Romero, en su tesis ***“Edad materna avanzada como factor de riesgo para incremento de morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna año 2016”***, estudio 208 gestantes de 35 años a más y 409 gestantes menores de 35 años. Encontró asociación entre la edad materna avanzada con la presencia de trastornos hipertensivos gestacionales (OR=1,89; IC 95% 1,09 a 3,26), pre eclampsia con signos de severidad (OR=3,21; IC 95% 1,22 a 8,4) y trabajo de parto disfuncional (OR=0,34; IC95% 0,11 a 0,997). Concluyo que la edad materna avanzada es un factor de riesgo para la presencia de trastorno hipertensivo gestacional, en especial pre eclampsia con signos de severidad, y fue un factor protector de trabajo de parto disfuncional. No se encontró asociación con el resto de patologías estudiadas (35).

Salvador Chata, en su tesis ***“Influencia de la edad materna en los resultados materno perinatales en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2015 – 2019”***, encontró que la frecuencia de gestantes de 10 a 19 años fue de 12,7%, las de 20 a 34 años representó el 71%; y las gestantes de 35 años a más fue de 16,3%. Las gestantes adolescentes se asociaron a anemia gestacional (OR=1,2), ITU (OR=1,4). Las gestantes añosas se asociaron a pre eclampsia (OR=1,9), diabetes gestacional (OR=2,3), placenta previa (OR=2,8), mala presentación fetal (OR=1,4), cesárea electiva (OR=1,4), cesárea de emergencia (OR=1,2) a tener recién nacidos con alto peso al nacer (OR=1,3), prematuridad (OR=1,4), APGAR <7 al minuto (OR=1,4). Concluyo que la edad materna extrema se asocia a diversas patologías que ocurren durante la gestación, parto y en el neonato (36).

Carlevarino Aragón, en su tesis titulada ***“Prevalencia y resultados maternos y perinatales asociados a diabetes mellitus en gestantes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2000 – 2021”***, encontraron que de los 72602 partos durante el período de 2000 a 2021, 75 gestantes fueron diagnosticadas con diabetes gestacional, donde la prevalencia de diabetes gestacional fue de 0,10%, siendo los años con mayor prevalencia 2012, 2018 y 2019. Respecto a los factores sociodemográficos maternos como la edad materna avanzada (35 años) ($p=0,01$), el grado de instrucción superior ($p=0,01$), estado civil conviviente ($p=0,01$), obesidad materna ($p=0,01$) y no tener controles prenatales ($p=0,01$) estuvieron asociados a la diabetes gestacional. Los factores obstétricos asociados fueron el parto por cesárea ($p=0,01$), amenaza de parto prematuro ($p=0,01$), la anemia materna ($p=0,01$) y presencia de comorbilidades como pre eclampsia ($p=0,01$) e infección del tracto urinario ($p=0,01$). Otros factores obstétricos no estuvieron asociados a la diabetes gestacional. Los factores neonatales asociados fueron la prematuridad ($p=0,01$), el peso mayor a 4000 g ($p=0,01$), grandes para la edad gestacional ($p=0,01$). Otros factores neonatales no estuvieron asociados a la diabetes gestacional. La mortalidad perinatal más frecuente fue la mortalidad fetal. Concluyo que las características maternas asociadas fueron: edad materna avanzada, el grado de instrucción superior, estado civil conviviente, obesidad materna y controles prenatales inadecuados. Las características obstétricas asociadas fueron: parto por cesárea, amenaza de parto prematuro, anemia materna y comorbilidades, tales como pre eclampsia e infección del tracto urinario. Las características neonatales asociadas fueron: la prematuridad, peso mayor a 4000

g, grande para la edad gestacional y la mortalidad perinatal se presenta más en la etapa fetal (37).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. El embarazo normal

La gestación es un proceso de preparación de la mujer para el nacimiento de su hijo(a). La maternidad se convierte en una experiencia de vida, en la cual las mujeres y su apoyo social desarrollan comportamientos y prácticas orientadas al mantenimiento de la salud de ellas y del hijo por nacer. El periodo prenatal es la etapa de gestación de la mujer, comprendida desde la fecundación y termina con el nacimiento del hijo. La duración de la gestación a término es de cuarenta semanas (38).

2.2.2. Cambios fisiológicos en el embarazo

A. Cambios respiratorios

Los cambios respiratorios se pueden iniciar a partir de la cuarta semana de gestación. Están dados por cambios en los volúmenes y capacidades pulmonares que se modifican durante estas etapas. La ventilación aumenta durante el embarazo y un acortamiento de la respiración puede presentarse hacia el término. La congestión nasal, cambios en la voz y síntomas de infección del tracto respiratorio superior

son comunes, motivados por el edema en la faringe nasal y oral y en la tráquea (debido a congestión capilar de la mucosa). La causa del aumento de la ventilación por minuto es probablemente por estimulación del centro respiratorio debido a los altos niveles de progesterona relacionados con el embarazo. La progesterona es un estimulante respiratorio conocido y ha sido utilizada en problemas de hipoventilación alveolar asociada a la obesidad y al síndrome de Pickwick. Como resultado de la hiperventilación del embarazo la PaCO₂ baja y usualmente está en el rango de 29-31 mmHg; como resultado, la PaO₂ está frecuentemente por encima de 100 mmHg. También como resultado de una PaCO₂ disminuida, el pH se eleva al rango de 7,43-7,46 acompañado de una pérdida compensatoria de bicarbonato de sodio a un nivel de 21 mEq/litro. La disminución del volumen residual (VR) y de la capacidad residual funcional (CRF) provocan una disminución de la reserva de oxígeno y esto, unido a un aumento del consumo de O₂ de un 20-35 %, provocan que la embarazada sea extremadamente sensible a la hipoxia (39).

B. Cambios cardiovasculares

Durante el embarazo el útero grávido eleva el diafragma, que a su vez eleva el corazón y altera su posición, por lo que en el examen físico el latido apical está más lateral que de costumbre, y en los rayos X el diámetro transversal parece agrandado. También pueden manifestarse

alteraciones en el ritmo, cambios en el ECG y soplos inocentes. Un soplo sistólico grado I a II debido al estado h́per metab́lico del sistema cardiovascular (SCV) puede estar presente, aś como un soplo continuo secundario a ingurgitaci3n de la vena mamaria. El ECG puede revelar cambios reversibles en las ondas ST, T y Q; estas alteraciones no necesariamente indican enfermedad card́aca. Hay una alta incidencia de derrame pericárdico asintomático durante el embarazo (39).

C. Cambios gastro intestinales

Durante el embarazo pueden ocurrir varios cambios en la cavidad oral. La salivaci3n puede verse incrementada debido a la dificultad para la degluci3n y en asociaci3n con náusea; el pH de la cavidad oral disminuye; puede haber caries en los dientes, pero no debido a carencia de calcio en estos. Verdaderamente, el calcio dental est́ estable y no se mueve durante el embarazo como el calcio 3seo. Las encías pueden estar hiperémicas e hipertr3ficas, est́n esponjadas y friables pudiendo sangrar f́cilmente. Esto puede ser debido a incremento de los estr3genos sistémicos; problemas similares ocurren con el uso de anticonceptivos orales. La deficiencia de vitamina C tambi3n puede causar sangrado de las encías. Las encías retornan a la normalidad en el posparto inmediato. La pirosis, com3n en el embarazo, es debida probablemente al reflujo de secreciones ácidas hacia la parte inferior del es3fago y es probable que el cambio de posici3n del est3mago determine

su frecuente aparición. El tono esofágico y gástrico están alterados durante el embarazo, con presiones intraesofágicas menores e intragástricas mayores. Al mismo tiempo, la velocidad y amplitud de las ondas peristálticas esofágicas están disminuidas. Todas estas modificaciones favorecen el reflujo gastroesofágico. El vaciamiento gástrico se retrasa después de la 12 semana de gestación y la motilidad gástrica disminuye durante el trabajo de parto (39).

D. Cambios hepáticos

El tamaño, el flujo sanguíneo y la morfología hepática no varían durante el embarazo. La fosfatasa alcalina aumenta durante la gestación (200-400 % debido a su producción placentaria). Las proteínas plasmáticas se encuentran disminuidas por dilución y la índice albúmina globulina está disminuido, siendo mayor para la albúmina. Los niveles de albúmina sérica caen progresivamente y pueden declinar hasta un 30 % a un nivel de 3,0 g/dl. El colesterol sérico se eleva un 200 %. El vaciamiento biliar disminuye y la bilis tiende a ser concentrada. Estos cambios predisponen a la gestante a la formación de cálculos biliares. La paciente embarazada puede exhibir normalmente signos clínicos de enfermedad hepática como angiomas y eritema palmar (39).

E. Cambios sistema musculo esquelético

La lordosis lumbar está exagerada durante la gestación para mantener el centro de gravedad de la mujer sobre las extremidades

inferiores. Esta lordosis provoca incomodidad lumbar baja y puede hacer a la anestesia regional más complicada. Se observa relajación ligamentosa (causada por la relaxina), causando hipermovilidad de las articulaciones sacro coccígea y púbica. La sínfisis púbica se ensancha. Estos cambios pueden también contribuir al dolor lumbar bajo (39).

2.2.3. La placenta

La placenta es una interfaz materna fetal. Durante el primer trimestre del embarazo, el feto se nutre de las secreciones de las glándulas uterinas en un proceso conocido como nutrición histiotrófica. Durante el segundo trimestre del embarazo, la placentación ha evolucionado hasta el punto en que los nutrientes se entregan a la placenta a través de la sangre materna (nutrición hemotrófica). Durante la gestación, la placenta debe adaptarse a estos suministros variables de nutrientes, a las alteraciones en la fisiología y el flujo sanguíneo maternos y a los cambios dinámicos en las tasas de crecimiento fetal (40).

2.2.4. Atención prenatal

Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto con acciones sistemáticas y periódicas, destinadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal (39). Características:

- Precoz: el primer control se debe realizar antes de las 12 semanas

- Periódico: hasta las 32 semanas: mensual, durante las 32 a 36 semanas: quincenal, desde las 37 semanas: semanal.
- Integral: se evalúa la parte física, psicológica y social, identificando violencia familiar.
- Amplia cobertura.

2.2.5. Estática fetal

- A. Situación: Relación entre el eje uterino y el eje fetal. Puede ser: longitudinal, transversa u oblicua.
- B. Posición: Relación entre el dorso fetal y la pelvis materna. Lo más frecuente OIIA (Occípito – Iliaca – Izquierda – Anterior). Diámetro menor fetal: suboccípito bregmático: 9.5 cm. Diámetros mayores: sincipitomentoniano, sincipitosubnasal. Miden unos 13.5 cm y se exponen en la presentación de frente. Son los más desfavorables.
- C. Presentación: Parte fetal que toma contacto con la pelvis materna. Puede ser: cefálica, podálica (puras o sólo nalgas, completas: nalgas y pies), o transversa (parte presentada es el acromion).
- D. Actitud: Posiciones ordenadas según grado de flexión de la cabeza fetal De mayor flexión a mayor deflexión (extensión) (39).

2.2.6. Propedéutica obstétrica

- Gesta: toda mujer que está embarazada.
- nuligrávida: mujer que no está embarazada ni lo ha estado.
- Primigesta: grávida por primera vez.

- Primigesta añosa: edad de 35 a 39 años.
- Primigesta muy añosa: edad de 40 años a más.
- Multigesta: mujer en su segundo o posterior embarazo.
- Primípara: madre que ha tenido un parto.
- Multípara: la que ha tenido entre 2 y 5 partos.
- Gran multípara: más de 5 partos.

2.2.7. Trabajo de parto

A. Parto

Cadena de procesos fisiológicos progresivos que se presentan después de las 22 semanas de gestación y que culmina con la expulsión fuera del útero del producto de la concepción y sus anexos

B. Parto eutócico

Proceso de inicio y evolución espontáneo con una duración adecuada y en el que los factores de trabajo de parto interactúan de forma normal culminando con la expulsión por vía vaginal de un producto de la concepción único a término en presentación cefálica de vértex, y sus anexos completos. Después de terminado el proceso, tanto la madre como el producto se encuentran en buenas condiciones (39).

C. Parto distócico

Parto con progreso anormal debido a inadecuada interacción de los factores que intervienen en él y que culmina por vía vaginal y/o abdominal. Los factores causantes de la distocia pueden ser:

- Motor o fuerzas expulsivas: contracciones uterinas.
- Vía o canal: pelvis materna (canal óseo y/o canal blando).
- Móvil: feto y/o anexos.

D. Atención de parto

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones en las diferentes etapas del parto para dar como resultado la asistencia de gestantes y recién nacidos en buenas condiciones (39).

2.2.8. Trabajo de parto disfuncional

A. Distocia

Trabajo de parto anormal que resulta de lo clasificado como anomalías de la potencia (contracciones uterinas o fuerzas expulsivas), el pasajero (posición, tamaño o presentación del feto) o el pasaje (pelvis o tejidos blandos) (39).

B. Desproporción céfalo pélvica

se diagnostica mediante criterios: Parto detenido o lento (no hay cambio en la dilatación del cuello uterino por más de 2 horas), dinámica uterina normal, contracciones normales, cabeza flotante (no encajada).

C. Trabajo de parto disfuncional

Alteración del trabajo de parto producido por la falta de progresión del feto que se manifiesta porque la curva de alerta del partograma se desvía hacia la derecha.

2.2.9. Condiciones patológicas en la gestación

A. Edad materna avanzada

La edad superior a los 35 años en el momento del nacimiento se denomina generalmente edad materna avanzada (AMA) y podría ser un factor de riesgo de diversas complicaciones además de los cambios genéticos en el feto (9).

En los últimos años, la edad de las madres primerizas ha aumentado significativamente. Entre las posibles razones de esto, muchos investigadores proponen que puede deberse a la mayor participación de las mujeres en la educación superior y en el empleo y en su deseo de alcanzar la estabilidad financiera; de hecho, estas motivaciones pueden llevar a las mujeres a posponer el momento en el que deciden ser madres (41).

El aumento de la edad materna conlleva problemas de infertilidad ya que la capacidad de concebir espontáneamente disminuye a medida que avanza la edad de la mujer. Las investigaciones han demostrado que el rango de edad óptimo para una concepción exitosa y un parto saludable

es entre 20 y 34 años. La fertilidad disminuye drásticamente a partir de los 35 años, cuando concebir un hijo se vuelve cada vez más difícil (41).

Además, una edad materna más avanzada también se asocia con tasas más altas de complicaciones del embarazo y peores resultados obstétricos y neonatales. Entre estos riesgos, la mayoría de los estudios indican diabetes gestacional, hipertensión gestacional, desprendimiento de placenta, placenta previa, aborto espontáneo, bajo peso al nacer, parto prematuro o pos término y hemorragias posparto, literatura científica confirma la asociación entre la edad materna avanzada y malos resultados obstétricos e infantiles (41).

B. Diabetes pre gestacional

Condición metabólica crónica caracterizada por hiperglicemias, el cual se asocia a complicaciones vasculares a largo plazo. Existen dos formas: tipo 1 y tipo 2 (39).

C. Diabetes gestacional

Alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, de severidad variable, que comienza o se reconoce por primera vez durante el embarazo. Suele desaparecer luego de éste, pero con alto riesgo de repetirse en posteriores gestaciones. Clínicamente similar a la diabetes tipo 2 (39).

D. Tuberculosis

Tuberculosis es una enfermedad infecciosa aguda o crónica que generalmente compromete el aparato respiratorio pero que puede afectar cualquier otro tejido u órgano del cuerpo humano (39).

E. Embarazo múltiple

Se manejan términos como:

- Cigosidad: Característica que refleja la procedencia de una pareja de gemelos, tanto de un mismo cigoto (monocigóticos) como de dos (dicigóticos).
- Corionicidad: característica que refleja el número de corion que presenta el embarazo gemelar. Depende del día que ocurra la división en monocigotos.
- Superfetación: es la fecundación exitosa de un óvulo liberado durante la evolución del embarazo, resultando en la concepción de mellizos de distinta edad gestacional, que en ocasiones incluso pueden llegar a tener padres distintos.
- Superfecundación: fecundación de dos óvulos correspondientes al mismo período menstrual por espermatozoides procedentes del mismo individuo o de individuos distintos.
- Gemelos discordantes: diferencia de peso más del 20% con respecto al feto mayor.

- Gemelo evanescente: es la pérdida de uno o más de los fetos en un embarazo múltiple que había sido previamente identificado médicamente. A partir del uso de la ultrasonografía en las primeras semanas del embarazo (39).

F. Infección urinaria

Las infecciones del tracto urinario se pueden presentar como bacteriuria asintomática, cistitis aguda (infección vesical) o pielonefritis (infección renal). La bacteriuria asintomática ocurre en 2 a 10% de los embarazos. Si no es tratada hasta un 30% de las pacientes puede desarrollar una cistitis aguda y hasta un 50% una pielonefritis. E. coli es el agente patógeno más frecuente (>80% de los casos). Aproximadamente el 33% de las pacientes con bacteriuria asintomática tratadas correctamente tendrán una recurrencia durante el embarazo, de igual manera sucede en las pacientes con cistitis y el 25% de las pacientes con pielonefritis aguda tratadas tendrán una recurrencia.

G. Hiperemesis gravídica

Las náuseas y vómitos en el embarazo es una condición común que afecta la salud de las gestantes. Un 50% tienen náuseas y vómitos, 25% tiene sólo náuseas y 25% no se encuentran afectadas.

La emesis gravídica son las náuseas y vómitos esporádicos, generalmente matutinos (mejoran a lo largo del día) y no alteran el estado general de la paciente ni impiden su correcta alimentación.

La hiperemesis gravídica es una forma severa de las náuseas y vómitos durante el primer trimestre del embarazo que afectan el estado general de la paciente. Son náuseas y vómitos persistentes e incoercibles, fuera de toda causa orgánica, que impide la correcta alimentación de la gestante. Está asociado a pérdida de peso ($> 5\%$ del peso pregestacional), deshidratación, cetonuria y alteraciones en el equilibrio metabólico e hidroelectrolítico.

H. Hipertensión inducida por el embarazo

Se mencionan las siguientes definiciones:

- A. Hipertensión Gestacional: Elevación de la presión arterial, en ausencia de proteinuria, encontrados en una gestante después de las 20 semanas de gestación, o diagnosticada por primera vez en el puerperio.
- B. Preeclampsia: trastorno de la gestación que se presenta después de las 20 semanas caracterizado por la aparición de hipertensión arterial pudiendo o no estar asociada a proteinuria mayor a 300 mg/24 horas.
- C. Hipertensión Crónica: cuando la presencia de hipertensión arterial es diagnosticada previa al embarazo o antes de las 20 semanas de gestación. También se considera en aquellas pacientes que no tuvieron control prenatal, cuando los valores de presión arterial no se controlan pasadas las 12 semanas del parto.

D. Hipertensión Crónica más Preeclampsia Sobre agregada: pacientes con hipertensión crónica quienes luego de las 20 semanas de gestación presentan proteinuria, o elevación marcada de la presión arterial en relación a sus valores basales y/o compromiso de órgano blanco producido por preeclampsia.

I. Embarazo prolongado

Embarazo postérmino se define como un embarazo que continúa hasta o más allá de las 42 semanas (294 días) a partir del primer día del último período menstrual normal o 14 días más allá de la mejor estimación obstétrica de la fecha de parto. El término embarazo en vías de prolongación se suele usar para referirse a aquellas gestaciones entre las 41 y 42 semanas de amenorrea. En los últimos años, numerosos hospitales de todo el mundo están finalizando la gestación durante la semana 41, sin llegar a alcanzar la semana 42. El Colegio Americano de Gineco obstetras, el Royal College y la SEGO recomiendan finalizar el embarazo a las 41 semanas para reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal (39).

2.2.10. Hemorragias en el embarazo

A. Hemorragia de la primera mitad del embarazo

a. Aborto

Se define como la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas o ponderado <500 gr. Es la causa más frecuente de sangrado obstétrico. La forma más frecuente (80 %) es el aborto precoz (<12 semanas), cuya etiología más común son las cromosomopatías o factor ovular donde destacan las trisomías autosómicas y las monosomías. Otras causas son metabólicas (diabetes tipo I, disfunción tiroidea), infecciones (clamidia, tuberculosis, listeria), trastornos inmunes (síndrome antifosfolípido), alteración anatómica (útero septado, miomas submucosos) y tóxicas (tabaco, alcohol, cocaína) (42).

b. Embarazo ectópico

Es un embarazo localizado fuera del cuerpo del útero. La localización más frecuente es tubárico (ampolla), el que tiene más riesgo de rotura precoz es en el istmo, ruptura tardía (16-18 semanas) es el intersticial y el que puede llegar a término es el abdominal (42).

c. Enfermedad trofoblástica gestacional

La forma benigna es la mola, que se caracteriza por una degeneración quística, hidrópica y avascular de la placenta. En el coriocarcinoma, destaca la capacidad de invasión y anaplasia. Respecto a su clasificación, la forma más frecuente es la mola total, producto de la fecundación de un ovocito vacío, generándose un cigoto diploide (2n) solo con material genético paterno. La mola parcial es triploide (3n) por fecundación de un ovocito con dos espermatozoides, con embrión no viable (42).

B. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo

a. Placenta previa

Es la inserción anómala de la placenta cerca al orificio cervical interno. Es la causa más frecuente de sangrado en el tercer trimestre. Tiene como factores de riesgo a: cesareada anterior (principal), miomectomía, legrado uterino, multípara añosa, tabaco, endometritis, gestación múltiple (42). Se clasifica en:

No oclusivas:

- Grado I: inserción baja (está a 2 cm del OCI).
- Grado II: marginal (borde del OCI).

Oclusivas:

- Grado III: parcial.
- Grado IV: total (más frecuente).

b. Desprendimiento prematuro de placenta

Es una hemorragia decidual que lleva a la separación prematura de la placenta. También se denomina abrupto placentario. Al revisar los factores de riesgo vemos que la forma más frecuente es idiopática y el principal factor de riesgo es la preeclampsia; otros son: ruptura prematura de membranas, trombofilias, multípara añosa, gestación múltiple, Polihidramnios, trauma obstétrico y tabaco (42).

c. Vasa previa

Hemorragia fetal por la localización de los vasos fetales cerca al orificio cervical interno. Los factores de riesgo son la inserción anómala de la placenta (tipo I) y la placenta succenturiata (tipo II) (42).

d. Rotura uterina

La causa más frecuente en países desarrollados es la dehiscencia de una cicatriz uterina producto de una cesárea, también otros tipos de cirugías como miomectomía o legrado; en países subdesarrollados, es el parto traumático, maniobra de Kristeller o parto disfuncional. En el diagnóstico de la rotura inminente se presenta durante el parto hipertoniá uterina con parametrios tensos (signo de Frommel) y contracción del segmento uterino inferior (anillo de Bandl). También la ruptura consumada con un cuadro de abdomen

agudo severo, shock, cese de la dinámica uterina, presentación alta, palpación fácil del feto e hipoxia fetal (42).

2.2.11. Complicaciones del parto y post parto

a. Atonía uterina

Es la principal causa de sangrado en el puerperio inmediato (<24 horas). Tiene como factores de riesgo a la multípara añosa, sobre distensión del útero (macrosomía, Polihidramnios, gestación múltiple, miomas intramurales), corioamnionitis o uso prolongado de oxitócicos. En el diagnóstico se advierte cuando se palpa el útero y la sensación es blanda y por encima de la cicatriz umbilical (42).

b. Trauma obstétrico

En caso de que el útero esté bien contraído, se debe descartar trauma del canal del parto. En partos precipitados o macrosomía, podría presentarse trauma del canal del parto, donde lo más frecuente es la laceración del cuello uterino, por lo cual se colocan valvas. La conducta terapéutica es la sutura (traquelorrafia). Si la puérpera presenta palidez asociada a sensación de bulto, se debe descartar un hematoma vulvovaginal. Los desgarros perineales se clasifican en:

- Grado I: afecta a la piel (mucosa vaginal)
- Grado II: lesión de los músculos del cuerpo perineal.
- Grado III: lesión del esfínter anal: IIIA: < 50% esfínter anal externo;

IIIB: > 50% esfínter anal externo; IIIC: afecta al esfínter anal externo e interno

- Grado IV: lesión del esfínter anal y de la mucosa rectal.

c. Retención de restos placentarios

Es la causa más frecuente de hemorragia posparto tardía (>24 horas). En casos de acretismo placentario, se presenta un alumbramiento prolongado y la conducta será histerectomía. En casos de placenta succenturiata y restos placentarios, se indican primero oxitócicos y posteriormente en casos refractarios legrado uterino (42).

2.2.12. Adaptación del recién nacido

Este proceso es una adaptación muy especializada en la cual el nuevo ser deja la etapa fetal para exponerse a la vida extrauterina. Estos eventos fueron estudiados allá por el año 1966 por Desmond, quien propuso que existen tres periodos de adaptación. El primer periodo conocido también como el primer periodo de reactividad que ocurre aproximadamente en los primeros 15 a 30 minutos caracterizado por una taquicardia de hasta 180 latidos por minutos, una respiración de 60-80 por minuto e incluso irregular con cierta retracción costal y aleteo nasal, con mucus y secreciones en la boca, y su temperatura corporal siempre descende.

El segundo periodo, conocido también como el periodo de poca respuesta o respuesta disminuida, va desde los 15 o 30 minutos hasta aproximadamente 2 horas, se caracteriza por disminución de los

parámetros respiratorios y cardiacos, el recién nacido se ve más tranquilo y con tendencia a dormirse. Después, aparece el tercer periodo, conocido también como el segundo periodo de reactividad, a partir de las 2 horas, donde el recién nacido se ve más activo y alerta, nuevamente con secreciones y mucus en la boca (a veces puede vomitar), se encuentra muy reactivo a los estímulos, hay ruidos intestinales y elimina meconio. Durante esta transición se requiere un control frecuente cada 30 minutos o una hora de la temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia y características de la respiración, el color, el tono y la actividad, para de esa manera verificar que se mantiene en rangos aceptables (42).

2.2.13. Clasificación del recién nacido

- A. Según el peso: Macrosómico (>4000 gramos), peso normal (2500-3999 gramos), bajo peso (1500-2499 gramos), muy bajo peso (1000-1499 gramos), extremadamente bajo peso (<1000 gramos).
- B. Según la EG: Extremadamente prematuro (<28ss), muy prematuro (<32ss), prematuro moderado (32-34ss), prematuro tardío (34-36 6/7), a término (37-41 6/7), postérmino (>42ss).
- C. Según la relación Peso/EG: En base a la curva de Lubchenco pueden ser PEG (<P10), AEG (P10 - P90), GEG (>P90) (42).

2.2.14. Definiciones operativas de mortalidad perinatal y neonatal

Tabla 1. Definiciones operativas de caso para Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía (43)

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso confirmado por clínica	<p>Muerte perinatal: es la muerte que ocurre en el periodo comprendido a partir de las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento.</p> <p>Muerte neonatal: es la muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida. Esta a su vez se divide en:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Muertes neonatales tempranas: ocurren durante los primeros 7 días de vida (0-6 días)2. Muertes neonatales tardías: ocurren después de los 7 días hasta el día 28 de vida (7-28 días).
Caso descartado	<p>Ajuste 6: caso que no cumple con definición operativa después de realizar análisis individual.</p> <p>Ajuste D: caso con error de digitación en el número de documento de la madre en datos básicos</p>
Ajustes	<p>Ajuste 7: ajuste en variables para garantizar completitud y calidad del dato.</p>

Fuente: Organización Mundial de la Salud. International statistical clasificación of diseases and related health problems CIE 10: manual de instrucción. 10ma revisión. Edita OMS. Genova –Suiza. 2011; 2: 152

2.2.15. Patologías fetales y neonatales

A. Restricción del crecimiento uterino

La restricción del crecimiento intrauterino se define como la falla para alcanzar el potencial de crecimiento programado o esperado. Esta definición es la más exacta ya que existen fetos con RCIU con un peso mayor al p10 y que pueden tener consecuencias graves para el feto. Existen dos grupos de fetos pequeños: los RCIU que presentan alto

riesgo de óbito y deterioro intrauterino y los constitucionales los cuales presentan un pronóstico perinatal similar a aquellos fetos con crecimiento normal.

B. Dificultad respiratoria del recién nacido

La dificultad respiratoria en el recién nacido comprende a un amplio grupo de patologías que pueden expresarse de esa manera, sin embargo, las más frecuentes son la Enfermedad de Membrana Hialina (EMH), Taquipnea Transitoria del RN (TTRN) y el Síndrome de Aspiración de Líquido Amniótico Meconial (SALAM). Para determinar el grado de dificultad respiratoria se usa el Score de Silverman-Anderson, con el puntaje de este score se determina si la dificultad es leve (1-3 puntos), moderado (4-6 puntos) o severo (7-10 puntos) (42).

C. Taquipnea transitoria del recién nacido

Conocido como SDR tipo II o Síndrome de Pulmón Húmedo, se trata de un retraso en la reabsorción del líquido pulmonar contenido en este, teniendo al final un edema pulmonar. Es la causa más frecuente de dificultad respiratoria en recién nacidos. Sus factores de riesgo son producto de cesárea sin trabajo de parto, parto precipitado, pretérmino tardío y a término, mamá con diabetes, mamá con asma bronquial. La clínica cardinal de la TTRN es la taquipnea desde el nacimiento y dentro de las dos horas posteriores al parto, así como cianosis, tirajes, aleteo

nasal y quejido, el diámetro anteroposterior puede aumentar, MV generalmente pasa bien, suelen ser leves a moderado y resolverse en las primeras 12 a 24h, y en casos graves hasta 72 horas, no suelen requerir FiO₂ >40% (42).

D. Síndrome de aspiración de líquido amniótico meconial (SALAM)

Es una dificultad respiratoria en un RN teñido de meconio por la aspiración de este a la vía aérea terminal, sin otra causa que lo justifique. El SALAM se suele presentar en 2-10% de los RN con LAM. Tanto el RN con LAM y SALAM es más frecuente en postmaduros y PEG, la asfixia intraparto aumenta el riesgo, así como la preeclampsia. La fisiopatología del SALAM se basa en tres pilares: la obstrucción, la inflamación química/infecciosa y la inactivación del surfactante; además un evento que ocurre en el SALAM grave es la HPPRN (Hipertensión pulmonar persistente del recién nacido) (42).

E. Neumonía neonatal

La neumonía causa importante de morbimortalidad neonatal, tanto en el RN a término como en el pretérmino. Las neumonías perinatales pueden ser de tres tipos, que tienen una etiología y un mecanismo de transmisión diferentes: La neumonía puede ser adquirido en el útero, durante el parto (perinatal), o post-parto.

- Neumonías de transmisión vertical: Adquirida por vía transplacentaria por virus (rubéola, citomegalovirus, varicela-zoster, herpes simple, VIH, adenovirus, enterovirus, etc.) y por algunas bacterias (*L. monocytogenes*, *M. tuberculosis*, *T. Pallidum*).
- Neumonías por vía ascendente o durante el parto: como ocurre con el estreptococo b-hemolítico del grupo B (EGB), enterobacterias gramnegativas (*E. coli*, *Klebsiella*,) y algunas bacterias atípicas (*C. trachomatis*, *U. urealiticum*), aunque estas últimas pueden ser más tardías.
- Neumonías de transmisión horizontal/ nosocomial: algunas adquiridas en el hogar de etiología viral (virus sincicial respiratorio, influenza, para influenza) o intrahospitalarias (IAAS) bacteriana (*Klebsiella*, *serratia*, *Pseudomonas*, *Proteus*, *S. aureus*, *S. epidermidis*) y con frecuencia creciente fúngica (*C. albicans*, *parapsilosis*, *C. tropicalis*).

El neonato está más susceptible a la neumonía por la inmadurez del sistema mucociliar y la disminución de las defensas del huésped, los procedimientos invasivos como la intubación traqueal y la ventilación mecánica (42).

F. Asfixia perinatal

La asfixia perinatal es una agresión producida al feto o al recién nacido alrededor del momento del nacimiento por la falta de oxígeno y/o de una perfusión tisular adecuada, por lo tanto, afecta a toda la economía del recién nacido, especialmente el sistema nervioso central (encefalopatía hipóxica isquémica - EHI). Las causas para que se presente pueden ser: intraparto (56-80%), preparto (4-20%) y postparto (10%). Clásicamente se le puede clasificar según el puntaje de APGAR al minuto 0-3 (severa) y 4-6 (moderada). La asfixia se caracteriza por una triada bioquímica de hipoxia, hipercapnia y acidosis metabólica/mixta que se agravan según pasa el tiempo (42).

G. Ictericia neonatal

La ictericia es un signo clínico de coloración amarilla en la piel y mucosas. La ictericia puede deberse a una elevación de bilirrubinas en sangre ($BT > 5 \text{ mg/dl}$ en neonatos), que puede ser a predominio indirecto o directo. La hiperbilirrubinemia se puede definir como la elevación de bilirrubina total por encima del percentil 95 de acuerdo a la edad postnatal. Antes de continuar, es importante recordar los pasos en la formación y metabolismo de las bilirrubinas para poder entenderlo mejor (42).

H. Sepsis neonatal

Se debe tener en cuenta que todo RN tiene probabilidades para desarrollar infecciones importantes incluyendo la sepsis neonatal y la meningitis, debido a que el sistema inmunológico del RN aún es inmaduro para poder batallar contra una infección, por ello es que la atención y cuidados del RN deben ser con total asepsia y antisepsia. Existen términos que podemos utilizar para catalogar el riesgo y la presencia de sepsis, como son: sospecha de sepsis (cuando solo tiene factores de riesgo), sepsis probable (tiene clínica de sepsis o exámenes tributarios de sepsis), sepsis confirmada (cuando tiene hemocultivo positivo). Otra manera de clasificar a la sepsis neonatal es en Temprana (<72h de vida) y Tardía (>72h de vida). Las vías de transmisión por las que puede acceder un microorganismo al RN pueden ser intrauterina, ascendente (la vía principal), o intra/extrahospitalaria. De los microorganismos que se destacan son en primer puesto *Streptococcus* beta hemolítico del Grupo B (también llamada *S. agalactiae*) y en segundo puesto *Escherichia coli*. La presentación clínica de la sepsis neonatal es muy variada e inespecífica (42).

2.2.16. Muerte materna

La mortalidad materna se define como la muerte de la mujer mientras está embarazada, durante el parto o hasta los 42 días (6 semanas) del posparto. Las mujeres del área rural tienen una probabilidad dos veces

mayor de mortalidad que la urbana. Respecto a la etiología, la triada responsable de la mayoría de las muertes maternas a nivel mundial, está conformada por: Hemorragia, hipertensión, infección. El 80 % es por causa directa producto de complicaciones obstétricas como la atonía uterina. En la zona rural, destaca la hemorragia; en la zona urbana y hospitales de ESSALUD, la preeclampsia. Actualmente, la hemorragia se considera como primera causa de muerte materna (Centro Nacional de Epidemiología 2021-MINSA), seguido por los trastornos hipertensivos (preeclampsia) (42).

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- a) Característica: Dicho de una cualidad: Que da carácter o sirve para distinguir a alguien o algo de sus semejantes (44).
- b) Perinatal: Período entre las 22 semanas de gestación (154 días) hasta el término de las primeras 4 semanas de vida neonatal (28 días).
- c) Paridad: Estado de haber tenido un hijo o haber parido (45).
- d) Parto: Es la expulsión o extracción fuera del útero del producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso, más los anexos (placenta, cordón umbilical y membranas) (46).

- e) Primigesta: Mujer que sólo ha estado embarazada una vez. Sinónimo de primigrávida.
- f) Primípara: Mujer que ha completado una gestación hasta el estado de viabilidad fetal, independientemente de si se trata de un parto simple o múltiple y de si el feto está o no vivo (45).
- g) Edad materna avanzada: La edad materna avanzada (EMA o AMA en inglés), históricamente se definió como la edad de la madre igual o mayor a 35 años (47).
- h) Distrito de procedencia: Distrito consignado en la historia clínica.
- i) Grado de instrucción: nivel alcanzado en el sistema educativo.
- j) Ocupación: actividad que realiza y que le genera ingresos personales.
- k) Estado civil: situación legal registrado en el sistema informático perinatal.
- l) Antecedente de aborto: número de abortos previos a la presente gestación.
- m) Estado nutricional pre gestacional (IMC): relación peso talla 3 meses antes de la presente gestación.
- n) Antecedentes patológicos personales: patologías de las gestantes previas a este embarazo.
- o) Antecedentes patológicos familiares: patologías de padres y/o hermanos.
- p) Control prenatal: número de controles prenatales
- q) Edad gestacional al primer CPN: número de semanas cumplidas al momento del primer CPN

- r) Inicio de parto: Condiciones determinantes para desencadenantes el parto.
- s) Tipo de parto: vía de culminación del parto.
- t) Presentación fetal: parte fetal ofrecida a la pelvis materna en el parto.
- u) Patología materna: cualquier patología que surge durante el embarazo con diagnóstico médico.
- v) Peso al nacer: peso del recién nacido expresado en gramos.
- w) Edad gestacional: número de semanas cumplidas por el feto al momento del parto.
- x) Relación peso edad gestacional: relación del peso al nacer y la edad gestacional al momento del nacimiento por Capurro.
- y) Apgar al minuto: valoración de 5 parámetros al minuto de nacido.
- z) Apgar a los 5 minutos: valoración de 5 parámetros a los 5 minutos de nacido.
- aa) Patología neonatal: enfermedades o complicaciones del recién nacido.
- bb) Muerte perinatal: muerte producida en el vientre materno o después del parto.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

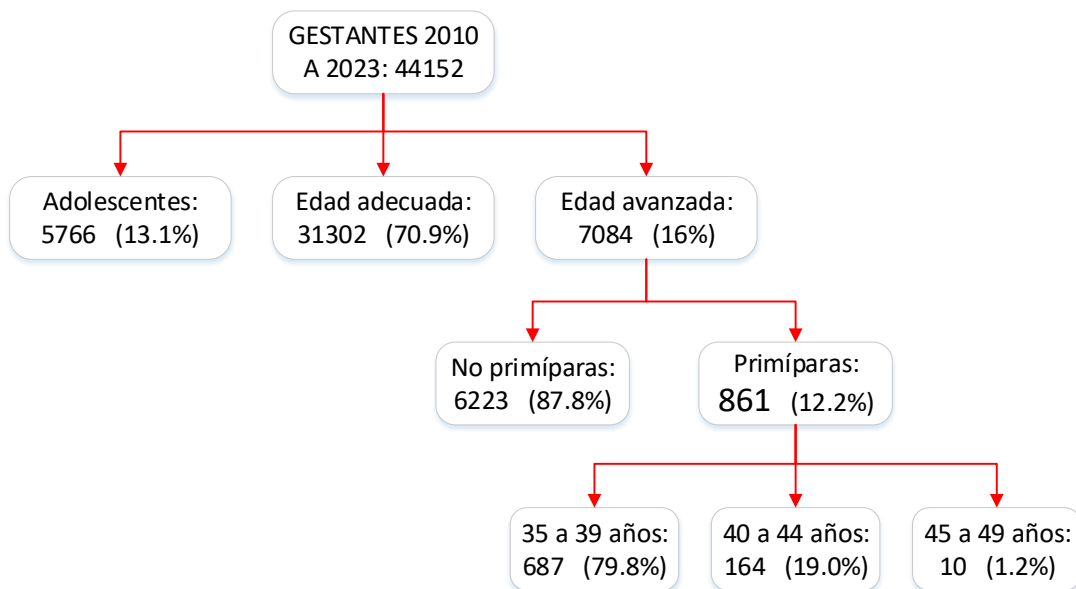
3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Observacional, descriptivo, retrospectivo.

3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

3.2.1. Población

Todas las primíparas de 35 años a más que atendieron su parto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre 2010 a 2023.



3.3. VARIABLES

3.3.1. Identificación de variables

a) Variables de caracterización

Características sociales

- Distrito de procedencia
- Grado de instrucción
- Ocupación
- Estado civil

Características o antecedentes gineco obstétricos.

- Antecedente de aborto
- Estado nutricional pre gestacional (IMC)
- Antecedentes patológicos personales
- Antecedentes patológicos familiares

b) **Variable 1:** Características maternas.

- Control prenatal
- Inicio de parto
- Tipo de parto
- Presentación fetal
- Patología materna

c) **Variable 2:** Características perinatales.

- Peso al nacer
- Edad gestacional
- Relación peso edad gestacional
- Apgar al minuto
- Apgar a los 5 minutos
- Patología neonatal
- Muerte perinatal

3.3.2. Operacionalización de variables

	Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
Características socio demográficas	Distrito de procedencia	Distrito consignado en la historia clínica	Categórica	Nominal	Tacna GAL Alto de la Alianza Ciudad Nueva Pocollay Calana Palca Otro
	Grado de instrucción	Nivel alcanzado en el sistema educativo	Categórica	Ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Superior
	Ocupación	Actividad que realiza y que le genera ingresos personales	Categórica	Nominal	Su casa Independiente Dependiente Profesional Estudiante Otro
	Estado civil	Situación legal registrado en el Sistema Informático	Categórica	Nominal	Soltera Casada Conviviente
Características o antecedentes gineco obstétricos	Antecedente de aborto	Número de abortos previos a la presente gestación	Cuantitativa	De razón	Ninguno 1 aborto 2 abortos 3 a más
	Estado nutricional pre gestacional (IMC)	Relación peso talla 3 meses antes de la presente gestación	Categórica	Ordinal	Desnutrida Normopeso Sobrepeso Obesidad
	Antecedentes patológicos personales	Patologías de las gestantes previas a este embarazo	Categórica	Nominal	Aborto habitual Tuberculosis Infertilidad Diabetes mellitus 2 Hipertensión arterial Cardiopatía

	Antecedentes patológicos familiares	Patologías de padres y/o hermanos	Categórica	Nominal	Diabetes mellitus 2 Hipertensión arterial Neoplasias Embarazo múltiple Tuberculosis
Características maternas	Control prenatal	Número de controles prenatales	Categórica	Ordinal	Sin CPN CPN inadecuado CPN adecuado
	Inicio de parto	Condiciones determinantes para desencadenar el parto	Categórica	Nominal	Espontaneo Inducido Cesárea electiva
	Tipo de parto	Vía de culminación del parto	Categórica	Nominal	Vaginal Cesárea
	Presentación fetal	Parte fetal ofrecida a la pelvis materna	Categórica	Nominal	Cefálica Podálica Transversa
	Patología materna	Cualquier patología que surge durante el embarazo con diagnostico medico	Categórica	Nominal	Anemia Infecciones Alteraciones del LA Enfermedad hipertensiva del embarazo Amenaza de parto prematuro Retardo crecimiento intra uterino Ruptura prematura de membranas Amenaza de aborto Hemorragias de la segunda mitad Embarazo múltiple Diabetes mellitus Hipertensión pre existente Hiperemésis gravídica Cardiopatía Hemorragia puerperal Desgarros del canal del parto - Endometritis puerperal

Características perinatales	Peso al nacer	Peso del recién nacido expresado en gramos	Catagórica	Ordinal	500 a 1499 gramos 1500 a 2499 gramos 2500 a 3999 gramos 4000 a más gramos
	Edad gestacional	Numero de semanas calculado por FUM	Catagórica	Ordinal	22 a 27 semanas 28 a 36 semanas 37 a 41 semanas 42 semanas a mas
	Relación peso edad gestacional	Relación del peso al nacer y la edad gestacional al momento del nacimiento	Catagórica	Ordinal	PEG (pequeño para edad gestacional) AEG (adecuado para edad gestacional) GEG (grande para edad gestacional)
	Apgar al minuto	Valoración de 5 parámetros al minuto de nacido	Catagórica	Ordinal	< 4 4 - 6 7 a 10
	Apgar a los 5 minutos	Valoración de 5 parámetros a 5 minutos de nacido	Catagórica	Ordinal	< 4 4 - 6 7 a 10
	Patología neonatal	Enfermedad o complicación en recién nacido	Catagórica	Nominal	- Hiperbilirrubinemia - Infecciones - Alteraciones hidro electrolíticas - Síndrome de dificultad respiratoria - Malformaciones congénitas - Traumatismos al nacer - Hipoglicemia - Asfixia al nacer - Afecciones a piel
	Muerte perinatal	Muerte producida en el útero después del parto	Catagórica	Nominal	No Muerte fetal Muerte neonatal

(*) La condición de conviviente no es un estado civil, sin embargo, es la manera como se emiten los reportes del Sistema Informático Perinatal.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Técnica

Para ambas variables se realizará análisis documental del sistema informático perinatal (SIP).

3.4.2. Instrumento

Se utilizará como instrumento la historia clínica materna perinatal (HCMP) que se encuentra en el Sistema Informático Perinatal (SIP) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

3.5. TRATAMIENTO DE DATOS

Inicialmente, solicité a la Dirección del Hospital Hipólito Unanue de Tacna el permiso y acceso a la información del Sistema Informático Perinatal (SIP). Se obtuvieron datos cualitativos y cuantitativos del software mediante reportes generados a solicitud del interesado.

La información estadística recepcionada en frecuencias y porcentajes, fue plasmada en tablas y figuras, que posteriormente describí, analicé, comparé y discutí.

Expresé las variables categóricas con frecuencias y porcentajes, gráfico de barras y/o sectores.

Para observar el comportamiento de las variables de estudio utilicé valores porcentuales que me permitieron observar el comportamiento de las variables.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

Se presentó el proyecto a un comité de ética para la investigación para su aprobación y entrega de credencial respectiva.

No se consideró consentimiento informado, puesto que la información provenía de una base de datos institucional (SIP).

Se consideró la confidencialidad y privacidad, pues en ningún momento se expuso la identidad de las pacientes, el procesamiento de tablas del SIP, no contemplo la identificación de las gestantes del estudio.

En mi calidad de autor, declaro que no existió ningún conflicto de interés que pueda influir en la objetividad de la investigación, ni financieras, ni personales, ni institucionales.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente trabajo de investigación, se estudió a las pacientes gestantes primíparas de 35 años a más y a sus productos que fueron atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo comprendido del 2010 a 2023.

4.1. RESULTADOS

El estudio abarcó un periodo de 14 años, en los que se atendieron a un total de 44152 partos, de estos 5766 fueron adolescentes, 31302 fueron gestantes de edad adecuada y 7084 fueron gestantes de 35 años a más.

De las 7084 gestantes de 35 años a mas, 6223 fueron no primíparas y 861 fueron gestantes primíparas.

En estas gestantes primíparas de 35 años a más se estudiaron las características socio demográficas, los antecedentes gineco obstétricos, las características maternas, y las características perinatales

CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS

TABLA N° 1
PRIMÍPARAS DE 35 AÑOS A MÁS SEGÚN GRUPO ETAREO ATENDIDAS
POR PARTO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A
2023

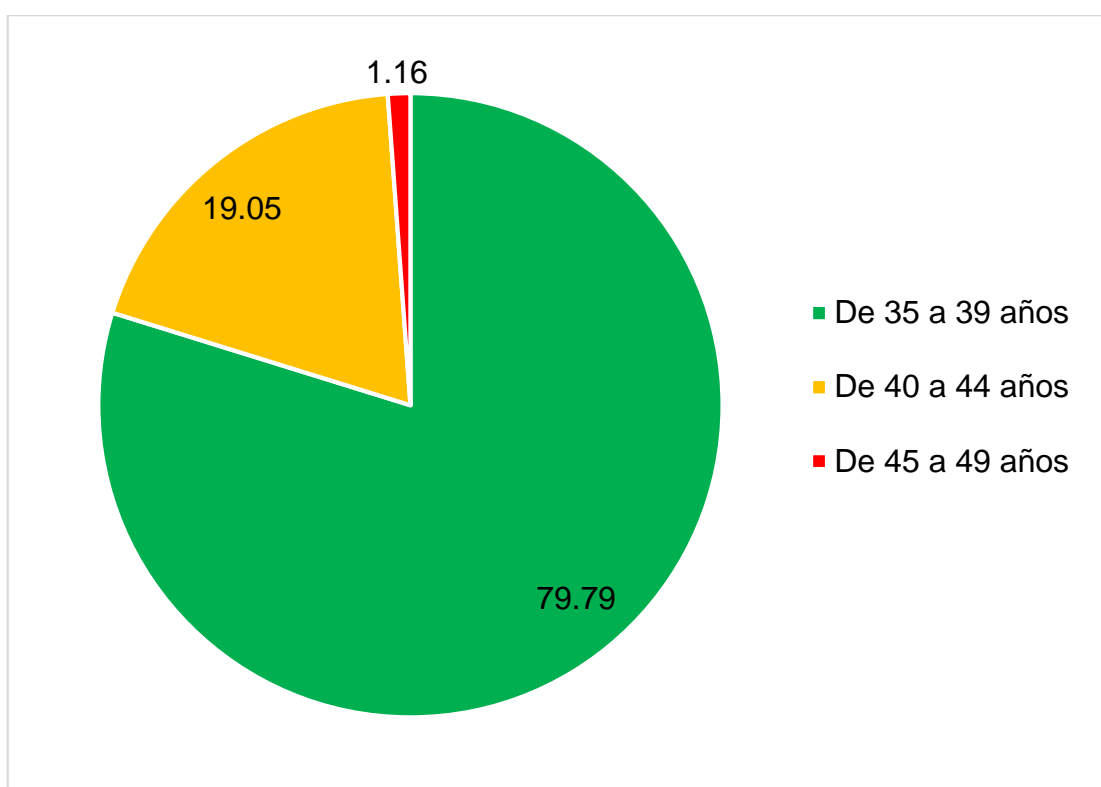
GRUPO ETARIO	Fcia	%
De 35 a 39 años	687	79.79
De 40 a 44 años	164	19.05
De 45 a 49 años	10	1.16
TOTAL	861	100.00

Fuente: Sistema Informático Perinatal. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Interpretación:

En la tabla 01, se detalla el número total de primíparas según grupo etáreo atendidas por parto (vaginal y cesárea) en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna desde el año 2010 hasta 2023 que asciende a 861 partos. Considerando primíparas de 35 a 39 años se tuvo 687 partos (79.79%), de 40 a 44 años 164 partos (19.05), y de 45 a 49 años 10 partos (1.16%).

GRÁFICO N° 1
PRIMÍPARAS DE 35 AÑOS A MÁS SEGÚN GRUPO ETAREO ATENDIDAS
POR PARTO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A
2023



Fuente: Tabla N° 01

TABLA N° 2
FRECUENCIA DE TOTAL DE PARTOS, DE 35 AÑOS A MAS Y DE
PRIMIPARAS DE 35 AÑOS A MÁS, SEGÚN AÑO EN EL H. H. UNANUE DE
TACNA DE 2010 A 2023

AÑO	TOTAL PARTOS		TOTAL ≥ 35		PRIMIPARAS ≥ 35	
	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%
2010	3544	8.0	433	6.1	46	5.3
2011	3399	7.7	398	5.6	56	6.5
2012	3528	8.0	483	6.8	47	5.5
2013	3538	8.0	499	7.0	44	5.1
2014	3306	7.5	510	7.2	52	6.0
2015	3509	7.9	542	7.7	62	7.2
2016	3411	7.7	553	7.8	67	7.8
2017	3519	8.0	539	7.6	48	5.6
2018	3360	7.6	579	8.2	73	8.5
2019	3218	7.3	584	8.2	61	7.1
2020	2800	6.3	500	7.1	81	9.4
2021	2221	5.0	438	6.2	67	7.8
2022	2463	5.6	488	6.9	82	9.5
2023	2336	5.3	538	7.6	75	8.7
TOTAL	44152	100.0	7084	100.0	861	100.0

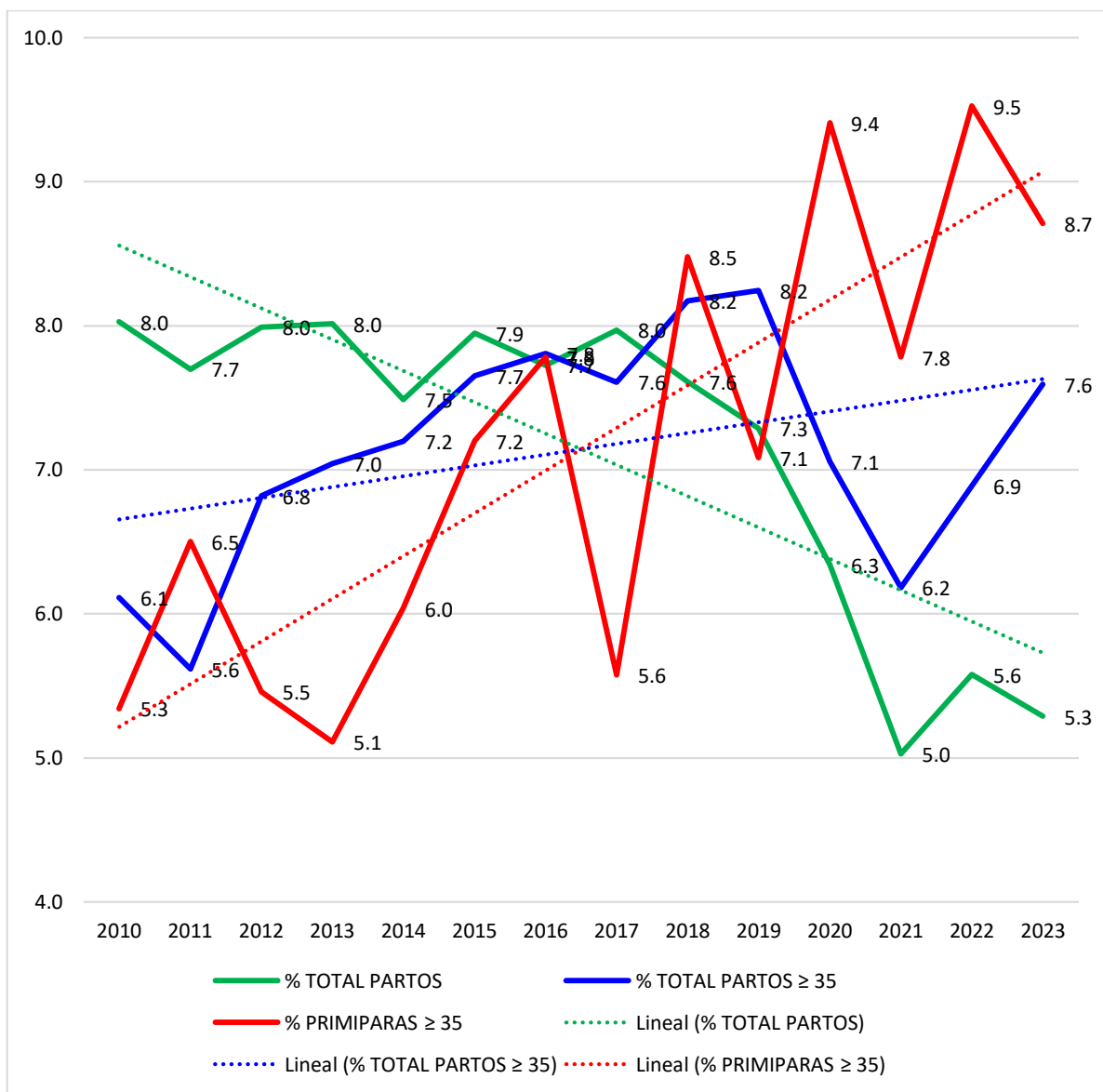
Fuente: Sistema Informático Perinatal. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Interpretación:

En la tabla 02, se observa el número de parto por año, desde 2010 hasta 2023. El número de partos de gestantes de 35 años a más se ha ido incrementando levemente año a año, lo cual se corrobora con la línea de tendencia (ver gráfico 2); sin embargo, el valor porcentual de los partos en gestantes de 35 años a más se ha ido incrementando paulatinamente.

Esta tabla nos brinda el número total de partos en general desde el año 2010 al 2023, asimismo, el número total de partos en pacientes de 35 años a mas, y por último el número total de partos de pacientes primíparas de 35 años a más. Las tendencias se analizan en el grafico 2 y nos muestran que el número de partos disminuye año a año y el número de partos en pacientes de 35 años a mas presenta incremento positivo y por último la tendencia de partos en primíparas de 35 años a mas presenta una línea de tendencia más positiva aun o con tendencia más marcada.

GRÁFICO N° 2
FRECUENCIA DE TOTAL DE PARTOS, DE 35 AÑOS A MAS Y DE
PRIMIPARAS DE 35 AÑOS A MÁS, SEGÚN AÑO EN EL H. H. UNANUE DE
TACNA DE 2010 A 2023



Fuente: Tabla N° 02

TABLA N° 3**PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS, DE 40 A 49 AÑOS, Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023**

AÑO	35-39		40-44		45-49		TOTAL	
	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%
2010	36	78.26	10	21.74	0	0.00	46	5.34
2011	47	83.93	8	14.29	1	1.79	56	6.50
2012	40	85.11	7	14.89	0	0.00	47	5.46
2013	41	93.18	3	6.82	0	0.00	44	5.11
2014	44	84.62	8	15.38	0	0.00	52	6.04
2015	54	87.10	8	12.90	0	0.00	62	7.20
2016	53	79.10	12	17.91	2	2.99	67	7.78
2017	35	72.92	12	25.00	1	2.08	48	5.57
2018	59	80.82	14	19.18	0	0.00	73	8.48
2019	49	80.33	12	19.67	0	0.00	61	7.08
2020	54	66.67	24	29.63	3	3.70	81	9.41
2021	57	85.07	9	13.43	1	1.49	67	7.78
2022	59	71.95	23	28.05	0	0.00	82	9.52
2023	59	78.67	14	18.67	2	2.67	75	8.71
TOTAL	687	79.79	164	19.05	10	1.16	861	100

Fuente: Sistema Informático Perinatal. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

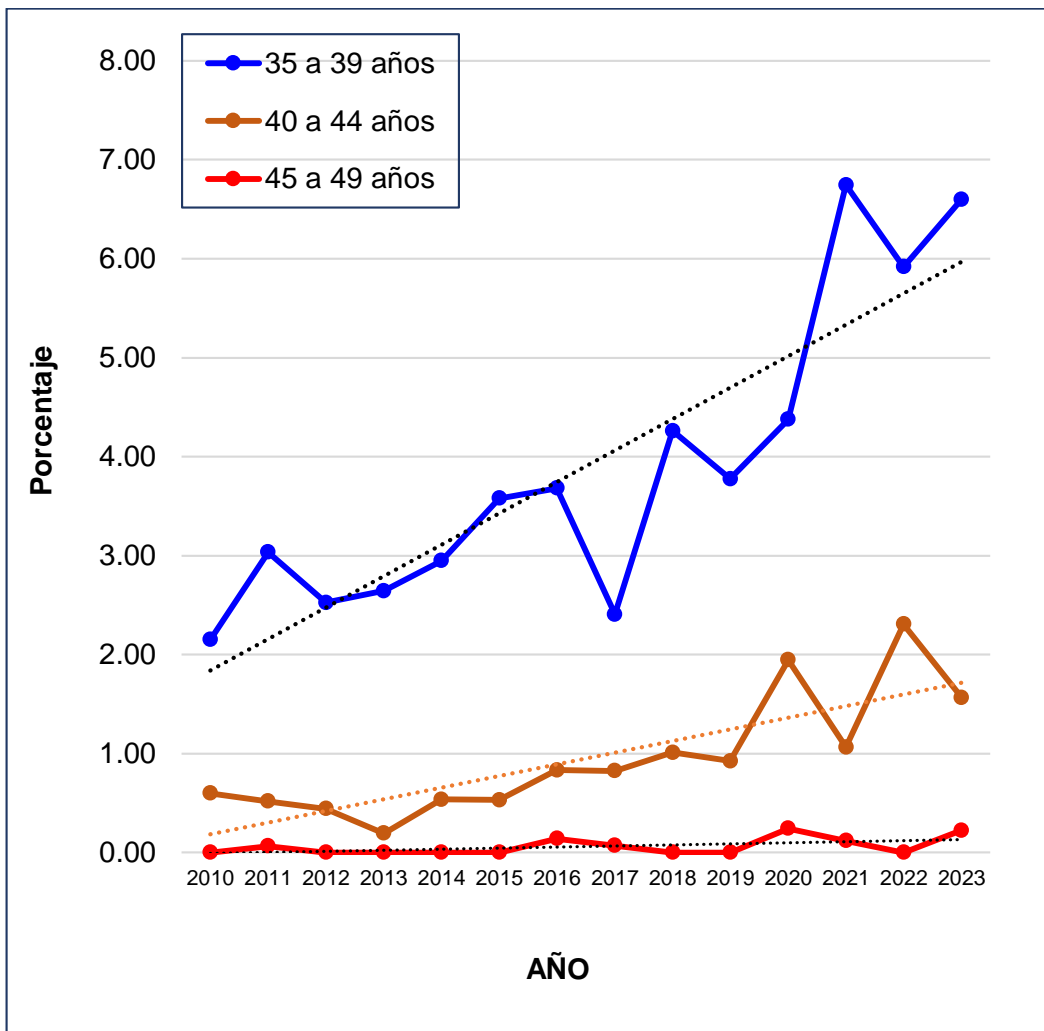
Interpretación:

En la tabla 03, se observa el número de partos de primíparas desde el año 2010 a 2023 según grupo etáreo de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años.

El valor numérico y porcentual de primíparas de 35 a 39 años se viene incrementando año a año (ver tendencia en grafico 3 línea color azul); el valor numérico y porcentual de primíparas de 40 a 44 años también se vienen incrementando año a año pero con menor intensidad (ver tendencia en grafico 3 línea color marrón); y el valor numérico y porcentual de primíparas de 45 a 49 años también se vienen incrementando año a año pero con mucho menor intensidad (ver tendencia en grafico 3 línea color rojo). Al comparar las 3 líneas de tendencia, sobresale el grupo etáreo de 35 a 39 años sobre el grupo etáreo de 40 a 44 años y sobre el grupo etáreo de 45 a 49 años, con una línea de tendencia que se hace vertical. Asimismo, al observar el total de partos de primíparas de 35 a 49 años, se observa que la frecuencia aumenta al igual que el valor porcentual en ese mismo lapso de tiempo.

GRÁFICO N° 3

PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS, DE 40 A 49 AÑOS, Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023



Fuente: Tabla N° 03.

TABLA N° 4

**DISTRITO DE PROCEDENCIA Y PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS,
DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA DE 2010 A 2023**

DISTRITO PROCEDENCIA	35 a 39 años		40 a 44 años		45 a 49 años		TOTAL	
	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%
Tacna	379	55.17	93	56.71	5	50.00	477	55.40
Gregorio Albarracín	183	26.64	43	26.22	2	20.00	228	26.48
Alto Alianza	50	7.28	11	6.71	2	20.00	63	7.32
Ciudad Nueva	48	6.99	10	6.10	0	0.00	58	6.74
Pocollay	8	1.16	3	1.83	1	10.00	12	1.39
Calana	4	0.58	1	0.61	0	0.00	5	0.58
Palca	0	0.00	1	0.61	0	0.00	1	0.12
Otra	15	2.18	2	1.22	0	0.00	17	1.97
TOTAL	687	100.00	164	100.00	10	100.00	861	100.00

Fuente: Sistema Informático Perinatal. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Interpretación:

En la tabla 04, observa el distrito de procedencia según grupo etáreo de 35 a 39 años, de 40 a 44 años, y de 45 a 49 años.

Al considerar primíparas de 35 a 39 años, se observa que provienen del distrito de Tacna (55.17%), seguido de Gregorio Albarracín (26.64%), Alto Alianza (7.28%), Ciudad Nueva (6.99%), Pocollay (1.16%), Calana (0.58%), Palca (0.0%), y otros (2.18%).

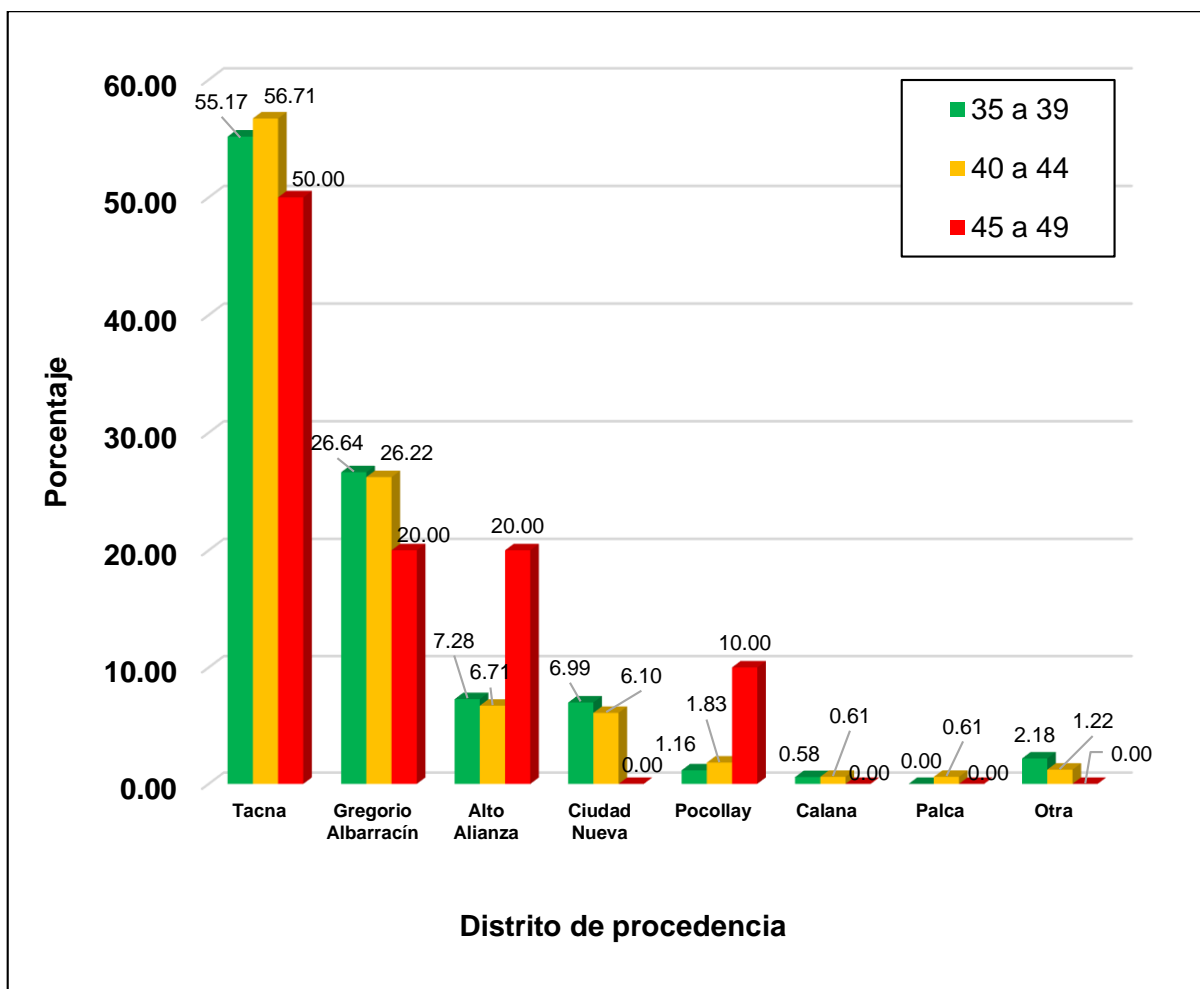
Al considerar primíparas de 40 a 44 años, se observa que provienen del distrito de Tacna (56.71%), seguido de Gregorio Albarracín (26.22%), Alto Alianza (6.71%), Ciudad Nueva (6.10%), Pocollay (1.83%), Calana (0.61%), Palca (0.61%), y otros (1.22%).

Al considerar primíparas de 45 a 49 años, se observa que provienen del distrito de Tacna (50.00%), seguido de Gregorio Albarracín (20.00%), Alto Alianza (20.00%), y Pocollay (10.00%). No se registraron gestantes primíparas en los distritos de Ciudad Nueva, Calana, Palca, ni en otros distritos.

Asimismo, al considerar el total de primíparas de 35 a 49 años, se observa que provienen del distrito de Tacna (55.40%), seguido de Gregorio Albarracín (26.48%), Alto Alianza (7.32%), Ciudad Nueva (6.74%), Pocollay (1.39%), Calana (0.58%), Palca (0.12%), y otros (1.97%).

GRÁFICO N° 4

DISTRITO DE PROCEDENCIA Y PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023



Fuente: Tabla N° 4.

TABLA N° 5

**GRADO DE INSTRUCCIÓN Y PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS,
DE 40 A 49 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA DE 2010 A 2023**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	35 a 39 años		40 a 44 años		45 a 49 años		TOTAL	
	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%
Analfabeta	1	0.15	0	0.00	0	0.00	1	0.12
Primaria	24	3.49	26	15.85	0	0.00	50	5.81
Secundaria	379	55.17	89	54.27	5	50.00	473	54.94
Superior	283	41.19	49	29.88	5	50.00	337	39.14
TOTAL	687	100.00	164	100.00	10	100.00	861	100.00

Fuente: Sistema Informático Perinatal. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Interpretación:

En la tabla 05, se observa el grado de instrucción y los partos en primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años.

En primíparas de 35 a 39 años, se observa que el grado de instrucción secundaria (55.17%) fue el más frecuente, seguido de superior (41.19%), primaria (3.49%), y analfabeta (0.15%).

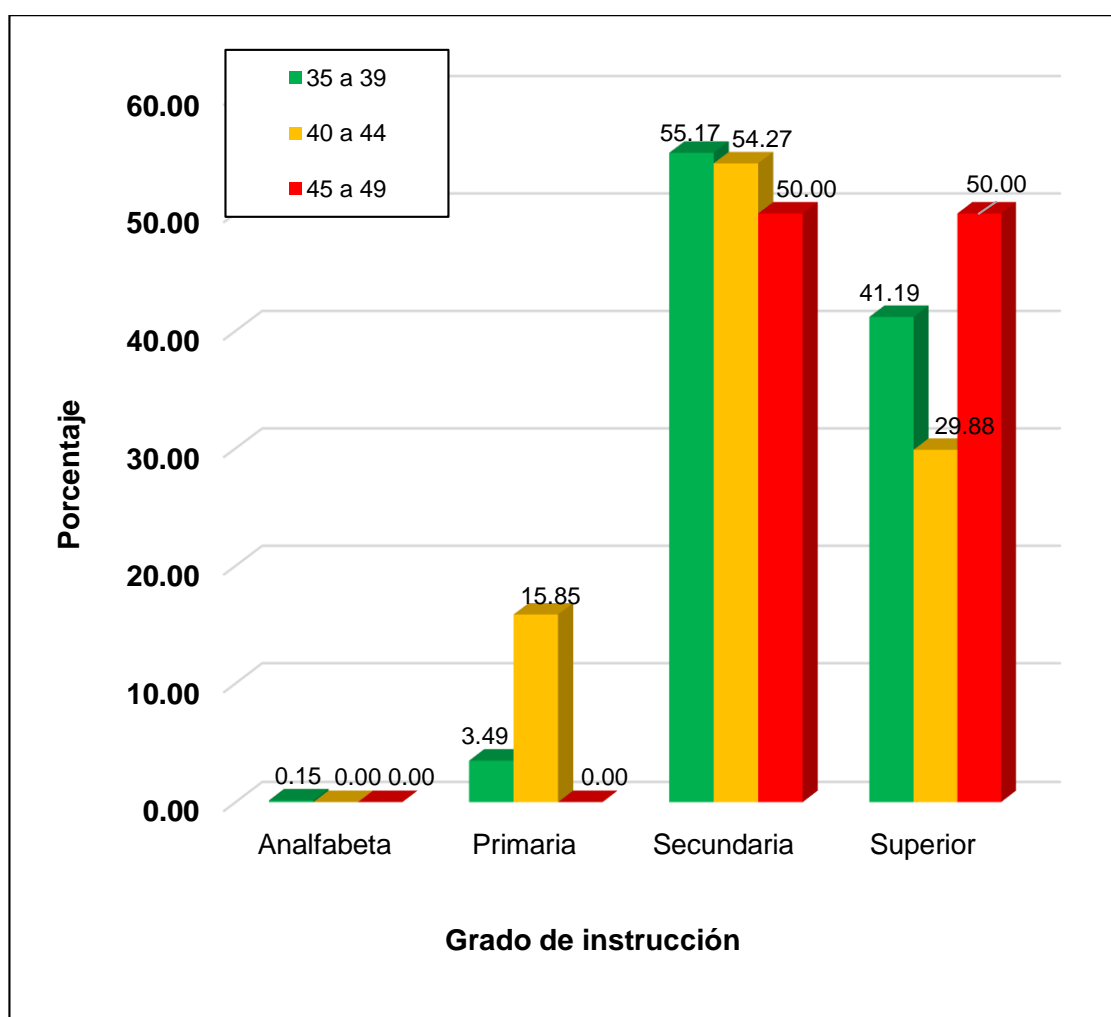
En primíparas de 40 a 44 años, el grado de instrucción más frecuente fue secundaria (54.27%), seguido de superior (29.88%), primaria (15.85%), y analfabeta (0.00%).

Y en primíparas de 45 a 49 años, el grado de instrucción más frecuente fue secundaria (50.00%), y superior (50.00%), no se registraron partos en gestantes primíparas con nivel de instrucción primaria o analfabeta.

Asimismo, en primíparas de 35 a 49 años, el nivel de instrucción más frecuente es secundaria (54.94%), seguido de superior (39.14%), primaria (5.81%), y analfabeta (0.12%).

GRÁFICO N° 5

GRADO DE INSTRUCCIÓN Y PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS,
DE 40 A 49 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA DE 2010 A 2023



Fuente: Tabla N° 05.

TABLA N° 6

OCUPACION Y PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023

OCUPACION	35 a 39 años		40 a 44 años		45 a 49 años		TOTAL	
	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%
Ama de casa	432	62.88	112	68.29	5	50.00	549	63.76
Independiente	114	16.59	26	15.85	2	20.00	142	16.49
Dependiente	71	10.33	12	7.32	0	0.00	83	9.64
Profesional	49	7.13	7	4.27	3	30.00	59	6.85
Estudiante	12	1.75	0	0.00	0	0.00	12	1.39
Otro	9	1.31	7	4.27	0	0.00	16	1.86
TOTAL	687	100.00	164	100.00	10	100.00	861	100.00

Fuente: Sistema Informático Perinatal. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Interpretación:

En la tabla 06, se observa la ocupación y el número de partos en primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años.

En primíparas de 35 a 39 años, la ocupación más frecuente fue ama de casa (62.88%), seguido de independiente (16.59%), dependiente (10.33%), profesional (7.13%), estudiante (1.75%), y otros (1.31%).

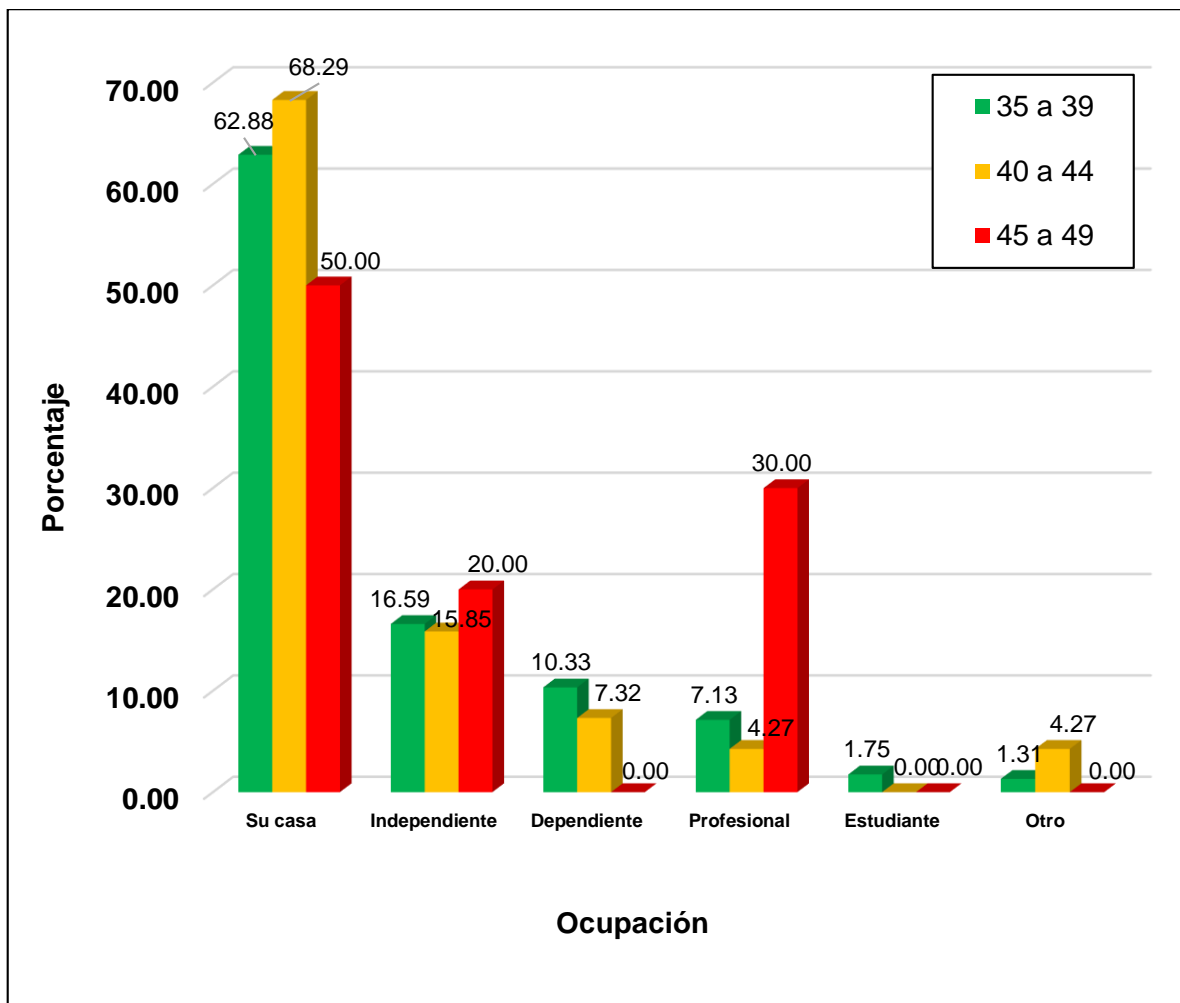
En primíparas de 40 a 44 años, la ocupación más frecuente fue ama de casa (68.29%), seguido de independiente (15.85%), dependiente (7.32%), profesional (4.27%), estudiante (0.0%), y otros (4.27%).

Y en primíparas de 45 a 49 años, la ocupación más frecuente fue ama de casa (50.00%), seguido de profesional (30.00%) e independiente (20.00%), no se registraron partos en gestantes primíparas con ocupación dependiente, estudiante ni otros.

Asimismo, en primíparas de 35 a 49 años, se observa que la ocupación más frecuente fue ama de casa (63.76%), seguido de independiente (16.49%), dependiente (9.64%), profesional (6.85%), estudiante (1.39%), y otros (1.86%).

GRÁFICO N° 6

OCUPACION Y PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023



Fuente: Tabla N° 06.

TABLA N° 7
ESTADO CIVIL Y PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS, DE 40 A 44
AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
DE 2010 A 2023

ESTADO CIVIL	35 a 39 años		40 a 44 años		45 a 49 años		TOTAL	
	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%
Soltera	156	22.71	35	21.34	3	30.00	194	22.53
Casada	97	14.12	19	11.59	3	30.00	119	13.82
Conviviente	434	63.17	110	67.07	4	40.00	548	63.65
TOTAL	687	100.00	164	100.00	10	100.00	861	100.00

Fuente: Sistema Informático Perinatal. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

(*) "Conviviente" no es un estado civil, sin embargo, se considera de esa manera debido a que el Sistema Informático Perinatal lo reporta así.

Interpretación:

En la tabla 07, se observa el estado civil y los partos en primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años.

En primíparas de 35 a 39 años, el estado civil más frecuente fue conviviente (63.17%), seguido de soltera (22.71%), y casada (14.12%), no se registró otro tipo de estado civil.

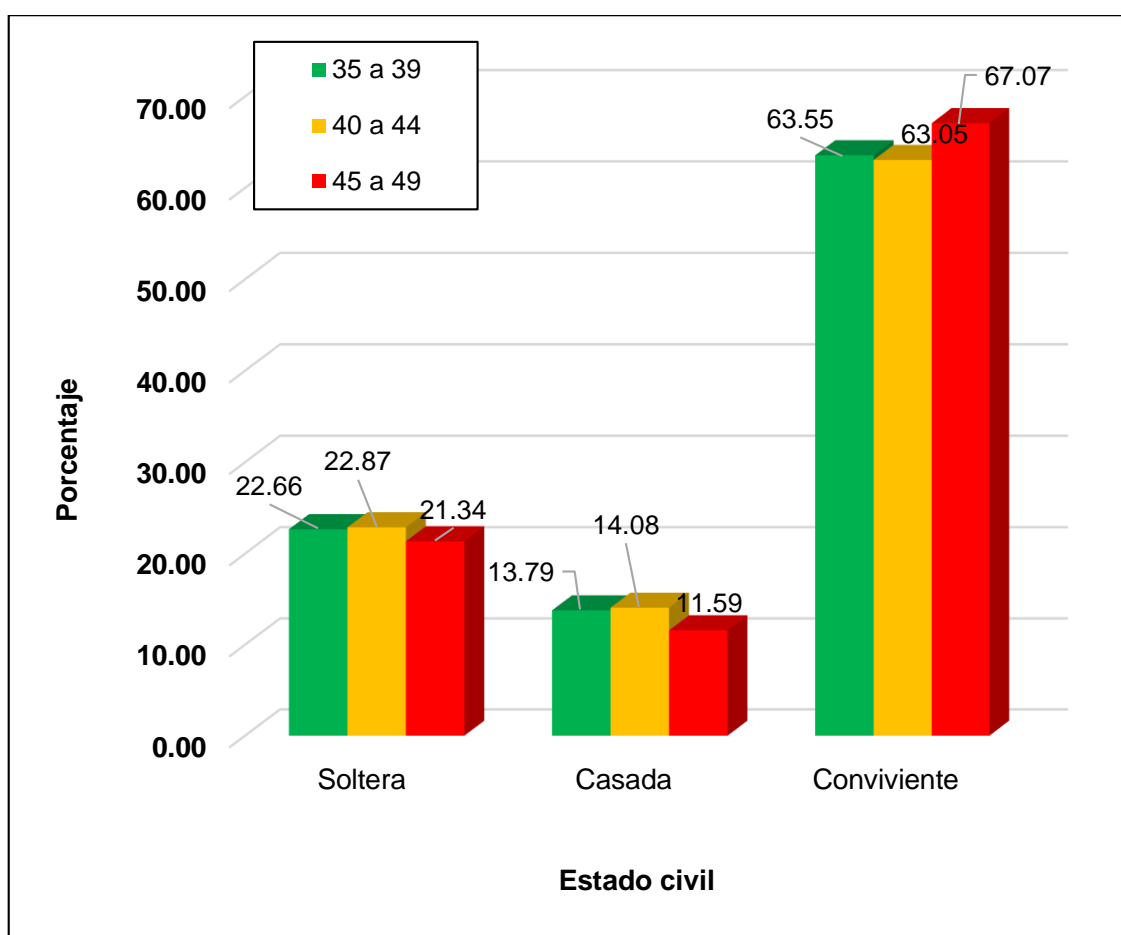
En primíparas de 40 a 44 años, el estado civil más frecuente fue conviviente (67.07%), seguido de soltera (21.34%), y casada (11.59%), no se registró otro tipo de estado civil.

Y en primíparas de 45 a 49 años, el estado civil más frecuente fue conviviente (40.00%), seguido de soltera (30.00%) y casada (30.00%), no se registró otro tipo de estado civil.

Asimismo, en primíparas de 35 a 49 años, se observa que el estado civil más frecuente fue "conviviente" (63.65%), seguido de soltera (22.53%), y casada (13.82%), no se registró otro tipo de estado civil.

GRÁFICO N° 7

ESTADO CIVIL Y PARTOS EN PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023



Fuente: Tabla N° 07.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

TABLA N° 8

ANTECEDENTE DE ABORTO Y PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS,
DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA DE 2010 A 2023

ANTECEDENTE DE ABORTOS	35 a 39 años		40 a 44 años		45 a 49 años		TOTAL	
	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%
Ninguno	492	71.62	113	68.90	9	90.00	614	71.31
1	156	22.71	40	24.39	1	10.00	197	22.88
2	27	3.93	7	4.27	0	0.00	34	3.95
3 a más	12	1.75	4	2.44	0	0.00	16	1.86
TOTAL	687	100.00	164	100.00	10	100.00	861	100.00

Fuente: Sistema Informático Perinatal. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Interpretación:

En la tabla 08, se observa os antecedentes de aborto y partos en primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años.

En primíparas de 35 a 39 años, el 71.62% no tuvo antecedente de abortos, el 22.71% tuvo 1 antecedente de aborto, el 3.93% tuvo 2 antecedentes de aborto, y el 1.75% tuvo 3 a más antecedentes de aborto.

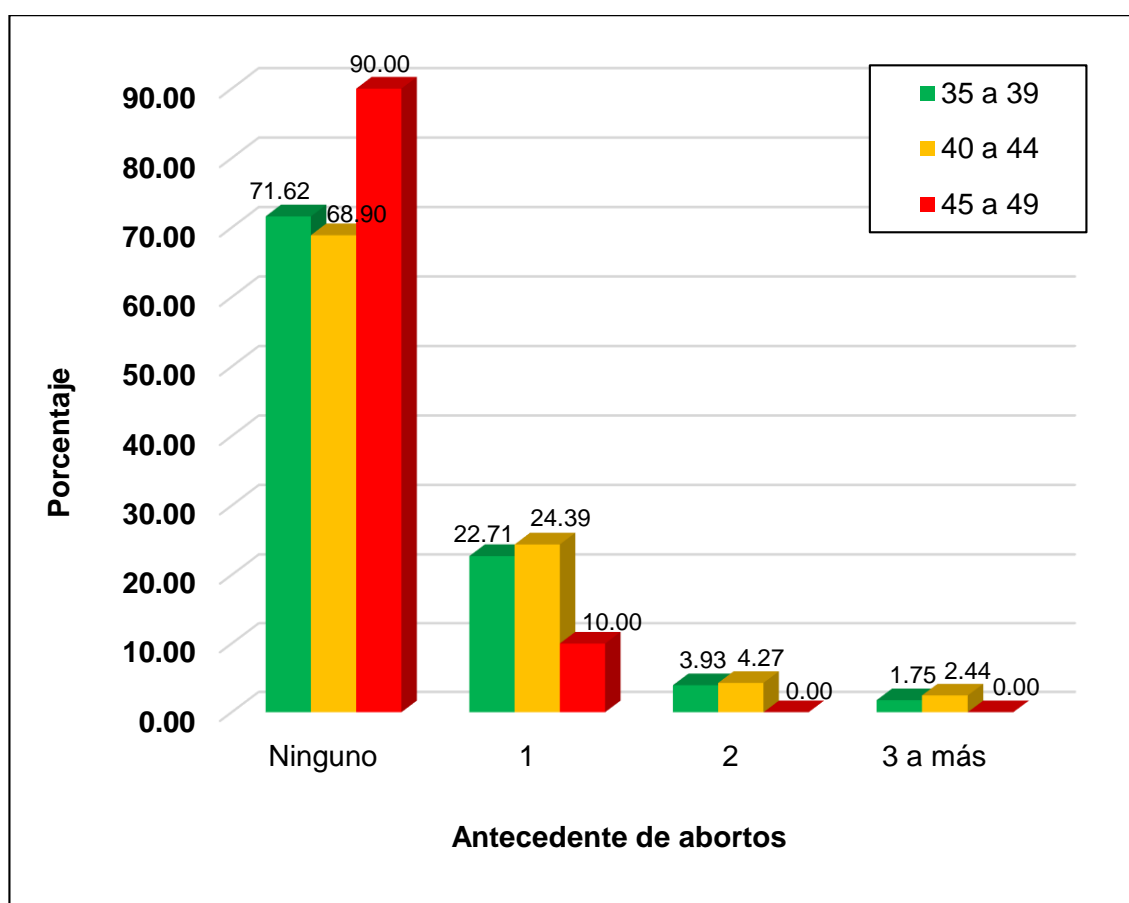
En primíparas de 40 a 44 años, el 68.90% no tuvo antecedente de aborto, el 24.39% tuvo 1 antecedente de aborto, el 4.27% tuvo 2 antecedentes de aborto, y el 2.44% tuvo 3 a más antecedentes de aborto.

En primíparas de 45 a 49 años, el 90.00% no tuvo antecedente de aborto, el 10.00% tuvo 1 antecedente de aborto, no se registraron partos en gestantes primíparas con antecedente de 2 abortos o 3 a más abortos.

Asimismo, en primíparas de 35 a 49 años, el 71.31% no tuvo antecedente de aborto, el 22.88% tuvo 1 antecedente de aborto, el 3.95% tuvo 2 antecedentes de aborto, y el 1.86% tuvo 3 a más antecedentes de aborto.

GRÁFICO N° 8

ANTECEDENTE DE ABORTO Y PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS,
DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA DE 2010 A 2023



Fuente: Tabla N° 08.

TABLA N° 9

**ESTADO NUTRICIONAL PREGESTACIONAL Y PARTOS DE PRIMIPARAS DE
35 A 39 AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023**

ESTADO NUTRICIONAL PREGESTACIONAL	35 a 39 años		40 a 44 años		45 a 49 años		TOTAL	
	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%
	Desnutrida	2	0.29	2	1.22	0	0.00	4
Normopeso	257	37.41	56	34.15	3	30.00	316	36.70
Sobrepeso	297	43.23	68	41.46	3	30.00	368	42.74
Obesidad	131	19.07	38	23.17	4	40.00	173	20.09
TOTAL	687	100.00	164	100.00	10	100.00	861	100.00

Fuente: Sistema Informático Perinatal. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Interpretación:

En la tabla 09, se observa el estado nutricional pre gestacional y los partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años.

En primíparas de 35 a 39 años predominó el sobrepeso (43.23%), seguido de normopeso (37.41%), obesidad (19.07%), y desnutrición (0.29%).

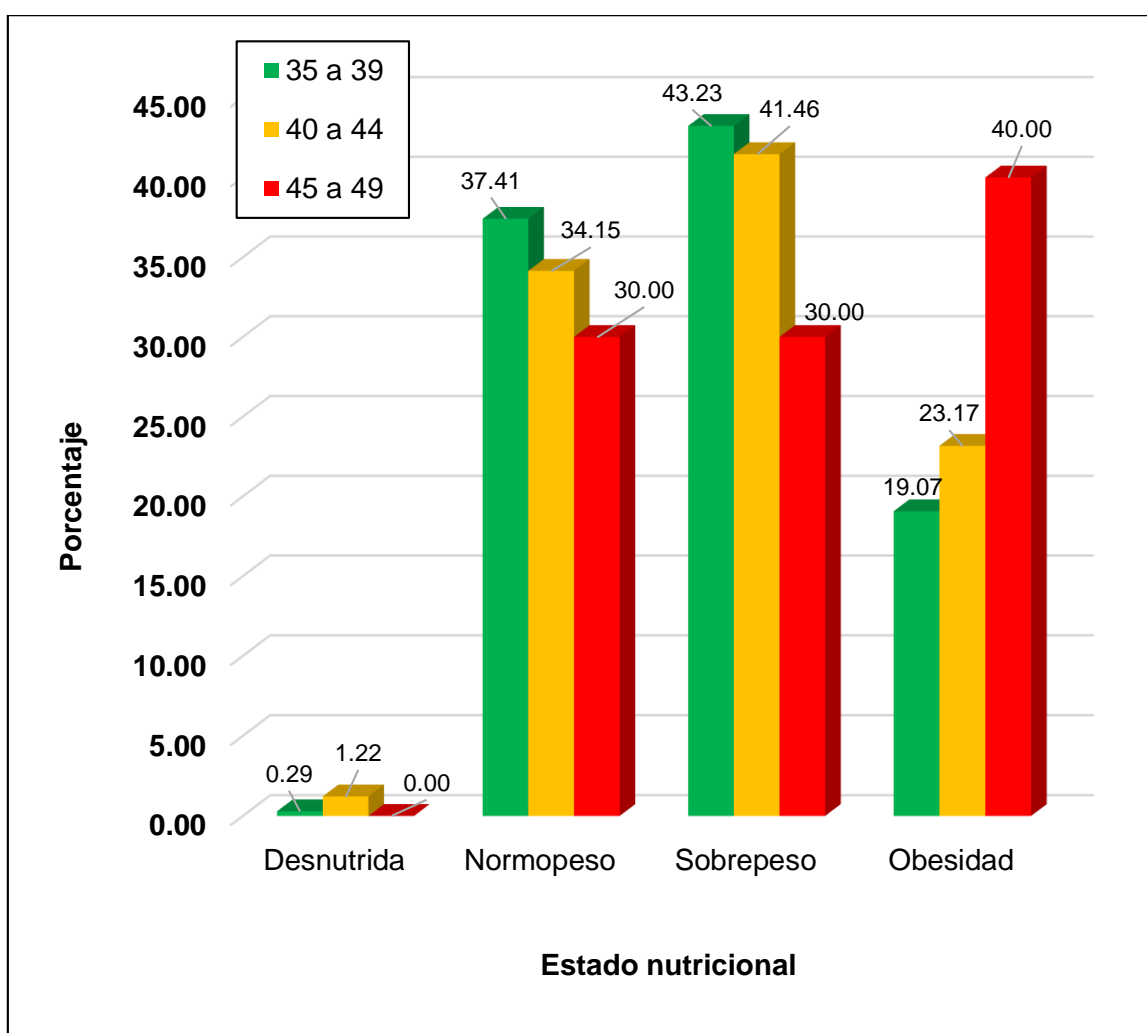
En primíparas de 40 a 44 años predominó el sobrepeso (41.46%), seguido de normopeso (34.15%), obesidad (23.17%), y desnutrición (1.22%).

En primíparas de 45 a 49 años predominó la obesidad (40.00%), seguido de normopeso (30.00%), sobrepeso (30.00%) y desnutrición (0.00%).

Asimismo, en primíparas de 35 a 49 años, predominó el sobrepeso (42.74%), seguido de normopeso (36.70%), obesidad (20.09%), y desnutrición (0.49%).

GRÁFICO N° 9

ESTADO NUTRICIONAL PREGESTACIONAL Y PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023



Fuente: Tabla N° 09.

TABLA N° 10
ANTECEDENTES PERSONALES Y PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39
AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023

ANTECEDENTE PERSONALES	35 a 39 años		40 a 44 años		45 a 49 años		TOTAL	
	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%
Aborto habitual	10	29.41	1	100.00	0	0.00	11	31.43
TBC	12	35.29	0	0.00	0	0.00	12	34.29
Infertilidad	5	14.71	0	0.00	0	0.00	5	14.29
DM	3	8.82	0	0.00	0	0.00	3	8.57
HTA	3	8.82	0	0.00	0	0.00	3	8.57
Cardiopatía	1	2.94	0	0.00	0	0.00	1	2.86
TOTAL	34	100.00	1	100.00	0	0.00	35	100.00

Fuente: Sistema Informático Perinatal. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Interpretación:

En la tabla 10, se observa los antecedentes personales patológicos y los partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años.

En primíparas de 35 a 39 años, predominó la tuberculosis (35.29%), seguido de aborto habitual (29.41%), infertilidad (14.71%), diabetes mellitus tipo 2 (8.82%), hipertensión arterial (8.82%), y cardiopatía (2.94%).

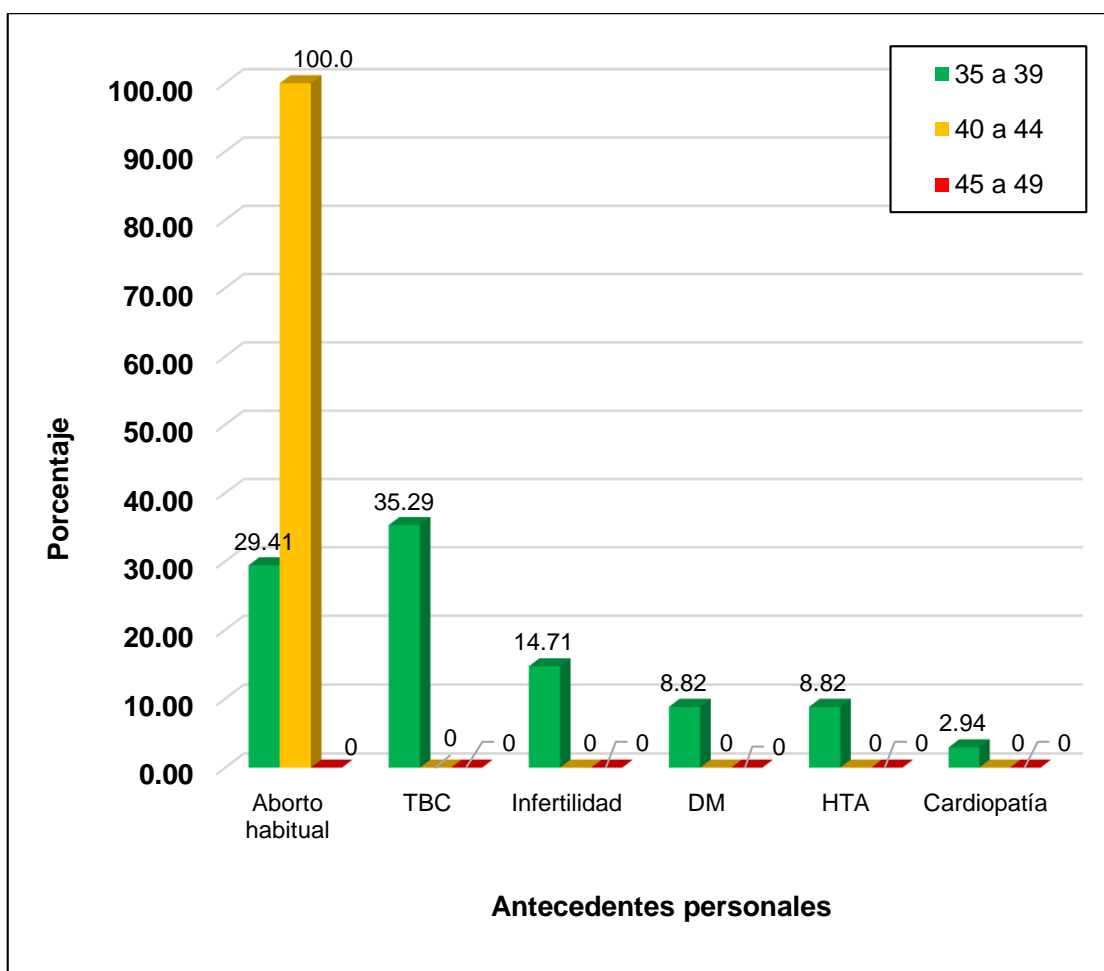
En primíparas de 40 a 44 años, solo se registró aborto habitual (100.00%).

En primíparas de 45 a 49 años, no se registraron antecedentes patológicos de ningún tipo.

Asimismo, en primíparas de 35 a 49 años, predominó la tuberculosis (34.29%), seguido de aborto habitual (31.43%), infertilidad (14.29%), diabetes mellitus tipo 2 (8.57%), hipertensión arterial (8.57%), y cardiopatía (2.86%).

GRÁFICO N° 10

ANTECEDENTES PERSONALES Y PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023



Fuente: Tabla N° 10.

TABLA N° 11

ANTECEDENTES FAMILIARES Y PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023

ANTECEDENTES FAMILIARES	35 a 39 años		40 a 44 años		45 a 49 años		TOTAL	
	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%
DM	81	36.49	10	24.39	0	0.00	91	33.58
HTA	49	22.07	13	31.71	4	50.00	66	24.35
Neoplasias	41	18.47	9	21.95	0	0.00	50	18.45
Emb. Múltiple	26	11.71	7	17.07	2	25.00	35	12.92
TBC	25	11.26	2	4.88	2	25.00	29	10.70
TOTAL	222	100.00	41	100.00	8	100.00	271	100.00

Fuente: Sistema Informático Perinatal. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Interpretación:

En la tabla 11, se observa los antecedentes familiares y los partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años.

En primíparas de 35 a 39 años, predominó la diabetes mellitus (36.49%), seguido de hipertensión arterial (22.07%), neoplasias (18.47%), embarazo múltiple (11.71%), y tuberculosis (11.26%).

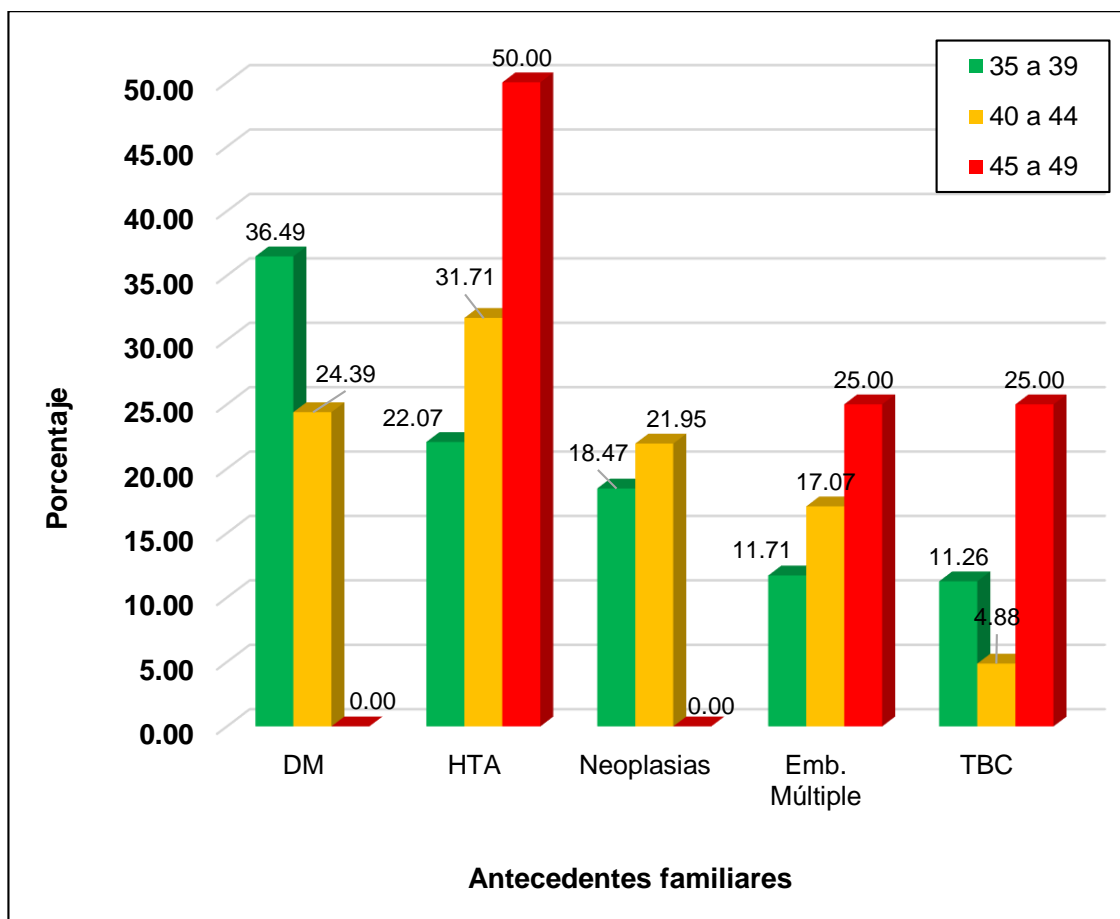
En primíparas de 40 a 44 años, predominó la hipertensión arterial (31.71%), seguido de diabetes mellitus tipo 2 (24.39%), neoplasias (21.95%), embarazo múltiple (17.07%), y tuberculosis (4.88%).

En primíparas de 45 a 49 años, predominó la hipertensión arterial (50.00%), seguido de embarazo múltiple (25.00%), y tuberculosis (25.00%), no se registró antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo 2 ni neoplasias.

Asimismo, en primíparas de 35 a 49 años, predominó la diabetes mellitus (33.58%), seguido de hipertensión arterial (24.35%), neoplasias (18.45%), embarazo múltiple (12.92%), y tuberculosis (10.70%).

GRÁFICO N° 11

ANTECEDENTES FAMILIARES Y PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023



Fuente: Tabla N° 11.

CARACTERISTICAS MATERNAS

TABLA N° 12

CONTROL PRENATAL SEGÚN EDAD GESTACIONAL PRE TERMINO, A TERMINO Y POST TERMINO DE PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023

CPN	EDAD GESTACIONAL AL PARTO															TOTAL				
	PRE TERMINO						A TERMINO						POST TERMINO			Fcia	%			
	35-39		40-44		45-49		35-39		40-44		45-49		35-39		40-44			45-49		
	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%		
Sin control	30	42.9	17	65.4	1	20.0	190	31.2	48	36.9	2	40.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	289	34.2
CPN inadecuado	22	31.4	5	19.2	1	20.0	78	12.8	18	13.8	2	40.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	126	14.9
CPN adecuado	18	25.7	4	15.4	3	60.0	341	56.0	64	49.2	1	20.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	431	50.9
TOTAL	70	100.0	26	100.0	5	100.0	609	100.0	130	100.0	5	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	846	100.0

Fuente: Sistema Informático Perinatal. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Interpretación:

En la tabla 12, se observa el control prenatal según la edad gestacional pre término, a término y post termino de partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años.

En partos de edad gestacional pre término, en primíparas de 35 a 39 años predominó el no tener control prenatal (42.9%), seguido de control prenatal inadecuado (31.4%), y control prenatal adecuado (25.7%). En partos de edad gestacional pre término, en primíparas de 40 a 44 años predominó el no tener control prenatal (65.4%), seguido de control prenatal inadecuado (19.2%), y control prenatal adecuado (15.4%). Y en partos de edad gestacional pre término, en primíparas de 45 a 49 años predominó el control prenatal adecuado (60.0%), seguido de control prenatal inadecuado (20.0%), y el no tener control prenatal (20.0%).

En partos de edad gestacional a término, en primíparas de 35 a 39 años predominó el control prenatal adecuado (56.0%), seguido de no tener control prenatal (31.2%), y control prenatal inadecuado (12.8%). En partos de edad gestacional a término, en primíparas de 40 a 44 años predominó el control prenatal adecuado (49.2%), seguido de no tener control prenatal (36.9%), y control prenatal inadecuado (13.8%). Y en partos de edad gestacional a término, en primíparas de 45 a 49 años predominó el control prenatal inadecuado (40.0%), seguido de no tener control prenatal (40.0%), y el control prenatal adecuado (20.0%).

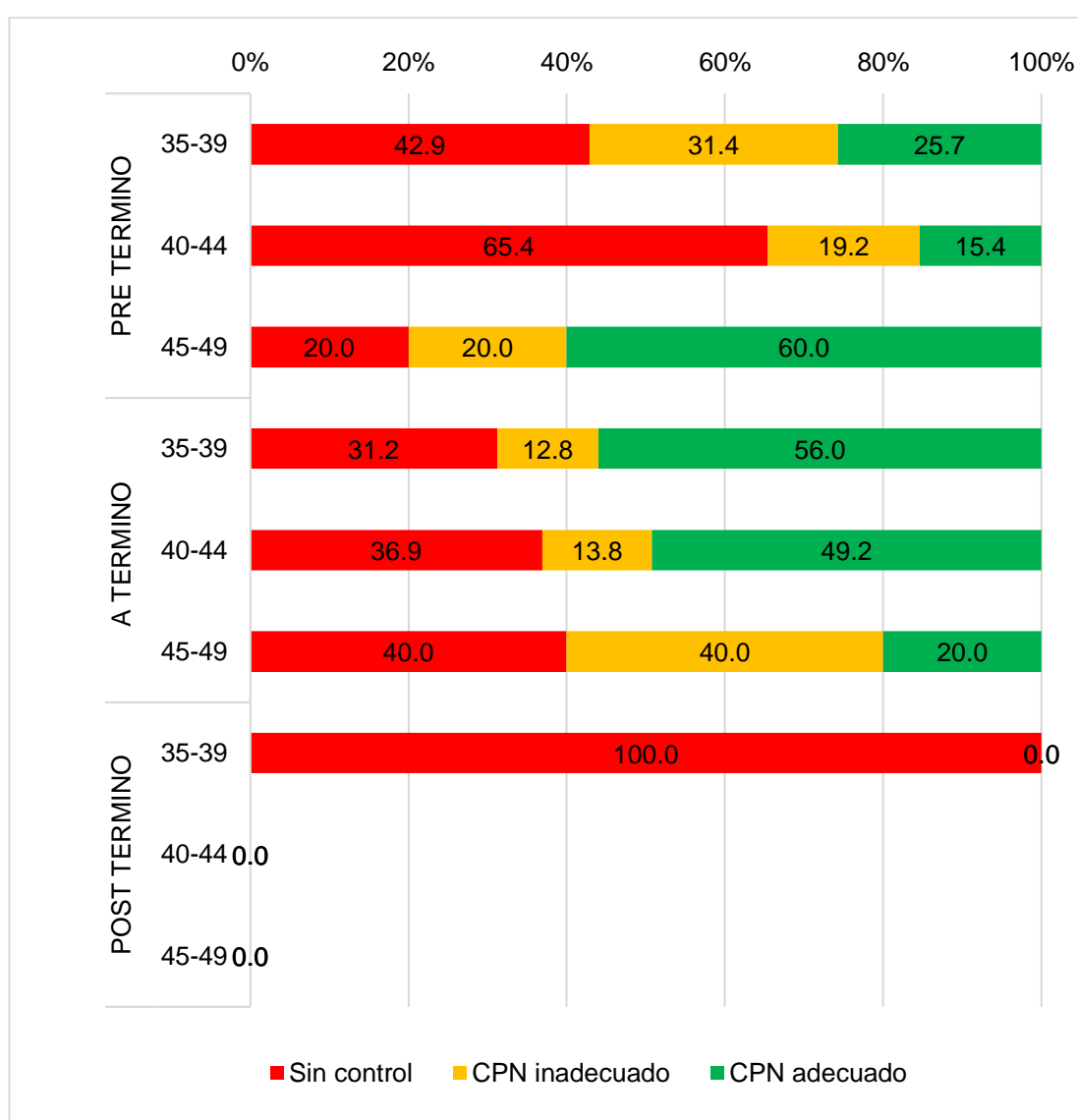
En partos de edad gestacional post término, en primíparas de 35 a 39 años predominó el no tener control prenatal (100.0%), no se registró control prenatal inadecuado ni control prenatal adecuado. En partos de edad gestacional post término, en primíparas de 40 a 44 años no se registraron partos. Y en partos de

edad gestacional post término, en primíparas de 45 a 49 años tampoco se registraron partos.

Asimismo, considerando la edad gestacional de todos los partos (pre término, a término, o post termino), en primíparas de 35 a 49 años, predomino el control prenatal adecuado (50.9%), seguido de ausencia de control prenatal (34.2%), y control prenatal inadecuado (14.9%).

GRÁFICO N° 12

CONTROL PRENATAL SEGÚN EDAD GESTACIONAL PRE TERMINO, A TERMINO Y POST TERMINO DE PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023



Fuente: Tabla N° 12.

TABLA N° 13

INICIO DE PARTO SEGÚN EDAD GESTACIONAL PRE TERMINO, A TERMINO Y POST TERMINO DE PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023

INICIO DE PARTO	EDAD GESTACIONAL AL PARTO																		TOTAL			
	PRE TERMINO						A TERMINO						POST TERMINO						TOTAL			
	35-39		40-44		45-49		35-39		40-44		45-49		35-39		40-44		45-49					
Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%			
Esponáneo	68	97.1	26	100.0	5	100.0	580	95.2	120	92.3	5	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	804	95.0
Inducido	1	1.4	0	0.0	0	0.0	3	0.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0.5
Cesárea electiva	1	1.4	0	0.0	0	0.0	26	4.3	10	7.7	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	38	4.5
TOTAL	70	100.0	26	100.0	5	100.0	609	100.0	130	100.0	5	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	846	100.0

Fuente: Sistema Informático Perinatal. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Interpretación:

En la tabla 13, se observa el inicio de parto según la edad gestacional pre término, a término y post término de los partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años.

En partos con edad gestacional pre término, de primíparas de 35 a 39 años, predominó el inicio de parto espontáneo (97.1%), seguido de cesárea electiva

(1.4%), e inicio de parto inducido (1.4%). En partos con edad gestacional pre término, de primíparas de 40 a 44 años, predomino el inicio de parto espontaneo (100.0%), no se registró inicio de parto inducido ni cesárea electiva. Y en partos con edad gestacional pre término, de primíparas de 45 a 49 años, predomino el inicio de parto espontaneo (100.0%), tampoco se registró inicio de parto inducido ni cesárea electiva.

En partos con edad gestacional a término, de primíparas de 35 a 39 años, predomino el inicio de parto espontaneo (95.2%), seguido de cesárea electiva (4.3%), e inicio de parto inducido (0.5%). En partos con edad gestacional a término, de primíparas de 40 a 44 años, predomino el inicio de parto espontaneo (92.3%), seguido de cesárea electiva (7.7%), no se registró inicio de parto inducido (0.0%). Y en partos con edad gestacional a término, de primíparas de 45 a 49 años, predomino el inicio de parto espontaneo (100.0%), no se registró inicio de parto inducido ni cesárea electiva.

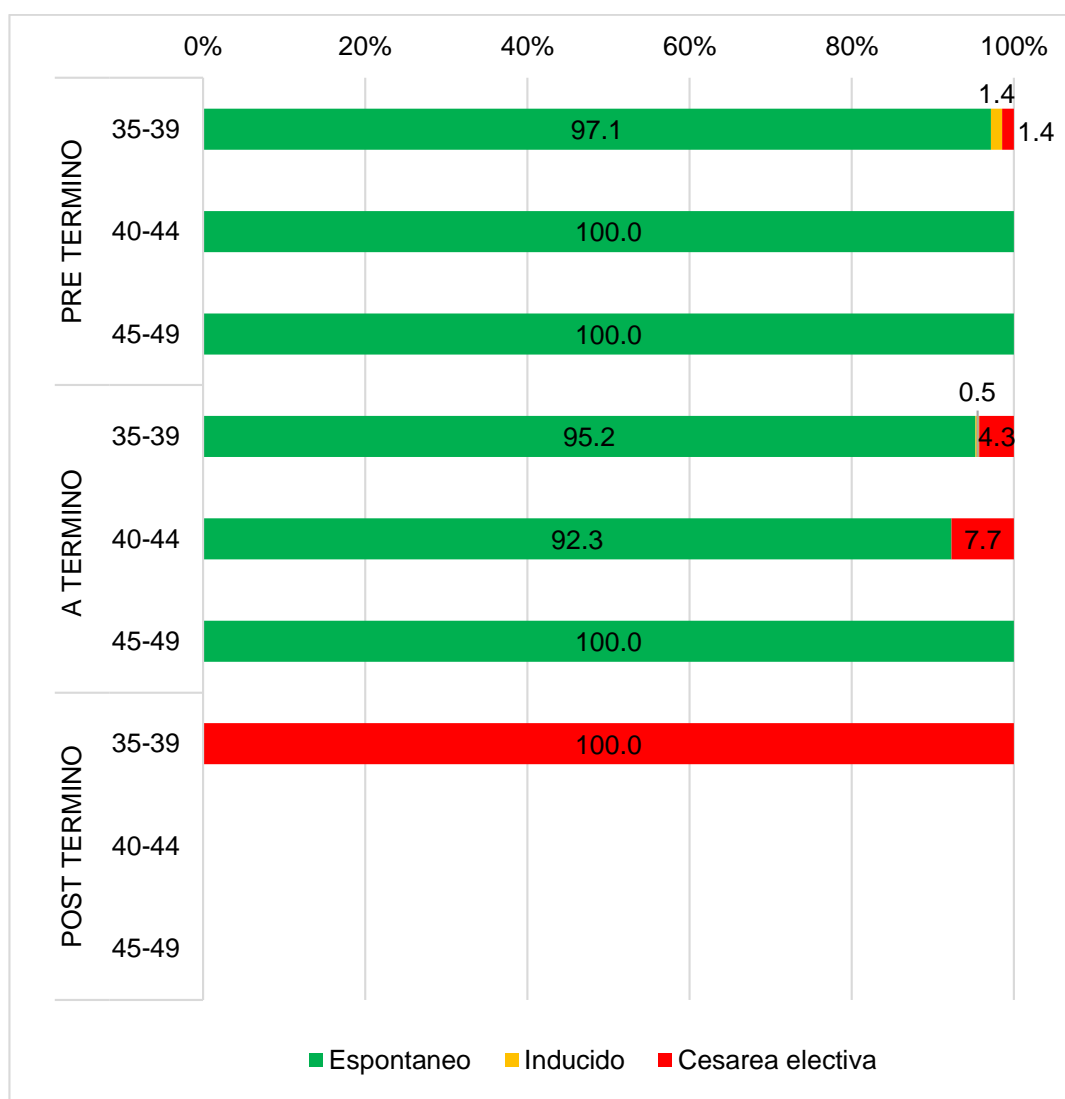
En partos con edad gestacional post término, de primíparas de 35 a 39 años, predomino la cesárea electiva (95.2%), no se registró parto espontaneo ni inducido. En partos con edad gestacional post término, de primíparas de 40 a 44 años, no se registraron partos. Y en partos con edad gestacional a término, de primíparas de 45 a 9 años, tampoco se registraron partos.

Finalmente, considerando todas las edades gestacionales (pre termino, a término y post termino), en primíparas de 35 a 49 años, predomino el inicio de parto

espontaneo (95.0%), seguido de cesárea electiva (4.5%) e inicio de parto inducido (0.5%).

GRÁFICO N° 13

INICIO DE PARTO SEGÚN EDAD GESTACIONAL PRE TERMINO, A TERMINO Y POST TERMINO DE PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023



Fuente: Tabla N° 13.

TABLA N° 14

TIPO DE PARTO SEGÚN EDAD GESTACIONAL PRE TERMINO, A TERMINO Y POST TERMINO DE PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023

VIA DEL PARTO	EDAD GESTACIONAL AL PARTO															TOTAL				
	PRE TERMINO					A TERMINO					POST TERMINO									
	35-39		40-44		45-49	35-39		40-44		45-49	35-39		40-44		45-49	Fcia %				
	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%		
Cesárea	65	92.9	19	73.1	5	100.0	451	74.1	105	80.8	3	60.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	649	76.7
Vaginal	5	7.1	7	26.9	0	0.0	158	25.9	25	19.2	2	40.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	197	23.3
TOTAL	70	100.0	26	100.0	5	100.0	609	100.0	130	100.0	5	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	846	100.0

Fuente: Sistema Informático Perinatal. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Interpretación:

En la tabla 14, se observa la variable tipo de parto y le edad gestacional pre termino, a término y post termino de los partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años.

Según le edad gestacional pretérmino, en primíparas de 35 a 39 años, predomino el parto por cesárea (92.9%), seguido del parto vaginal (7.1%). En primíparas de 40 a 44 años, predomino el parto por cesárea (73.1%), seguido del

parto vaginal (26.9%). Y en primíparas de 45 a 49 años, predomino el parto por cesárea (100.0%), no se registró parto vaginal (0.0%).

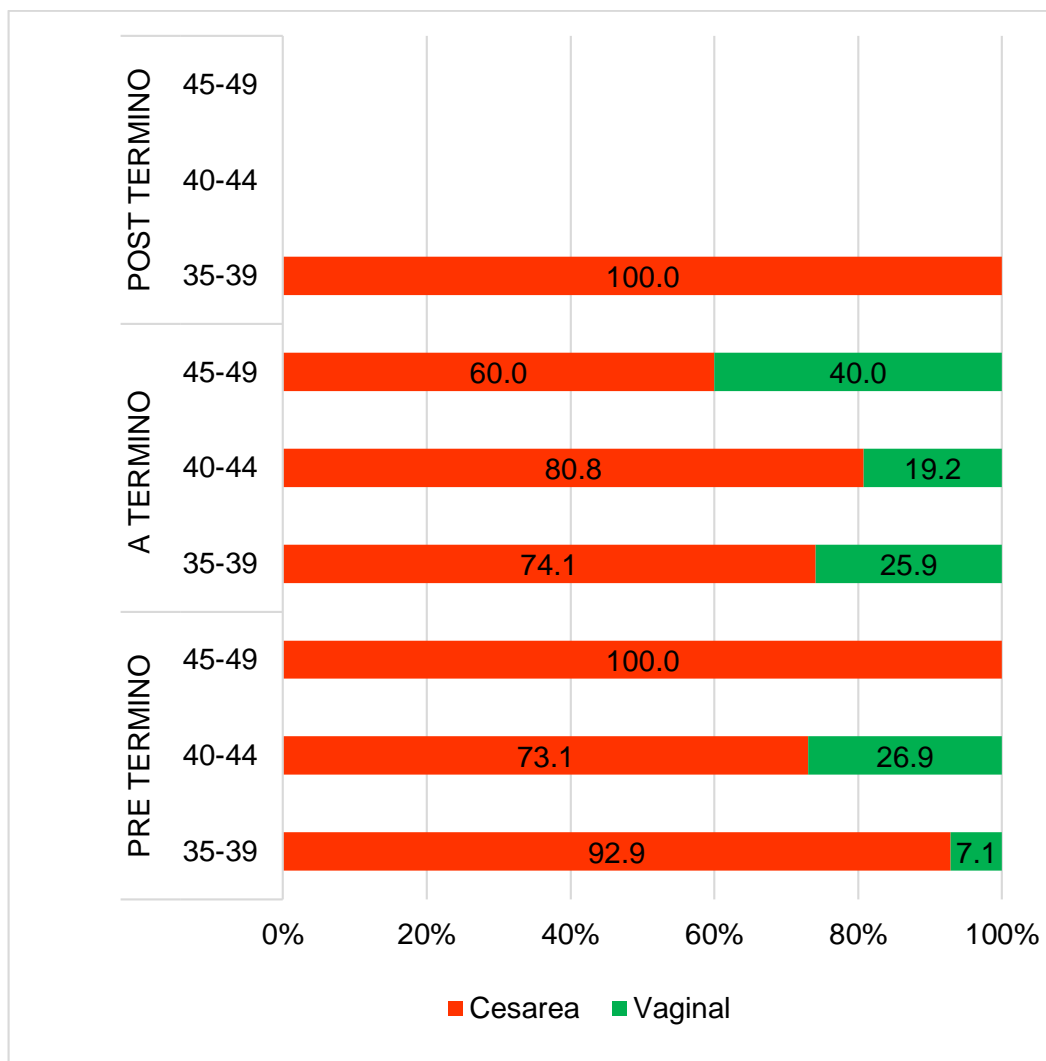
Según le edad gestacional a término, en primíparas de 35 a 39 años, predomino el parto por cesárea (74.1%), seguido del parto vaginal (25.9%). En primíparas de 40 a 44 años, predomino el parto por cesárea (80.8%), seguido del parto vaginal (19.2%). Y en primíparas de 45 a 49 años, predomino el parto por cesárea (60.0%), seguido de parto vaginal (40.0%).

Según le edad gestacional post término, en primíparas de 35 a 39 años, predomino el parto por cesárea (100.0%), no se registró parto vaginal (0.0%). En primíparas de 40 a 44 años, no se registró parto por cesárea (0.0%), ni parto vaginal (0.0%). Y en primíparas de 45 a 49 años, no se registró parto por cesárea (0.0%), ni parto vaginal (0.0%).

Finalmente, considerando la edad gestacional pre termino, a término y post termino, en primíparas de 35 a 49 años, predomino el parto por cesárea (76.71%), seguido del parto vaginal (23.29%).

GRÁFICO N° 14

TIPO DE PARTO SEGÚN EDAD GESTACIONAL PRE TERMINO, A TERMINO Y POST TERMINO DE PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023



Fuente: Tabla N° 14.

TABLA N° 15

PRESENTACION FETAL Y PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023

PRESENTACIÓN	35 a 39 años		40 a 44 años		45 a 49 años		TOTAL	
	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%
Cefálica	658	96.76	151	96.79	9	90.00	818	96.69
Podálica	20	2.94	5	3.21	1	10.00	26	3.07
Transversa	2	0.29	0	0.00	0	0.00	2	0.24
TOTAL	680	100.00	156	100.00	10	100.00	846	100.00

Fuente: Sistema Informático Perinatal. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Interpretación:

En la tabla 15, se observa la presentación fetal y los partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años.

En primíparas de 35 a 39 años, predominó la presentación cefálica (96.76%), seguido de presentación podálica (2.95%), y presentación transversa (0.29%).

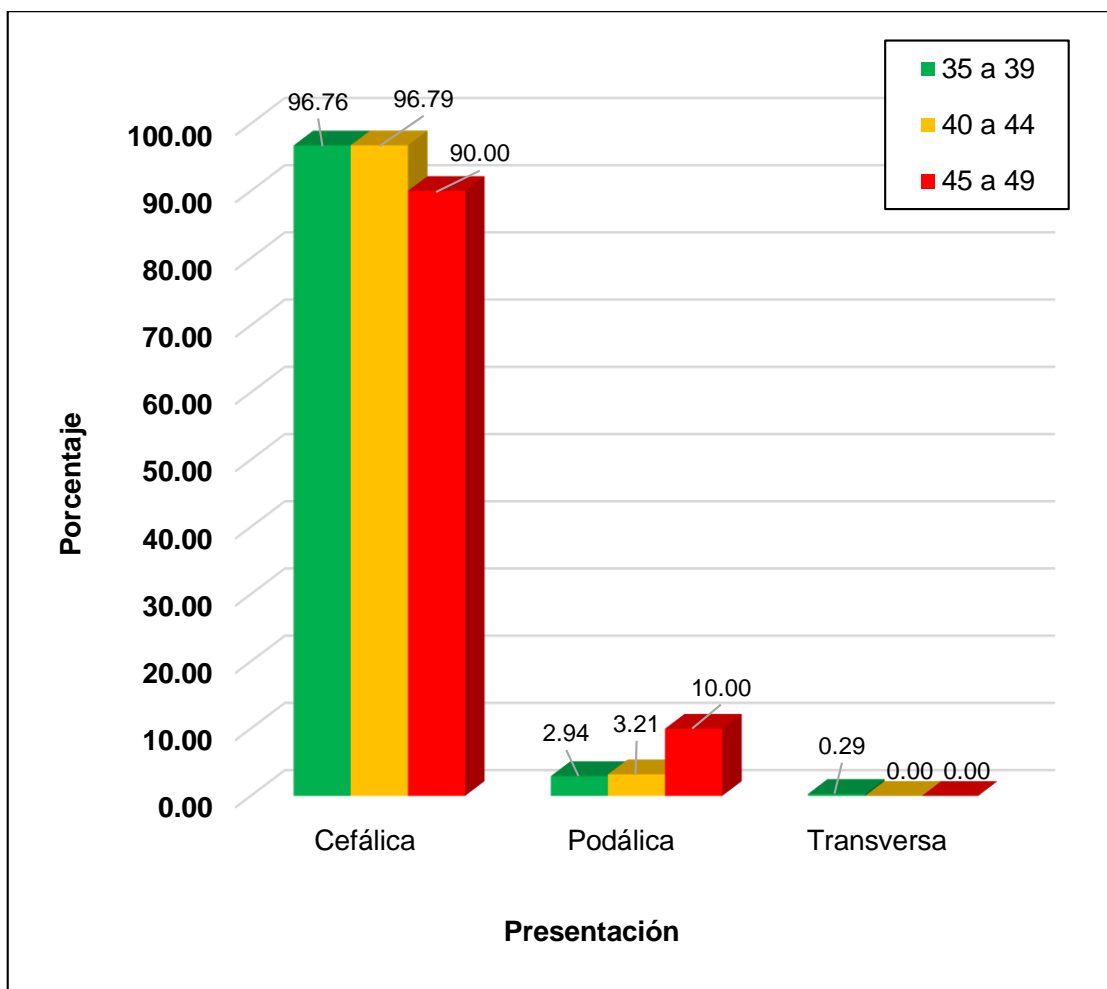
En primíparas de 40 a 44 años, predominó la presentación cefálica (96.79%), seguido de presentación podálica (3.21%), no se presentaron casos de presentación transversa (0.0%).

En primíparas de 45 a 49 años, predominó la presentación cefálica (90.00%), seguido de presentación podálica (10.00%), no se presentaron casos de presentación transversa (0.0%).

Finalmente, en primíparas de 35 a 49 años, predominó la presentación cefálica (96.69%), seguido de presentación podálica (3.07%), y presentación transversa (0.24%).

GRÁFICO N° 15

PRESENTACION FETAL Y PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023



Fuente: Tabla N° 15.

TABLA N° 16
PATOLOGIAS MATERNAS SEGÚN EDAD GESTACIONAL PRE TERMINO, A
TERMINO Y POST TERMINO DE PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39
AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023

PATOLOGIA MATERNA	EDAD GESTACIONAL AL PARTO															TOTAL				
	PRE TERMINO					A TERMINO					POST TERMINO					Fcia	%			
	35-39		40-44		45-49	35-39		40-44		45-49	35-39		40-44		45-49					
	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%		
Sin patología	5	7.1	2	7.7	0	0.0	183	30.0	56	43.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	246	29.1
Anemia	14	20.0	6	23.1	2	40.0	125	20.5	25	19.2	4	80.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	176	20.8
Infecciones	2	2.9	2	7.7	0	0.0	152	25.0	15	11.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	171	20.2
Infección del tracto																				
urinario	2	2.9	2	7.7	0	0.0	147	24.1	15	11.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	166	19.6
Infección tracto genital	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.2
Sifilis	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.2
SIDA	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.1
Alteraciones del líquido																				
amniótico	7	10.0	4	15.4	0	0.0	25	4.1	7	5.4	1	20.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	44	5.2
Oligoamnios	5	7.1	2	7.7	0	0.0	25	4.1	7	5.4	1	20.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	40	4.7
Polihidramnios	2	2.9	2	7.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0.5
Enfermedad hipertensiva																				
del embarazo	9	12.9	1	3.8	0	0.0	24	3.9	8	6.2	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	43	5.1
Preeclampsia c/ss	4	5.7	0	0.0	0	0.0	13	2.1	6	4.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	23	2.7
Preeclampsia s/ss	5	7.1	1	3.8	0	0.0	10	1.6	2	1.5	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	19	2.2
Síndrome de Hellp	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.1
Amenaza parto prematuro	13	18.6	3	11.5	0	0.0	16	2.6	1	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	33	3.9
Retardo de crecimiento																				
intrauterino	4	5.7	7	26.9	1	20.0	18	3.0	3	2.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	33	3.9
Ruptura prematura de																				
membranas	3	4.3	0	0.0	0	0.0	22	3.6	4	3.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	29	3.4
Amenaza aborto	2	2.9	0	0.0	0	0.0	15	2.5	2	1.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	19	2.2
Hemorragia puerperal	1	1.4	0	0.0	0	0.0	9	1.5	3	2.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	13	1.5
Hemorragias de la 2da																				
mitad	3	4.3	0	0.0	0	0.0	2	0.3	4	3.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	1.1
Placenta previa	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.3	3	2.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	0.6
Desprendimiento																				
prematuro de placenta	1	1.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.2
Inminencia rotura útero	1	1.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.1
Otras hemorragias	1	1.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.1
Desgarros de canal parto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	8	1.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	8	0.9
Embarazo múltiple	5	7.1	1	3.8	2	40.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	8	0.9
Diabetes mellitus	2	2.9	0	0.0	0	0.0	3	0.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	0.6
Hipertensión preexistente	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0.5
Hiperemésis gravídica	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.2	1	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.2
Endometritis puerperal	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.2
Cardiopatía	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.1
Total	70	130.0	26	126.9	5	100.0	609	133.3	130	126.2	5	120.0	1	200.0	0	100.0	0	100.0	846	131.6

Fuente: Sistema Informático Perinatal. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Interpretación:

En la tabla 16, se observa las patologías maternas según edad gestacional pre término, a término y post termino de los partos de primíparas de 35 a 39 años (687 partos), de 40 a 44 años (164 partos) y de 45 a 49 años (10 partos).

En partos de edad gestacional pre término, en primíparas de 35 a 39 años, el 7.1% no presentó ninguna patología materna. El 20.0% presento anemia; el 2.9% presento alguna infección (siendo la más frecuente la infección del tracto urinario con un 2.9%, no se registró otro tipo de infección); el 10.0% presento alguna alteración del líquido amniótico (la más frecuente fue oligoamnios con 7.1%, seguido de poli hidramnios 2.9%); el 12.9% presento enfermedad hipertensiva (la más frecuente fue pre eclampsia sin signos de severidad con 7.1%, seguido de pre eclampsia con signos de severidad 5.7%, y no se registró síndrome de Hellp 0.0%); el 18.6% presento amenaza de parto prematuro; el 5.7% retardo de crecimiento intrauterino; el 4.3% ruptura prematura de membranas; el 2.9% amenaza de aborto; el 1.4% hemorragia puerperal; el 4.3% hemorragias de la segunda mitad del embarazo (igualaron en frecuencia desprendimiento prematuro de placenta, inminencia de rotura de útero y otras hemorragias con un 1.4%, no se registró placenta previa); el 7.1% presento embarazo múltiple; el 2.9% presento diabetes mellitus; no se registraron desgarros de canal del parto, hipertensión preexistente, hiperemesis gravídica, endometritis puerperal o cardiopatía.

En partos de edad gestacional pre término, en primíparas de 40 a 44 años, el 7.7% no presentó ninguna patología materna. El 23.1% presento anemia; el 7.7% presento alguna infección (siendo la más frecuente la infección del tracto urinario con un 7.7%, no se registró otro tipo de infección); el 15.4% presento alguna alteración del líquido amniótico (igualaron en frecuencia el oligoamnios con 7.7% y el polihidramnios con 7.7%); el 3.8% presento enfermedad hipertensiva (la más frecuente fue pre eclampsia sin signos de severidad con 3.8%, no se registraron preeclampsia con signos de severidad ni síndrome de Hellp); el 11.5% presento amenaza de parto prematuro; 26.9% retardo de crecimiento intrauterino; el 3.8% presento embarazo múltiple. No se registraron ruptura prematura de membranas, amenaza de aborto, hemorragia puerperal, hemorragias de la segunda mitad, desgarros de canal del parto, diabetes mellitus, hipertensión preexistente, hiperemésis gravídica, endometritis puerperal ni cardiopatía.

En partos de edad gestacional pre término, en primíparas de 45 a 49 años, el 0.0% no presentó ninguna patología materna. El 40.0% presento anemia; el 20.0% retardo del crecimiento intrauterino; y el 40.0% embarazo múltiple. No se registraron infecciones, alteraciones del líquido amniótico, enfermedad hipertensiva del embarazo, amenaza de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, amenaza de aborto, hemorragia puerperal, hemorragias de la segunda mitad del embarazo, desgarro del canal de parto, diabetes mellitus, hipertensión preexistente, hiperemésis gravídica, endometritis puerperal, ni cardiopatía.

En partos de edad gestacional a término, en primíparas de 35 a 39 años, el 30.0% no presentó ninguna patología materna. El 20.5% presento anemia; el 25.0% presento alguna infección (siendo la más frecuente la infección del tracto urinario con un 24.1%, seguido de infección del tracto genital con 0.3%, sífilis 0.3% y SIDA 0.2%); el 4.1% presento alguna alteración del líquido amniótico (la más frecuente fue oligoamnios con 7.1%, y no se presentó polihidramnios 0.0%); el 3.9% presento enfermedad hipertensiva del embarazo (la más frecuente fue pre eclampsia con signos de severidad con 2.1%, seguido de pre eclampsia sin signos de severidad 1.6%, y síndrome de Hellp 0.2%); el 2.6% presento amenaza de parto prematuro; el 3.0% retardo de crecimiento intrauterino; el 3.6% ruptura prematura de membranas; el 2.5% amenaza de aborto; el 1.5% hemorragia puerperal; el 0.3% hemorragias de la segunda mitad del embarazo (placenta previa 0.3%, no se registraron desprendimiento prematuro de placenta, inminencia de rotura de útero no otras hemorragias); el 1.3% presento desgarros del canal del parto, el 0.5% presento diabetes mellitus; el 0.7% presento hipertensión preexistente; el 0.2% presento hiperemésis gravídica; el 0.3% presento endometritis puerperal; no se registraron embarazo múltiple ni cardiopatía.

En partos de edad gestacional a término, en primíparas de 40 a 44 años, el 43.1% no presentó ninguna patología materna. El 19.2% presento anemia; el 11.5% presento alguna infección (siendo la más frecuente la infección del tracto urinario con un 7.7%, no se registró otro tipo de infección); el 5.4% presento alguna alteración del líquido amniótico (oligoamnios con 5.4%, no se registró

polihidramnios); el 6.2% presento enfermedad hipertensiva (la más frecuente fue pre eclampsia con signos de severidad con 4.6%, preeclampsia sin signos de severidad 1.55, no se registró síndrome de Hellp); el 0.8% presento amenaza de parto prematuro; 2.3% retardo de crecimiento intrauterino; el 3.1% presento ruptura prematura de membranas; el 1.5% presento amenaza de aborto; el 2.3% presento hemorragia puerperal; el 3.1% presento hemorragias de la segunda mitad del embarazo (placenta previa 2.3%, desprendimiento prematuro de la placenta 0.8%, no se registró inminencia de rotura de útero ni otras hemorragias); el 0.8% presento hiperemesis gravídica; el 0.8% presento cardiopatía; no se registró desgarros del canal de parto, embarazo múltiple, diabetes mellitus, hipertensión preexistente, ni endometritis puerperal.

En partos de edad gestacional a término, en primíparas de 45 a 49 años, el 0.0% no presentó ninguna patología materna. El 80.0% presento anemia; el 20% presento alteraciones del líquido amniótico (oligoamnios con 20.0%, no se registró polihidramnios); No se registraron enfermedad hipertensiva del embarazo, amenaza de parto prematuro, retardo de crecimiento intrauterino, ruptura prematura de membranas, amenaza de aborto, hemorragia puerperal, hemorragias de la segunda mitad del embarazo, desgarros de canal del parto, embarazo múltiple, diabetes mellitus, hipertensión preexistente, hiperemesis gravídica, endometritis puerperal, ni cardiopatía.

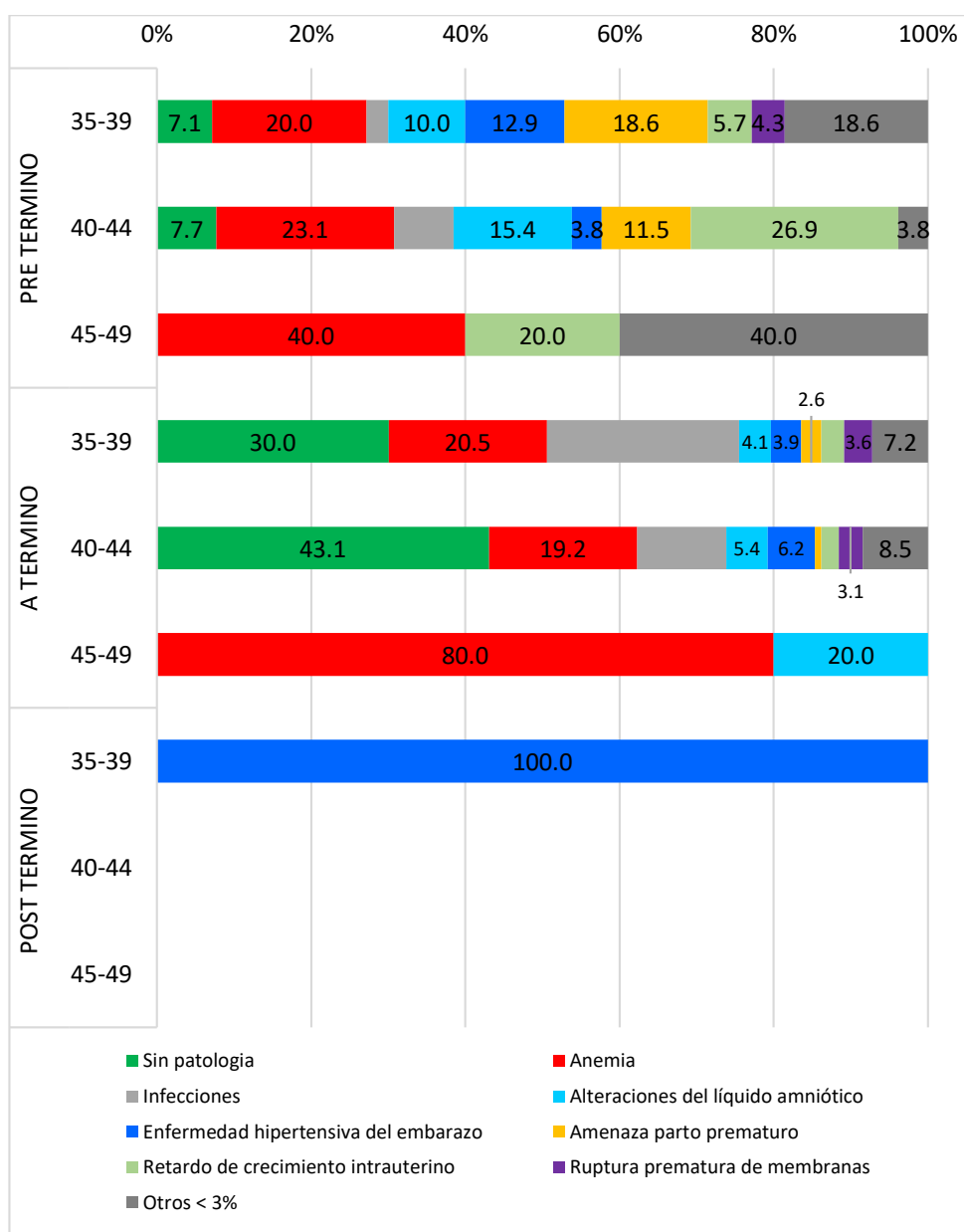
En partos de edad gestacional post término, en primíparas de 35 a 39 años, el 0.0% no presentó ninguna patología materna. El 100.0% presento enfermedad

hipertensiva del embarazo (preeclampsia sin signos de severidad 100.0%); no se registró ninguna otra patología. En partos de edad gestacional post término, en primíparas de 40 a 44 años, no se registraron casos. Y en partos de edad gestacional post término, en primíparas de 45 a 49 años, no se registraron casos.

Finalmente, en primíparas de 35 a 49 años, el 29.1% no presentó ninguna patología materna. El 20.8% presento anemia; el 20.2% presento alguna infección (siendo la más frecuente la infección del tracto urinario con un 19.6%, seguido de infección del tracto genital con 0.2%, sífilis 0.2%, y SIDA 0.1%); el 5.2% presento alguna alteración del líquido amniótico (la más frecuente fue oligoamnios con 4.7%, seguido de poli hidramnios 0.5%); el 5.1% presento enfermedad hipertensiva (la más frecuente fue pre eclampsia con signos de severidad con 2.7%, seguido de pre eclampsia sin signos de severidad 2.2%, y síndrome de Hellp 0.1%); el 3.9% presento amenaza de parto prematuro; el 3.9% retardo de crecimiento intrauterino; el 3.4% ruptura prematura de membranas; el 2.2% amenaza de aborto; el 1.5% hemorragia puerperal; el 1.1% hemorragias de la segunda mitad del embarazo (la más frecuente placenta previa 0.6%, seguido de desprendimiento prematuro de placenta 0.2%, inminencia de rotura uterina 0.1%, y otras hemorragias 0.1%); el 0.9% desgarros del canal del parto; el 0.9% presento embarazo múltiple; el 0.6% diabetes mellitus; el 0.5% hipertensión preexistente; el 0.2% hiperemésis gravídica; el 0.2% endometritis puerperal; y el 0.1% cardiopatía.

GRAFICO N° 16

PATOLOGIAS MATERNAS SEGÚN EDAD GESTACIONAL PRE TERMINO, A TERMINO Y POST TERMINO DE PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35-39 AÑOS, 40-44 AÑOS Y 45-49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE 2010- 2023



Fuente: Tabla N° 16.

CARACTERISTICAS PERINATALES

TABLA N° 17

PESO AL NACER SEGÚN EDAD GESTACIONAL PRE TERMINO, A TERMINO Y POST TERMINO DE PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023

PESO AL NACER	EDAD GESTACIONAL AL PARTO															TOTAL				
	PRE TERMINO						A TERMINO						POST TERMINO							
	35-39		40-44		45-49		35-39		40-44		45-49		35-39		40-44	45-49	Fcia	%		
	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%				
500 a 1499	16	22.9	8	30.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	24	2.8
1500 a 2499	26	37.1	14	53.8	3	60.0	15	2.5	2	1.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	60	7.1
2500 a 3999	28	40.0	4	15.4	2	40.0	502	82.4	109	83.8	5	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	651	77.0
4000 a más	0	0.0	0	0.0	0	0.0	92	15.1	19	14.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	111	13.1
TOTAL	70	100.0	26	100.0	5	100.0	609	100.0	130	100.0	5	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	846	100.0

Fuente: Sistema Informático Perinatal. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Interpretación:

En la tabla 17, se observa el peso al nacer según la edad gestacional pre termino, a término y post termino de partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años.

En partos de edad gestacional pre termino, en primíparas de 35 a 39 años el peso al nacer más frecuente fue de 2500 a 3999 gramos (40.0%), seguido de 1500 a 2499 gramos (37.1%), de 500 a 1499 gramos (22.9%), y no se registraron partos con 4000 gramos a mas (0.0%). En partos de edad gestacional pre termino, en primíparas de 40 a 44 años el peso al nacer más frecuente fue de 1500 a 2499 gramos (53.8%), seguido de 500 a 1499 gramos (30.8%), de 2500 a 3999 gramos (15.4%), y no se registraron partos con 4000 gramos a mas (0.0%). Y en partos de edad gestacional pre termino, en primíparas de 45 a 49 años el peso al nacer más frecuente fue de 1500 a 2499 gramos (60.0%), seguido de 2500 a 3499 gramos (40.0%), no se registraron partos de 500 a 1499 gramos (0.09%), ni de 4000 gramos a mas (0.0%).

En partos de edad gestacional a término, en primíparas de 35 a 39 años el peso al nacer más frecuente fue de 2500 a 3999 gramos (82.4%), seguido de 4000 gramos a mas (15.1%), 1500 a 2499 gramos (2.5%), y no se registraron partos de 500 a 1499 gramos (0.0%). En partos de edad gestacional a término, en primíparas de 40 a 44 años el peso al nacer más frecuente fue de 2500 a 3999 gramos (83.8%), seguido de 4000 gramos a mas (14.6%), de 1500 a 2499 gramos (1.5%), y no se registraron partos de 500 a 1499 gramos (0.0%). Y en partos de edad gestacional a término, en primíparas de 45 a 49 años el peso al nacer más frecuente fue de

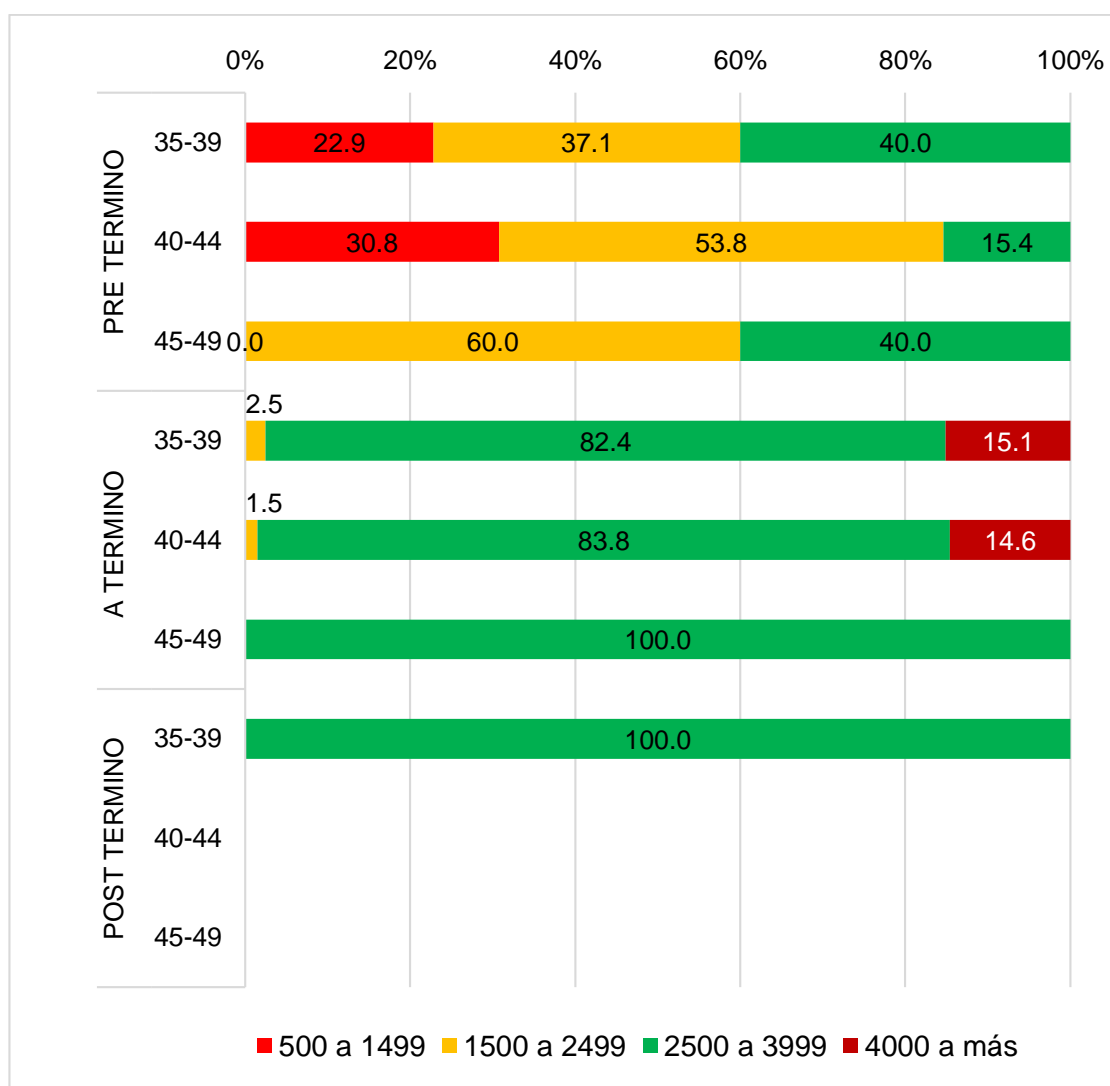
2500 a 3499 gramos (100.0%), no se registraron partos de 500 a 1499 gramos, ni de 1500 a 2499 gramos, ni de 4000 gramos a más.

En partos de edad gestacional post término, en primíparas de 35 a 39 años el peso al nacer más frecuente fue de 2500 a 3999 gramos (100.0%), no se registraron partos de 500 a 1499 gramos, ni de 1500 a 2499 gramos, ni de 4000 gramas a más. En partos de edad gestacional post termino en primíparas de 40 a 44 años no se registraron partos. Y en partos de edad gestacional post termino en primíparas de 45 a 49 años tampoco no se registraron partos.

Finalmente, en primíparas de 35 a 49 años, el peso al nacer más frecuente fue de 2500 a 3999 gramos (77.0%), seguido de 4000 a más gramos (13.1%), de 1500 a 2499 gramos (7.1%), y de 500 a 1499 gramos (2.8%).

GRÁFICO N° 17

PESO AL NACER SEGÚN EDAD GESTACIONAL PRE TERMINO, A TERMINO Y POST TERMINO DE PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023



Fuente: Tabla N° 17.

TABLA N° 18
EDAD GESTACIONAL Y PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023

EDAD GESTACIONAL	35 a 39 años		40 a 44 años		45 a 49 años		TOTAL	
	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%
22 a 27 semanas	5	0.74	5	3.21	0	0.00	10	1.18
28 a 36 semanas	65	9.56	21	13.46	5	50.00	91	10.76
37 a 41 semanas	609	89.56	130	83.33	5	50.00	744	87.94
42 semanas a más	1	0.15	0	0.00	0	0.00	1	0.12
TOTAL	680	100.00	156	100.00	10	100.00	846	100.00

Fuente: Sistema Informático Perinatal. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Interpretación:

En la tabla 18, se observa la edad gestacional y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años.

En primíparas de 35 a 39 años la edad gestacional más frecuente fue 37 a 41 semanas (89.56%), seguido de 28 a 36 semanas (9.56%), de 22 a 27 semanas (0.74%), y de 42 semanas a mas (0.15%).

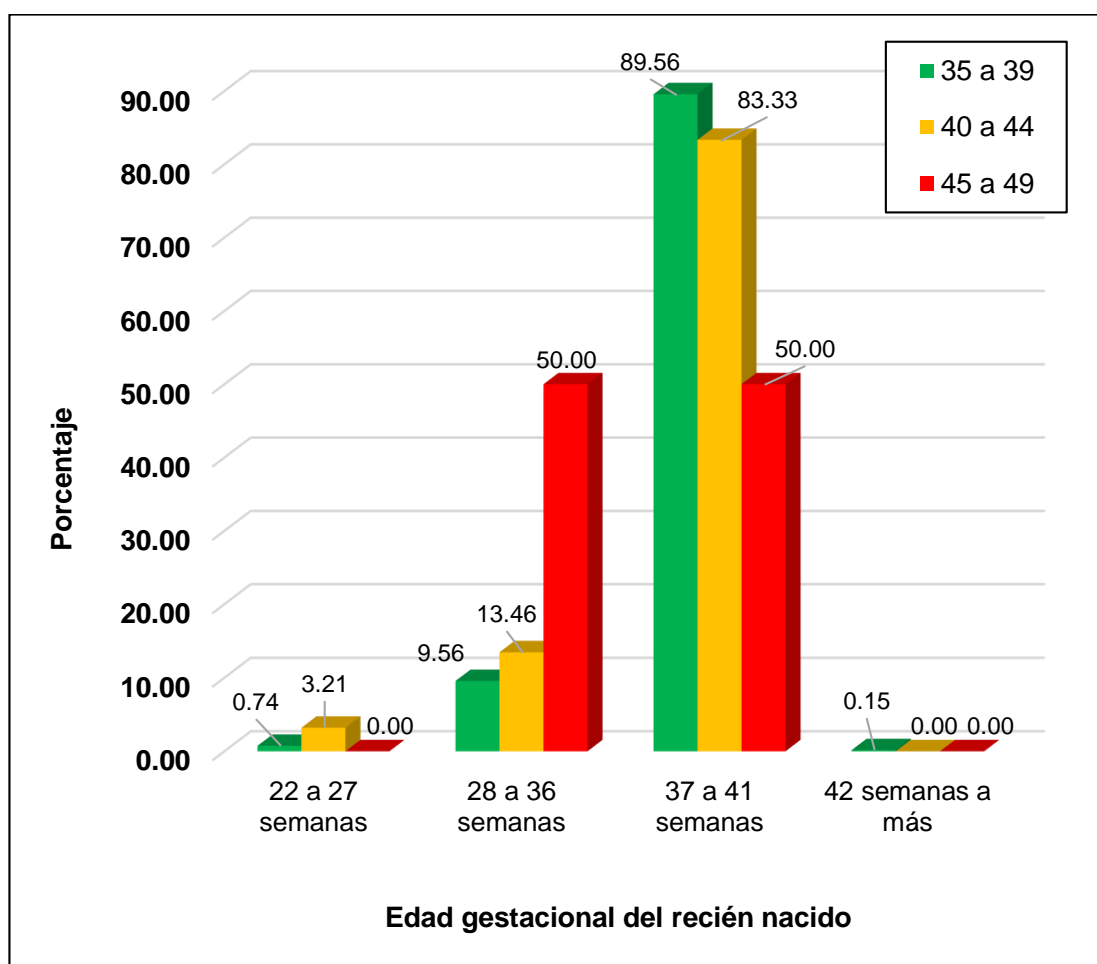
En primíparas de 40 a 44 años la edad gestacional más frecuente fue 37 a 41 semanas (83.33%), seguido de 28 a 36 semanas (13.46%), de 22 a 27 semanas (3.21%). En este grupo etéreo no se registraron partos con recién nacidos de 42 semanas a más.

En primíparas de 45 a 49 años la edad gestacional más frecuente fue 37 a 41 semanas (50.00%), seguido de 28 a 36 semanas (50.00%). En este grupo etéreo no se registraron partos con recién nacidos de 22 a 27 semanas ni de 42 semanas a más.

Finalmente, en primíparas de 35 a 49 años, la edad gestacional más frecuente fue 37 a 41 semanas (87.94%), seguido de 28 a 36 semanas (10.76%), de 22 a 27 semanas (1.18%), y edad gestacional de 42 semanas a mas (0.12%).

GRÁFICO N° 18

EDAD GESTACIONAL Y PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023



Fuente: Tabla N° 18.

TABLA N° 19

**RELACION PESO EDAD GESTACIONAL Y PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35
A 39 AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023**

PESO / EG	35 a 39 años		40 a 44 años		45 a 49 años		TOTAL	
	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%
PEG	30	4.41	10	6.41	1	10.00	41	4.85
AEG	545	80.15	125	80.13	9	90.00	679	80.26
GEG	105	15.44	21	13.46	0	0.00	126	14.89
TOTAL	680	100.00	156	100.00	10	100.00	846	100.00

Fuente: Sistema Informático Perinatal. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Interpretación:

En la tabla 19, se observa la relación peso edad gestacional y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años.

En primíparas de 35 a 39 años, predominó los productos con relación peso – edad gestacional “Adecuado para Edad Gestacional” (80.15%), seguido de “Grande para Edad Gestacional” (15.44%), y “Pequeño para Edad Gestacional” (4.41%).

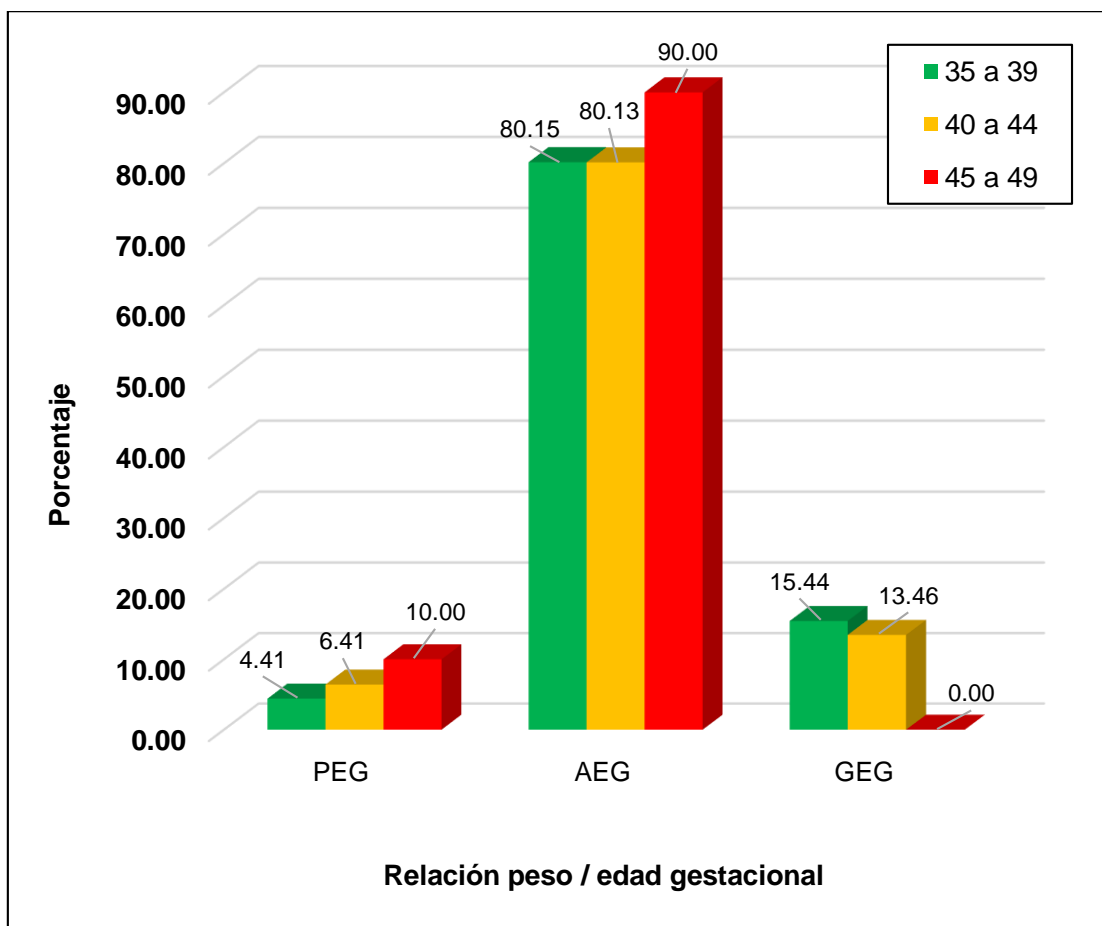
En primíparas de 40 a 44 años, predominó los productos con relación peso – edad gestacional “Adecuado para Edad Gestacional” (80.13%), seguido de “Grande para Edad Gestacional” (13.46%), y “Pequeño para Edad Gestacional” (6.41%).

En primíparas de 45 a 49 años, predominó los productos con relación peso – edad gestacional “Adecuado para Edad Gestacional” (90.00%), seguido de “Pequeño para Edad Gestacional” (10.00%). En este grupo etáreo no se registró partos con relación peso – edad gestacional “Grande para Edad Gestacional”.

Finalmente, en primíparas de 35 a 49 años, predominó los productos con relación peso – edad gestacional “Adecuado para Edad Gestacional” (80.26%), seguido de “Grande para Edad Gestacional” (14.89%), y “Pequeño para Edad Gestacional” (4.85%).

GRÁFICO N° 19

RELACION PESO EDAD GESTACIONAL Y PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023



Fuente: Tabla N° 19.

TABLA N° 20

APGAR AL MINUTO Y PARTOS PRE TERMINO, A TERMINO Y POST TERMINO DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2010 A 2023

APGAR AL MINUTO	EDAD GESTACIONAL AL PARTO															TOTAL				
	PRE TERMINO						A TERMINO						POST TERMINO			Fcia	%			
	35-39		40-44		45-49		35-39		40-44		45-49		35-39	40-44	45-49					
	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%		
<4	6	8.6	4	15.4	0	0.0	5	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	15	1.8
4 a 6	8	11.4	5	19.2	0	0.0	17	2.8	2	1.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	32	3.8
7 a 10	56	80.0	17	65.4	5	100.0	587	96.4	128	98.5	5	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	799	94.4
TOTAL	70	100.0	26	100.0	5	100.0	609	100.0	130	100.0	5	100.0	1	100.0	0	0.0	0	0.0	846	100.0

Fuente: Sistema Informático Perinatal. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Interpretación:

En la tabla 20, se observa el APGAR al minuto y edad gestacional al parto clasificado en pre termino, a término y post termino, según partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años.

En partos pre termino de primíparas de 35 a 39 años, predominó el APGAR 7 a 10 (80.0%), seguido de APGAR 4 a 6 (11.4%), y APGAR menor de 4 (8.6%). En

partos pre término de primíparas de 40 a 44 años, predominó el APGAR 7 a 10 (65.4%), seguido de APGAR 4 a 6 (19.2%), y APGAR menor de 4 (15.4%). Y en partos pre término de primíparas de 45 a 49 años, predominó el APGAR 7 a 10 (100.0%), no se registró APGAR 4 a 6 ni APGAR menor de 4.

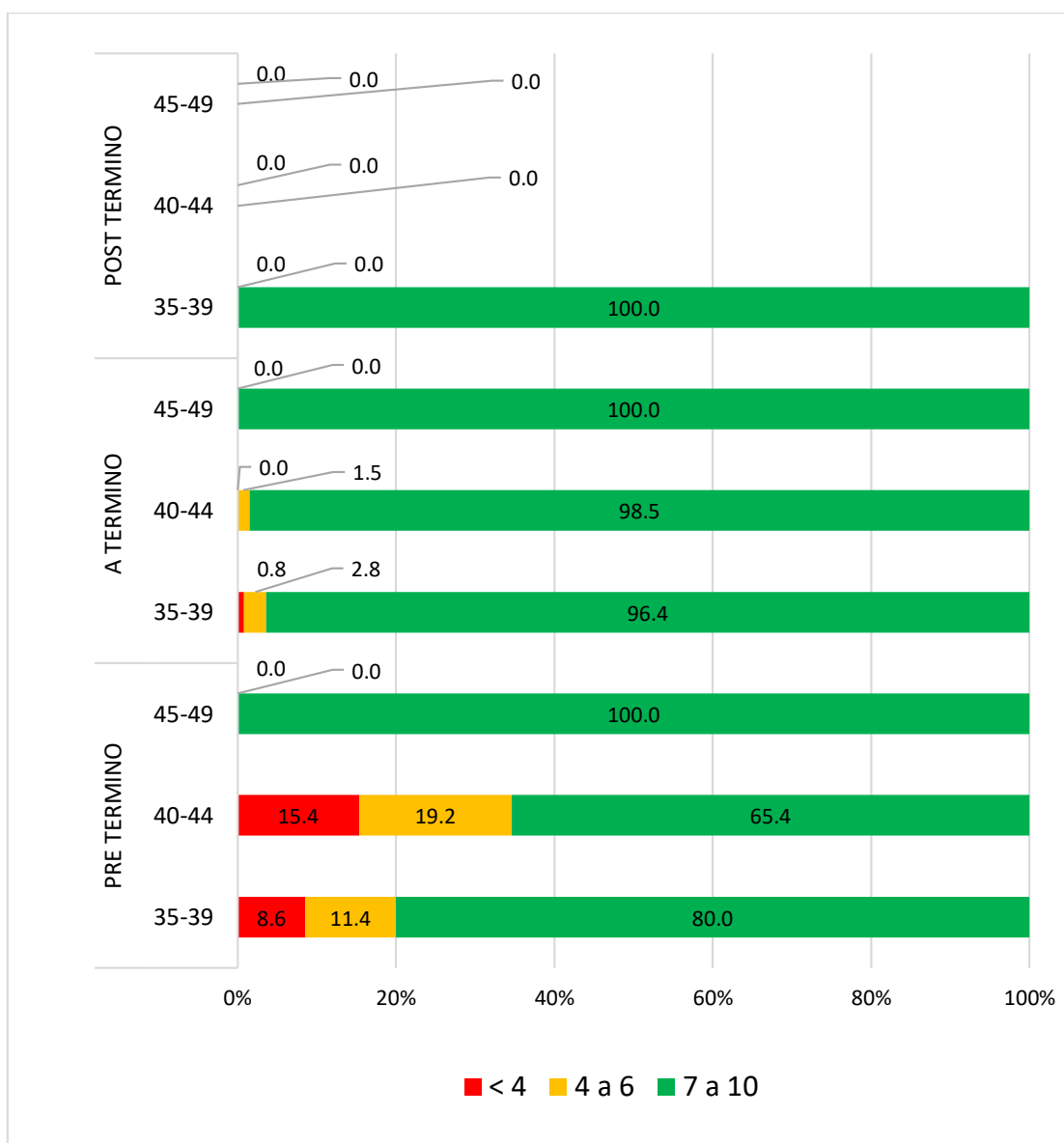
En partos a término de primíparas de 35 a 39 años, predominó el APGAR 7 a 10 (96.4%), seguido de APGAR 4 a 6 (2.8%), y APGAR menor de 4 (0.8%). En partos a término de primíparas de 40 a 44 años, predominó el APGAR 7 a 10 (98.5%), seguido de APGAR 4 a 6 (1.5%), y APGAR menor de 4 (0.0%). Y en partos a término de primíparas de 45 a 49 años, predominó el APGAR 7 a 10 (100.0%), no se registró APGAR 4 a 6 ni APGAR menor de 4.

En partos post término de primíparas de 35 a 39 años, predominó el APGAR 7 a 10 (100.0%), no se registró APGAR 4 a 6 ni APGAR menor de 4. En partos post término de primíparas de 40 a 44 años, no se registró APGAR 7 a 10, ni APGAR 4 a 6, ni APGAR menor de 4). Y en partos post término de primíparas de 45 a 49 años, no se registró APGAR 7 a 10, ni APGAR 4 a 6, ni APGAR menor de 4.

Finalmente, y considerando pacientes de pre término, a término y post término, en primíparas de 35 a 49 años, predominó el APGAR 7 a 10 (94.44%), seguido de APGAR 4 a 6 (3.78%), y APGAR menor de 4 (1.77%).

GRÁFICO N° 20

APGAR AL MINUTO Y PARTOS PRE TERMINO, A TERMINO Y POST TERMINO DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2010 A 2023



Fuente: Tabla N° 20.

TABLA N° 21

**APGAR A LOS 5 MINUTOS Y PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS,
DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA 2010 A 2023**

APGAR A LOS 5 MINUTOS	35 a 39 años		40 a 44 años		45 a 49 años		TOTAL	
	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%
< 4	1	0.15	0	0.00	0	0.00	1	0.12
4 a 6	8	1.18	2	1.28	0	0.00	10	1.18
7 a 10	670	98.67	154	98.72	10	100.00	834	98.70
TOTAL	679	100.00	156	100.00	10	100.00	845	100.00

Fuente: Sistema Informático Perinatal. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Interpretación:

En la tabla 21, se observa el APGAR a los 5 minutos y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 4 a 49 años.

En primíparas de 35 a 39 años, predominó el APGAR 7 a 10 (98.67%), seguido de APGAR 4 a 6 (1.18%), y APGAR menor de 4 (0.15%).

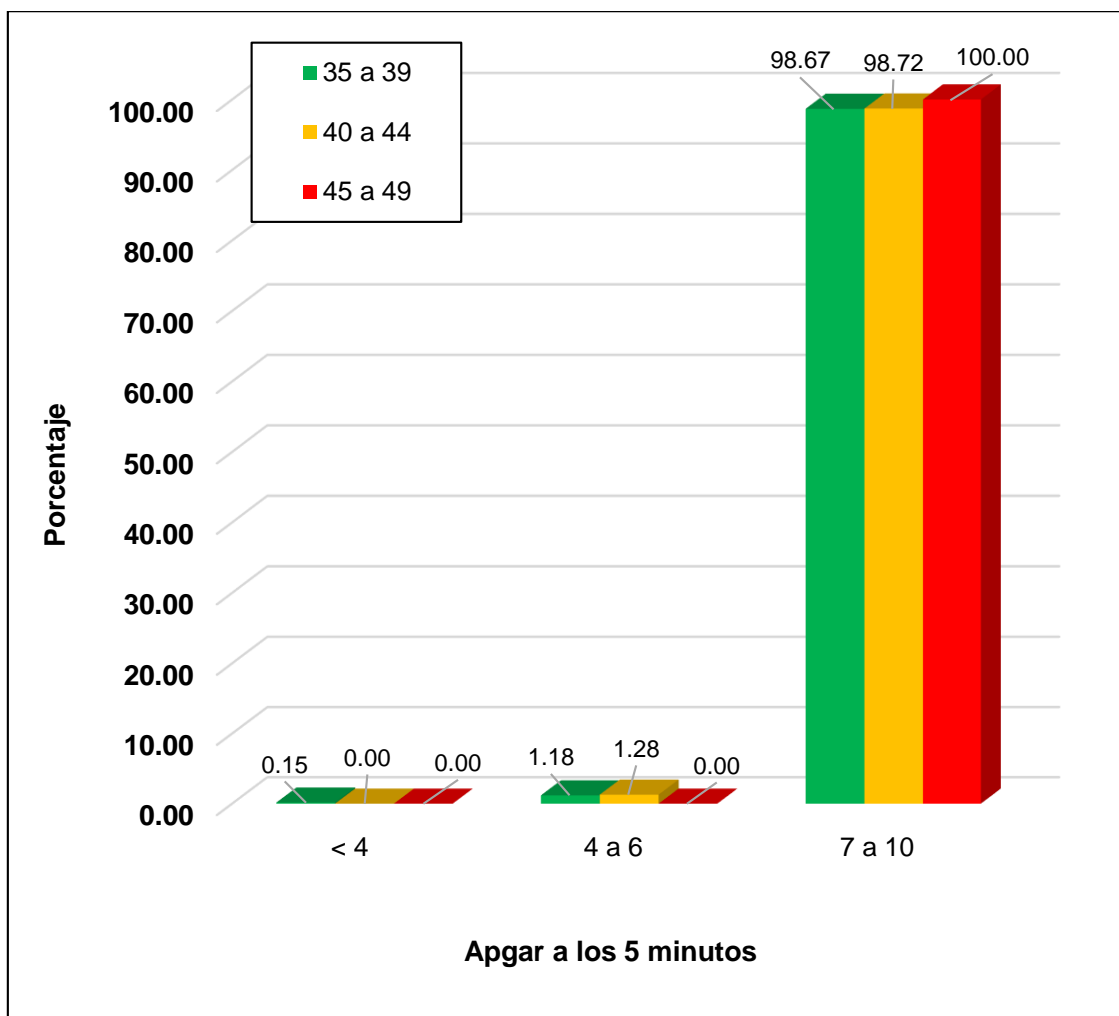
En primíparas de 40 a 44 años, predominó el APGAR 7 a 10 (98.72%), seguido de APGAR 4 a 6 (1.28%), no se registró APGAR menor de 4.

En primíparas de 45 a 49 años, predominó el APGAR 7 a 10 (100.00%), no se registró APGAR 4 a 6 ni APGAR menor de 4.

Finalmente, en primíparas de 35 a 49 años, predominó el APGAR 7 a 10 (98.70%), seguido de APGAR 4 a 6 (1.18%), y APGAR menor de 4 (0.12%).

GRÁFICO N° 21

**APGAR A LOS 5 MINUTOS Y PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS,
DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA 2010 A 2023**



Fuente: Tabla N° 21.

TABLA N° 22

**PATOLOGIAS NEONATALES Y PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS,
DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA DE 2010 A 2023**

PATOLOGÍAS NEONATALES	35 a 39 años		40 a 44 años		45 a 49 años		Total	
	680 RN		156 RN		10 RN		846 RN	
	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%
Sin patología	526	77.4	121	77.6	8	80.0	655	77.4
Hiperbilirrubinemia	54	7.9	16	10.3	1	10.0	71	8.4
Ictericia neonatal causas no especificadas	42	6.2	11	7.1	1	10.0	54	6.4
Incompatibilidad ABO	11	1.6	4	2.6	0	0.0	15	1.8
Ictericia neonatal por hemolisis	1	0.1	1	0.6	0	0.0	2	0.2
Infecciones	31	4.6	5	3.2	0	0.0	36	4.3
Sepsis neonatal	18	2.6	4	2.6	0	0.0	22	2.6
Conjuntivitis neonatales	9	1.3	1	0.6	0	0.0	10	1.2
Otras infecciones parasitarias congénitas	4	0.6	0	0.0	0	0.0	4	0.5
Alteraciones hidroelectrolíticas	21	3.1	3	1.9	0	0.0	24	2.8
Síndrome de dificultad respiratoria	18	2.6	3	1.9	1	10.0	22	2.6
Membrana hialina	7	1.0	2	1.3	0	0.0	9	1.1
Taquipnea transitoria	6	0.9	0	0.0	0	0.0	6	0.7
Síndrome de aspiración meconial	3	0.4	1	0.6	1	10.0	5	0.6
Neumonía congénita	2	0.3	0	0.0	0	0.0	2	0.2
Malformaciones congénitas	13	1.9	5	3.2	0	0.0	18	2.1
Fisura paladar	0	0.0	1	0.6	0	0.0	1	0.1
Labio leporino	1	0.1	0	0.0	0	0.0	1	0.1
Síndrome de Down	6	0.9	1	0.6	0	0.0	7	0.8
Otras malformaciones	4	0.6	3	1.9	0	0.0	7	0.8
Hidrocefalia	1	0.1	0	0.0	0	0.0	1	0.1
Malformaciones de órganos genitales	1	0.1	0	0.0	0	0.0	1	0.1
Traumatismos al nacer	6	0.9	0	0.0	0	0.0	6	0.7
Traumatismos del cuero cabelludo	4	0.6	0	0.0	0	0.0	4	0.5
Traumatismos del esqueleto al nacer	2	0.3	0	0.0	0	0.0	2	0.2
Hipoglicemia	4	0.6	2	1.3	0	0.0	6	0.7
Asfixia al nacer	4	0.6	1	0.6	0	0.0	5	0.6
Afecciones piel	3	0.4	0	0.0	0	0.0	3	0.4
Total	680	100.0	156	100.0	10	100.0	846	100.0

Fuente: Sistema Informático Perinatal. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Interpretación:

En la tabla 22, se observa las patologías neonatales y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años.

En primíparas de 35 a 39 años, no se presentó ninguna patología en el 74.4% de recién nacidos. En el 7.9% se presentó hiperbilirrubinemia (ictericia neonatal por causas no especificadas 6.2%, incompatibilidad ABO 1.6%, ictericia neonatal por hemólisis 0.1%); el 4.6% presentó algún tipo de infección (sepsis neonatal 2.6%, conjuntivitis neonatal 1.3%, otras infecciones parasitarias congénitas 0.6%); el 3.1% presentó alteraciones hidroelectrolíticas; el 2.6% presentó síndrome de dificultad respiratoria (membrana hialina 1.0%, taquipnea transitoria 0.9%, síndrome de aspiración meconial 0.4%, neumonía congénita 0.3%); el 1.9% presentó malformaciones congénitas (labio leporino 0.1%, síndrome de Down 0.9%, otras malformaciones 0.6%, hidrocefalia 0.1%, malformaciones de órganos genitales 0.1%); el 0.9% presentó traumatismo al nacer (traumatismo de cuero cabelludo 0.6%, traumatismo del esqueleto al nacer 0.3%); el 0.6% presentó hipoglicemia; el 0.6% presentó asfixia al nacer; y el 0.4% presentó afecciones a la piel.

En primíparas de 40 a 44 años, no se presentó ninguna patología en el 77.6% de recién nacidos. En el 10.3% se presentó hiperbilirrubinemia (ictericia neonatal por causas no especificadas 7.1%, incompatibilidad ABO 2.6%, ictericia neonatal por hemólisis 0.6%); el 3.2% presentó algún tipo de infección (sepsis

neonatal 2.6%, conjuntivitis neonatal 0.6%, no se presentaron otras infecciones parasitológicas congénitas); el 1.9% presento alteraciones hidroelectrolíticas; el 1.9% presento síndrome de dificultad respiratoria (membrana hialina 1.3%, síndrome de aspiración meconial 0.6%, no se presentaron taquipnea transitoria ni neumonía congénita); el 3.2% presento malformaciones congénitas (fisura del paladar 0.6%, síndrome de Down 0.6%, otras malformaciones 1.9%, no se presentaron casos de labio leporino, hidrocefalia ni malformación de órganos); el 1.3% presento hipoglicemia; y el 0.6% presento asfixia al nacer. En el grupo etéreo no se registró traumatismos al nacer ni afecciones a la piel.

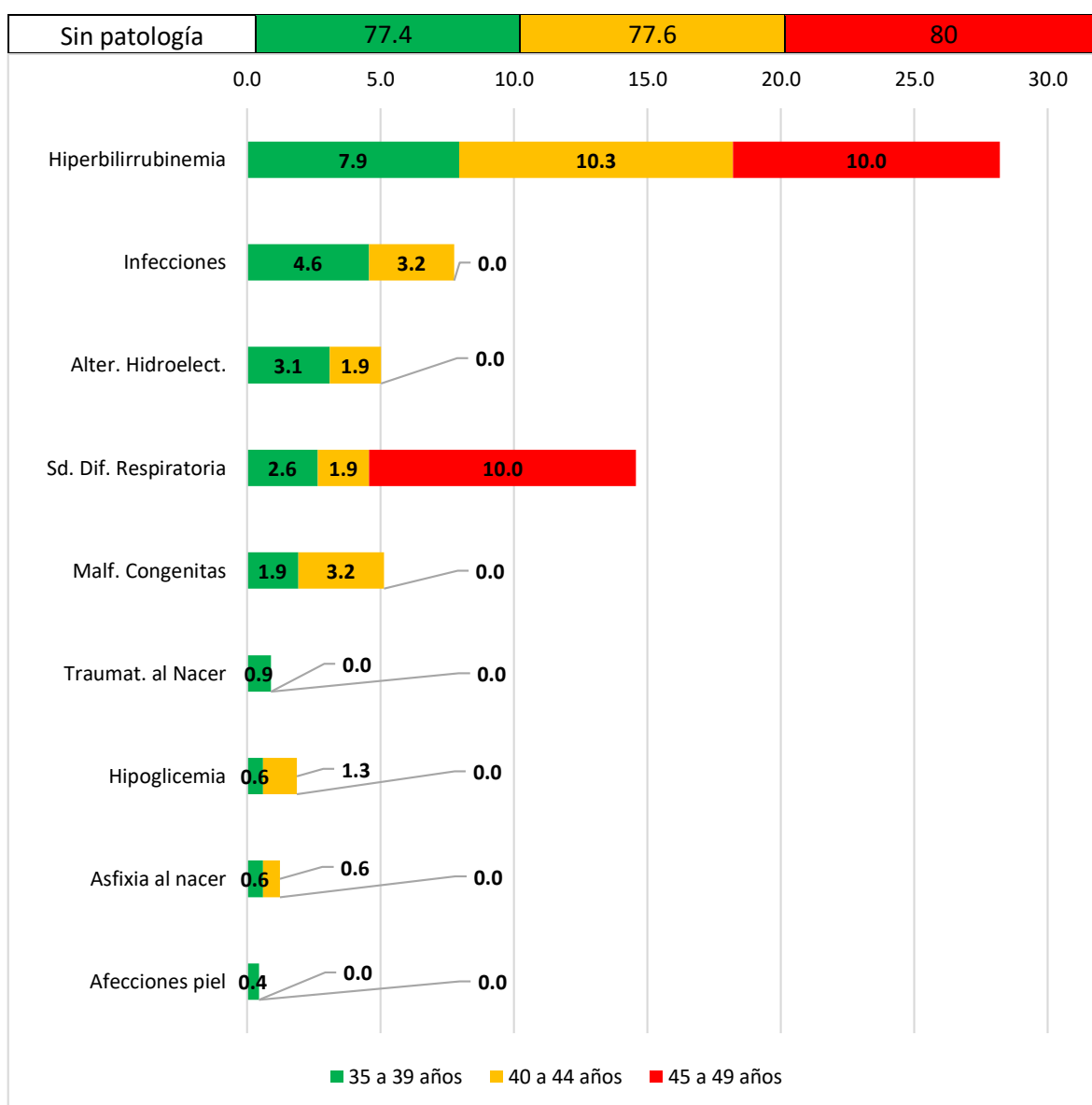
En primíparas de 45 a 49 años, no se presentó ninguna patología en el 80.0% de recién nacidos. En el 10.0% se presentó hiperbilirrubinemia (ictericia neonatal por causas no especificadas 10.0%); el 10.0% presento síndrome de dificultad respiratoria (síndrome de aspiración meconial 10.0%). No se presentaron casos de infecciones, alteraciones hidroelectrolíticas, malformaciones congénitas, traumatismos al nacer, hipoglicemia, asfixia al nacer, o afecciones a la piel. En este grupo etéreo, el porcentaje de pacientes que presentaron síndrome de dificultad respiratorio alcanzo el 10% que es muy alto en comparación a las primíparas de 35 a 39 o de 40 a 44 años, lo cual llama la atención y debe ser considerado en las conclusiones y recomendaciones.

Finalmente, en primíparas de 35 a 49 años, no se presentó ninguna patología en el 77.4% de recién nacidos. En el 8.4% se presentó hiperbilirrubinemia (ictericia neonatal por causas no especificadas 6.4%, incompatibilidad ABO 1.8%, ictericia

neonatal por hemolisis 0.2%); el 4.3% presento algún tipo de infección (sepsis neonatal 2.6%, conjuntivitis neonatal 1.2%, otras infecciones parasitarias congénitas 0.5%); el 2.8% presento alteraciones hidroelectrolíticas; el 2.6% presento síndrome de dificultad respiratoria (membrana hialina 1.1%, taquipnea transitoria 0.7%, síndrome de aspiración meconial 0.6%, y neumonía congénita 0.2%); el 2.1% presento malformaciones congénitas (fisura de paladar 0.1%, labio leporino 0.1%, síndrome de Down 0.8%, otras malformaciones 0.8%, hidrocefalia 0.1%, y malformaciones de órganos genitales 0.1%); el 0.7% presento traumatismos al nacer (traumatismos del cuero cabelludo 0.5%, y traumatismo del esqueleto al nacer 0.2%); el 0.7% presento hipoglicemia; el 0.6% presento asfixia al nacer; y el 0.4% presento afecciones a la piel.

GRÁFICO N° 22

PATOLOGIAS NEONATALES Y PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023



Fuente: Tabla N° 22.

Observación: la lectura porcentual por grupo etáreo se realiza en forma vertical.

TABLA N° 23

MUERTE PERINATAL SEGÚN PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023

MUERTE PERINATAL	35 a 39 años		40 a 44 años		45 a 49 años		TOTAL	
	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%	Fcia	%
Muerte fetal	7	46.67	8	57.14	0	0.00	15	51.72
Muerte neonatal	8	53.33	6	42.86	0	0.00	14	48.28
TOTAL	15	100.00	14	100.00	0	0.00	29	100.00

Fuente: Sistema Informático Perinatal. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Interpretación:

En la tabla 23, se observa la muerte perinatal en primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años.

En primíparas de 35 a 39 años, predominó la muerte neonatal (53.33%) sobre la muerte fetal (46.67%).

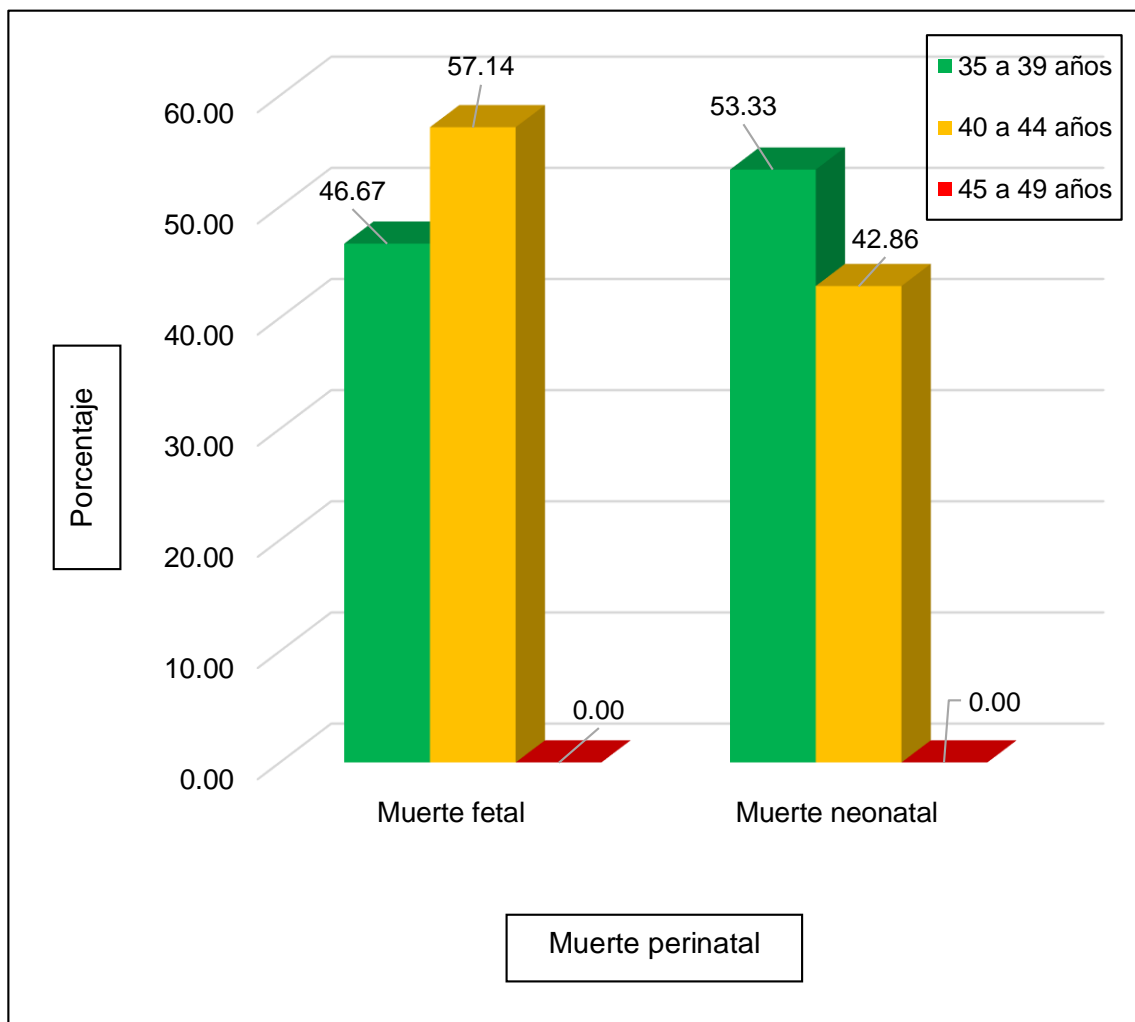
En primíparas de 40 a 44 años, predominó la muerte fetal (57.14%) sobre la muerte neonatal (42.86%).

En primíparas de 45 a 49 años, no se registró muerte fetal ni muerte neonatal.

Finalmente, en primíparas de 35 a 49 años, predominó la muerte fetal (51.72%) sobre la muerte neonatal (48.28%).

GRÁFICO N° 23

MUERTE PERINATAL Y PARTOS DE PRIMIPARAS DE 35 A 39 AÑOS, DE 40 A 44 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023



Fuente: Tabla N° 23.

4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS

En la tabla 01, se detalla el número total de primíparas según grupo etáreo atendidas por parto (vaginal y cesárea) en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna desde el año 2010 hasta 2023 que asciende a 861 partos. Considerando primíparas de 35 a 39 años se tuvo 687 partos (79.79%), de 40 a 44 años 164 partos (19.05), y de 45 a 49 años 10 partos (1.16%).

Esta tabla nos brinda el número total de partos en general desde el año 2010 al 2023, asimismo, el número total de partos en pacientes de 35 años a más, y por último el número total de partos de pacientes primíparas de 35 años a más. Las tendencias se analizan en el gráfico 2 y nos muestran que el número de partos disminuye año a año y el número de partos en pacientes de 35 años a más presenta incremento positivo y por último la tendencia de partos en primíparas de 35 años a más presenta una línea de tendencia más positiva aun o con tendencia más marcada.

A nivel internacional, Balestena Sánchez et al., en su estudio “La edad materna avanzada como elemento favorecedor de complicaciones obstétricas y del nacimiento”, menciona que la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) desde el año de 1958, ha denominado la gestación en una mujer de edad avanzada como la que ocurre desde los 35 años en adelante. Asimismo, que las gestaciones con 35 años a más varían entre 7.1% y 9.6%,

con una clara tendencia al ascenso. Por ejemplo, en Chile desde 1990 a 2006 aumento de un 10% a un 16%. También en los Estados Unidos de Norteamérica entre 1991 a 2001 las gestaciones entre los 30 a 35 años y 40 a 44 años se incrementaron en un 36% y 70% respectivamente (48). Estos resultados guardan relación con los resultados encontrados en la presente tesis, considerando el tiempo de ejecución de ambos y la proyección la comparación porcentual coincidiría. En la tesis se encontró un 16% de gestantes de edad avanzada, que corresponde con lo encontrado en Chile.

También a nivel internacional, Hamilton et al., en su estudio “Cambio en la tasa de natalidad por cada 1000 mujeres de 1990 a 2014 por cohorte de edad”, encontró que la tasa de natalidad cambio entre 1990 a 2014 en el grupo etáreo de 15 a 19 años desde 59.9 x 1000 mujeres a 24.2 x 1000 mujeres; de 20 a 24 años desde 116.5 a 79.0; de 25 a 29 años desde 120.2 a 105.8; de 30 a 34 años desde 80.8 a 100.8; de 35 a 39 años desde 31.9 a 51; de 40 a 44 años de 5.5 a 10.6; y de 45 a 49 años desde 0.2 a 0.8; es decir, la relación de la tasa de natalidad se ha invertido desde los 30 años, llegando a duplicarse en el grupo de 40 a 44 años y a cuadruplicarse en el grupo de 45 a 49 años (49). Este estudio concuerda con la tendencia encontrada en la tesis realizada por el autor, donde se encontró un decremento del número de partos acompañado de un incremento porcentual del embarazo en mujeres de edad avanzada (gestantes de 35 años a mas).

A nivel nacional, Ayala Peralta et al., en su estudio “Factores asociados a morbilidad materna y perinatal en gestantes con edad materna avanzada”, realizado en la ciudad de Lima en 2018 con la participación de 325 embarazadas. El autor encontró que las gestantes entre 35 a 39 años representaron el 71.7% y de 40 a más años el 28.3% (26). Estos resultados se aproximan a los hallados en la presente tesis, donde se encontró entre 35 a 39 años un 79.79%, de 40 años a más 23.56% (40 a 44 años 19.05% y 45 a 49 años 1.16%), estas diferencias porcentuales se deberían a un tiempo ligeramente diferente y a dos zonas geográficas diferentes dentro del mismo país, sin embargo, la correspondencia es evidente. Asimismo, no se observa mayor diferencia con los porcentajes por quinquenio etáreo en gestantes no primíparas y primíparas.

A nivel local, Romero Romero, en su tesis “Edad materna avanzada como factor de riesgo para incremento de morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna año 2016”, realizada con la participación de 617 gestantes (208 casos y 409 controles), encontró que un 33.7% de gestantes tenían 35 años o más (edad promedio 38.08 años \pm 2.5) en comparación al 66.3% que tenían menos de 35 años (edad promedio 26.96 años \pm 4.1) (35). Los resultados reportados por Romero Romero difieren de los hallados en la presente tesis en el porcentaje de gestantes de 35 años a más: 33.7% frente al 16%. Esto se debería a que Romero Romero considero para su estudio el año 2016 y el presente estudio está comprendido entre 2010 a 2023 (14 años

de estudio). Sin embargo, las tendencias son evidentes y corresponden con el comportamiento nacional e internacional.

En la revisión bibliográfica, Cunningham en su libro "Williams Obstetricia", señala que el embarazo en los extremos de la vida reproductiva tiene una serie de particularidades (adolescencia y edad materna avanzada). Respecto a la edad materna avanzada, el embarazo de 35 años a más representa el 15% de las gestaciones en Estados Unidos (50), lo cual corresponde a lo encontrado en la presente tesis (16%). Cunningham también detalla que después de los 35 años aumentan dramáticamente los riesgos de complicaciones obstétricas y la morbilidad y mortalidad perinatal (50).

A la luz de la realidad actual, el embarazo en edad materna avanzada constituye un reto para el profesional médico, la pirámide poblacional mundial viene cambiando hace aproximadamente 50 años y con ella las patologías de la mujer, incluida la gestación.

En la tabla 02, se observa el número de parto por año, desde 2010 hasta 2023. El número de partos de gestantes de 35 años a más se ha ido incrementando levemente año a año, sin embargo, el valor porcentual de los partos en gestantes de 35 años a más se ha ido incrementando paulatinamente.

A nivel internacional, Macías Villa en su estudio "Edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido", realiza un

análisis introductorio al fenómeno de la maternidad en el último siglo. Sostiene que la mujer contemporánea decide por ella misma postergar la maternidad por una serie de motivos, dentro de los cuales resaltan los motivos profesionales, culturales o sociales (51). Este comportamiento inicio en países desarrollados y conforme pasan las décadas se ha ido masificando a otros países en vías de desarrollo o mal administrados. La mujer decide postergar su maternidad para satisfacer otras necesidades o metas que considera más prioritarias, en este actuar transcurren los años y el tiempo ideal para la reproducción termina, llegando a los 35, 40 o inclusive a los 45 años cuando decide retomar su etapa reproductiva que ya termino años atrás.

También a nivel internacional, Gongora-Avila et al., en su estudio “Caracterización de gestantes en edades extremas de la vida”, realizado en Las Tunas – Cuba con la participación de 3734 gestantes. Los autores encontraron mencionan que, si bien es cierto, el proceso de la gestación es un proceso fisiológico, pero este proceso expone al binomio madre niño a riesgo de enfermar o morir, este riesgo se incrementa por debajo de los 18 años o por encima de los 35 años. En gestantes de 35 años a más la probabilidad de alcanzar un embarazo disminuye por el deterioro de la calidad de los óvulos, adicionalmente algunas mujeres de esta edad inician o debutan con enfermedades crónicas o no transmisibles, hecho que dificulta la obtención de un producto sano con pleno potencial genético, fisiológico y vital (52). En el estudio realizado por los autores, para 2020, se encontró un 9% de

gestantes de 35 a 46 años, porcentaje que difiere ampliamente con lo encontrado en la presente tesis, donde se reporta un 16%. Este hecho se explicaría porque Cuba mantiene un modelo de salud preventiva que incide en el cuidado de la salud de su población.

En otro estudio internacional, Carducci nos entrega “Edad materna avanzada como factor de riesgo de resultados adversos maternos y perinatales”, realizado en Argentina con la participación de 610 gestantes. El autor menciona que la tasa de fertilidad ha disminuido desde 1950 a 2017 un 49%, es decir de un 4.7 nacidos vivos a un 2.4 nacidos vivos por cada 1000 mujeres, esto representa una disminución importante, sin embargo al analizar la tasa específica de fertilidad por edad se observa que ha aumentado desde los 30 años en adelante, adicional a este fenómeno, se observó que ha aumentado la primiparidad en gestantes de 35 a más años (53). Este fenómeno se observa también en Estados Unidos, donde en 1990 se registraba un 8% de primiparidad y aumento en 2002 a un 11% y en 2024 a un 15%. Nótese que a nivel mundial las gestantes de 35 años a más representan un 12.3%. Estos resultados coinciden plenamente con las curvas descritas en la presente tesis, donde se observa una disminución de partos en la población en general, pero un incremento de los partos en gestantes de 35 años a más, además del incremento porcentual que representa este tipo de gestante sobre el total de gestantes.

A nivel nacional, Pantigoso Gutiérrez en su tesis titulada “Edad materna avanzada en primigestas como factor de riesgo para complicaciones materno – perinatales”, realizada en el Hospital de Vitarte en la ciudad de Lima con la participación de 86 primigestas de 35 años a mas (grupo de exposición) y 86 primigestas de 20 a 34 años (grupo control). Encontró que la distribución de primigestas en el primer grupo fue dispersa pero con mayor frecuencia en los 26 años, mientras que en el segundo grupo las primigestas se concentraron en los 35 años después de esta edad la frecuencia disminuyó hasta los 45 años (54). Estos resultados concuerdan con los reportados en la presente tesis, sobre todo en la concentración de gestantes de edad avanzada en el quinquenio de 35 a 39 años, sobre el quinquenio de 40 a 44 años. Ambos estudios coinciden con la tendencia nacional e internacional.

A nivel local, Quenaya Coaquera en su tesis titulada “Relación entre edad materna avanzada y resultados materno perinatales en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2000 – 2018”, realizada incluyendo a 8075 gestantes que cumplieron los criterios de selección, reportó que el número de partos en general presentó una curva de incremento entre 2000 y 2005, para luego mantenerse y disminuir hasta 2018; en ese mismo periodo de tiempo el número de partos de 35 a 49 años se incrementó constantemente para ir de 230 en el año 2000 hasta 579 en el año 2018, de la misma forma, el valor porcentual también se incrementó desde un 9.3% en 2000 hasta un 17.2% en 2018 (promedio 12.5%) (34). Estos resultados coinciden plenamente con los

resultados de la presente tesis, pues ambos estudios se centran en los mismos grupos etáreos de la misma institución y las tendencias son similares en ambas investigaciones.

Se puede analizar de todo lo mencionado, que la tendencia mundial, nacional y local coinciden en la disminución de la natalidad en mujeres menores de 35 años en contraste con un incremento de la natalidad en gestantes de 35 años a más. En Tacna, si bien es cierto el número total de partos viene disminuyendo año a año, pero el valor porcentual de los partos en gestantes de 35 años a más se viene incrementando.

En la tabla 3, se observa el número total de gestantes primíparas desde el año 2010 a 2023, y como este número disminuye conforme transcurren los años, sin embargo, el valor numérico y porcentual de gestantes primíparas de 35 años a más o añosas se viene incrementado en ese mismo lapso de tiempo, es decir, existe una relación inversamente proporcional entre el número total de gestantes primíparas y el porcentaje de gestantes primíparas de 35 años a más.

De la misma forma, el valor numérico y porcentual de gestantes primíparas de 35 a 39 años también se vienen incrementando año a año; así también en el grupo etáreo de 40 a 44 años y de 45 a 49 años. Al comparar los grupos etáreos, sobresale el de 35 a 39 años sobre el grupo etáreo de 40 a 44 años y sobre el grupo etáreo de 45 a 49 años.

A nivel internacional, Dessie en su artículo original titulado “Primiparidad en una edad avanzada: un patrón emergente que necesita cortesía para alcanzar las metas de salud materna de los objetivos de desarrollo del milenio”, menciona aspectos muy importantes a considerar respecto a la primiparidad después de los 35 años. La autora señala que este fenómeno se desarrolla en un contexto social algo común a nivel mundial hasta la fecha, la primiparidad en el extremo inferior del periodo reproductivo de la mujer se ha estudiado y brindado atención y recursos para su solución, sin embargo, en el otro extremo de la edad reproductiva de la mujer no ha sido tomado en cuenta hasta los últimos años. Por consenso se entiende primiparidad en edad avanzada a una mujer de 35 años a más que tiene su primer embarazo y su primer parto, es decir que la gestación terminó en parto y no en aborto; este hecho, junto a otros que caracterizan a la mujer contemporánea, tales como el incremento de los años escolarizados, el proceso de urbanización y el deseo cada vez más ansiado de las mujeres de ser individualmente autónomas (55). Es decir, esta primiparidad no solo es un proceso biológico y fisiológico de la mujer, sino que va más allá, es la expresión de un complejo fenómeno social de finales del siglo pasado, que implica el deseo manifiesto de la mujer de postergar su maternidad por motivos que ella considera importantes, tanto como para exponerse ella y su futura gestación por desarrollarse en una edad que no es conveniente ni para ella ni para su futuro recién nacido. Los principales motivos serían el crecimiento profesional y personal, alcanzar la estabilidad económica,

satisfacer necesidades de libertad, viaje u otros que la mujer considera importantes para ella misma.

En otro estudio internacional, realizado por Martinelli, en su artículo “Edad materna avanzada y factores asociados al cuasi accidente neonatal en mujeres nulíparas y multíparas”, realizado en Brasil entre 2011 y 2012 con la participación de 15092 gestantes que cumplieron los criterios de selección. El autor dividió la población de estudio en dos grupos: nulíparas (primíparas) y multíparas, las 516 nulíparas (primíparas) de 35 años a mas representaron el 20.46% y las 2005 multíparas de 35 años a mas representaron el 79.53% (56). Estos resultados no coinciden con los hallados en la presente tesis, pues Martinelli encuentra en primíparas de 35 años a más 20.46% y en la presente tesis se encontró 12.2%, este hecho se explicaría por la diferencia de contexto geográfico y cultural, entendiéndose que la población de Brasil tiene otro tipo de costumbres diferentes a las mujeres de 35 años a más de la ciudad de Tacna.

A nivel nacional, Soto Mosquera en su tesis “Prevalencia de parto por cesárea en primíparas en el Perú y factores asociados: análisis de la ENDES 2018”, realizada sobre la base de datos de ENDES 2018 de 19824 mujeres primíparas del Perú, encontró que el 1.98% fueron gestantes primíparas de 35 años a mas (57). Este resultado no coincide con el encontrado en la presente tesis (12.2%), se explicaría por la diferente temporalidad y ámbito.

A nivel local, Quispe Garay en su tesis titulada “Actitudes y nivel de conocimiento de madres primíparas sobre lactancia materna exclusiva en el servicio de neonatología HHUT – Tacna 2015”, estudio a 69 madres primíparas y encontró 2 primíparas entre 35 a 39 años (2.9%) y 1 primípara de 40 años a mas (1.4%), juntos representaron el 4.3% (58). Este resultado no coincide con el 12.2% encontrado en la presente tesis, esta diferencia se debería a la temporalidad, puesto que la tesis abarca hasta el año 2023. Sin embargo, la presencia de primíparas de 35 años a mas es evidente en la muestra de estudio de Quispe Garay.

También a nivel local, Condori Chavez en su tesis titulada “Prevalencia y factores asociados a la indicación de cesárea en mujeres primíparas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2021 – 2022”, realizada con la inclusión de 1046 gestantes, encontró para 2021 y 2022 en gestantes de 35 a 39 años un 8.23% y 8.03% respectivamente y de 40 años a más un 1.81% y 3.28% respectivamente, es decir de 35 a más años se encontró 10.04% y 11.31% respectivamente (59), estos resultados corresponden a los encontrados en la presente tesis que se detalla en 12.2% de primíparas de 35 años a más. Esta similitud se explicaría por el mismo ámbito y coincidencia de parte de la temporalidad del estudio.

Se puede analizar de todo lo mencionado, que la primiparidad es un fenómeno que año a año es más común no solo en países desarrollados sino también en países en desarrollo, toda vez que los estratos de la población

reservan un número importante para mujeres que encajan en el grupo etáreo de 35 años a más con el deseo de acceder a una gestación después de haber satisfecho otro tipo de necesidades que postergaron su maternidad. En este escenario la primiparidad tiene valores porcentuales también en crecimiento en mujeres de edad avanzada.

En la tabla 4, se observa el distrito de procedencia del total de partos de gestantes primíparas de 35 años a más y el número de partos de gestantes según grupo etáreo de 35 a 39 años, de 40 a 44 años, y de 45 a 49 años. En primíparas de 35 a 39 años, se observa que provienen del distrito de Tacna (55.17%), seguido de Gregorio Albarracín (26.64%), Alto Alianza (7.28%), Ciudad Nueva (6.99%), Pocollay (1.16%), Calana (0.58%), Palca (0.0%), y otros (2.18%). En primíparas de 40 a 44 años, se observa que provienen del distrito de Tacna (56.71%), seguido de Gregorio Albarracín (26.22%), Alto Alianza (6.71%), Ciudad Nueva (6.10%), Pocollay (1.83%), Calana (0.61%), Palca (0.61%), y otros (1.22%). En primíparas de 45 a 49 años, se observa que provienen del distrito de Tacna (50.00%), seguido de Gregorio Albarracín (20.00%), Alto Alianza (20.00%), y Pocollay (10.00%). No se registraron gestantes primíparas en los distritos de Ciudad Nueva, Calana, Palca, ni en otros distritos. Asimismo, al considerar el total de primíparas de 35 a 49 años, se observa que provienen del distrito de Tacna (55.40%), seguido de Gregorio Albarracín (26.48%), Alto Alianza (7.32%), Ciudad Nueva (6.74%), Pocollay (1.39%), Calana (0.58%), Palca (0.12%), y otros (1.97%).

A nivel internacional, Londoño-Cadena et al., en su artículo original titulado “Frecuencia y factores relacionados al no cumplimiento del control prenatal en gestantes de 35 años o más en el Cauca, Colombia, 2016-2018”, realizado en Colombia con la participación de 1016 gestantes añosas, encontraron que el 86.9% procedía de zona de residencia rural y el 13.1% procedía de zona de residencia urbana (60). Estos resultados no coinciden con los hallados en la presente tesis donde se encontró un 2.67% de procedencia rural y un 97.33% de procedencia urbana; esta diferencia se explica plenamente porque el ámbito de residencia es una característica muy particular de cada grupo de personas o pacientes. Por lo que los resultados no tendrían que ser necesariamente comparables.

A nivel nacional, Soto Mosquera, en su tesis titulada “Prevalencia de parto por cesárea en primíparas en el Perú y factores asociados: análisis de la ENDES 2018”, encontró que el 24.9% de gestantes de 35 años a mas vivían en área de residencia rural y el 75.1% vivían en área de residencia urbana (57). De la misma forma, el porcentaje de pacientes que viven en zona urbana o rural no se pueden comparar porque es una característica particular de la zona geográfica donde se asienta la población.

A nivel local, Condori Chavez en su tesis titulada “Prevalencia y factores asociados a la indicación de cesárea en mujeres primíparas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2021 – 2022”, en la tabla sobre el área de residencia, para los años 2021 y 2022 se

reporta que en Tacna viven el 98.39% y 84.12% de gestantes primíparas respectivamente; en Gregorio Albarracín Lanchipa el 0.4% y 7.12% respectivamente; en Ciudad Nueva el 0.2% y 3.1% respectivamente; en Alto Alianza el 0.2% y 1.64% respectivamente; Pocollay 0% y 1.28% respectivamente; en Calana 0% y 0.73% respectivamente; y otros el 0.8% y 2.01% respectivamente (59). Estos resultados no coinciden con la presente tesis, debido probablemente a la vía del parto. Sin embargo, los datos generales guardan relación con la población de estudio.

Se puede analizar de todo lo mencionado, que el área de residencia donde vive la gestante primípara de 35 años a más guarda relación con el patrón general de las demás gestantes.

En la tabla 5, se observa el grado de instrucción y el total de partos en gestantes primíparas de 35 años a más, de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años. En primíparas de 35 a 39 años, se observa que el grado de instrucción secundaria (55.17%) fue el más frecuente, seguido de superior (41.19%), primaria (3.49%), y analfabeta (0.15%). En primíparas de 40 a 44 años, el grado de instrucción más frecuente fue secundaria (54.27%), seguido de superior (29.88%), primaria (15.85%), y analfabeta (0.00%). Y en primíparas de 45 a 49 años, el grado de instrucción más frecuente fue secundaria (50.00%), y superior (50.00%), no se registraron partos en gestantes primíparas con nivel de instrucción primaria o analfabeta. Asimismo, en primíparas de 35 a 49 años, el nivel de instrucción más frecuente es

secundaria (54.94%), seguido de superior (39.14%), primaria (5.81%), y analfabeta (0.12%).

A nivel internacional, Gao et al., en su artículo original titulado “Relación entre la edad de gestantes con diabetes mellitus gestacional y el modo de parto y el puntaje de Apgar neonatal”, estudiaron 583 gestantes (377 grupo control y 206 grupo expuesto) entre 2019 y 2022 en China, donde reportaron nivel de instrucción primaria en gestantes de 35 años a más 2.43%, nivel secundario 27.67% y nivel universitario o superior 69.9% (61). Estos resultados no corresponden a los hallados por el tesista, quien encontró analfabetismo 0.12%, primaria 5.81%, secundaria 54.94%, y superior 39.14%; esto se explicaría por la procedencia de las unidades de estudio, China tiene mejor sistema educativo que Perú, ello se ve reflejado en la ausencia de analfabetismo y el alto porcentaje de gestantes de 35 años a más con nivel de instrucción superior.

A nivel nacional, Ayala Peralta en su estudio “Factores asociados a morbilidad materna y perinatal en gestantes con edad materna avanzada”, reporto para gestantes de 35 años a mas, 35 a 39 años y 40 a más años para nivel o grado de instrucción primaria un 9.5%, 5.8% y 3.7% respectivamente; para nivel de instrucción secundaria un 74.2%, 55.1% y 19.1% respectivamente; para nivel de instrucción técnico 8.3%, 5.2% y 3.1% respectivamente; y para nivel de instrucción universitario 8.0%, 5.5% y 2.5% respectivamente; el autor no encontró analfabetismo (26). Los resultados

encontrados por Ayala Peralta no coinciden plenamente con los hallados por el autor de la presente tesis, donde sí se encontró analfabetismo (0.12%); además el valor encontrado por Ayala Peralta para primaria fue 9.5% frente a 5.81% de la presente tesis; de igual forma para secundaria 74.2% frente a 54.94%; superior técnico y universitario 16.3% frente a 39.14% de la presente tesis. Estas diferencias se explicarían por características propias de la población estudiada y del ámbito geográfico que ejerce influencia en los resultados.

A nivel local, Condori Chavez en su tesis titulada “Prevalencia y factores asociados a la indicación de cesárea en mujeres primíparas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2021 – 2022”, respecto al nivel de instrucción para los años 2021 y 2022 reporto analfabetismo 0.2% y 0% respectivamente, primaria 2.01% y 3.1% respectivamente, secundaria 56.83% y 52.92% respectivamente, superior no universitaria 22.29% y 20.90% respectivamente, y superior universitaria 18.67% y 23.18% respectivamente (59). Los resultados reportados por Condori Chavez coinciden con los encontrados por el tesista, este hecho se explicaría porque ambas poblaciones de estudio corresponden al mismo establecimiento de salud y la temporalidad de ambos estudios guardan cierta relación (uno incluye al otro).

Se puede analizar de todo lo mencionado, que el nivel de instrucción de las primíparas de 35 años a más es relativamente alto, se explicaría porque

la mayoría alcanzo un crecimiento personal, social y económico gracias al nivel educativo alcanzado, lo cual le permite holgura económica, independencia y libertad para tomar decisiones, tales como la maternidad con una edad materna avanzada.

En la tabla 6, sobre ocupación y el número de partos de gestantes primíparas de 35 años a mas, de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años. En primíparas de 35 a 39 años, la ocupación más frecuente fue su casa (62.88%), seguido de independiente (16.59%), dependiente (10.33%), profesional (7.13%), estudiante (1.75%), y otros (1.31%). En primíparas de 40 a 44 años, la ocupación más frecuente fue su casa (68.29%), seguido de independiente (15.85%), dependiente (7.32%), profesional (4.27%), estudiante (0.0%), y otros (4.27%). Y en primíparas de 45 a 49 años, la ocupación más frecuente fue su casa (50.00%), seguido de profesional (30.00%) e independiente (20.00%), no se registraron partos en gestantes primíparas con ocupación dependiente, estudiante ni otros. Asimismo, en primíparas de 35 a 49 años, se observa que la ocupación más frecuente fue su casa (63.76%), seguido de independiente (16.49%), dependiente (9.64%), profesional (6.85%), estudiante (1.39%), y otros (1.86%).

A nivel internacional, Londoño-Cadena en su artículo original “Frecuencia y factores relacionados al no cumplimiento del control prenatal en gestantes de 35 años o más en el Cauca, Colombia, 2016-2018”, reporto que el 93.8% de gestantes de 35 años a mas tenían por ocupación ser ama de

casa, el 2.2% realizaban oficios varios, y el 4.0% eran empleadas o independientes (60). Los resultados respecto a ocupación hallados por Londoño-Cadena difieren totalmente con los encontrados en la presente tesis, se explicaría por corresponder a un ámbito de estudio diferente y características propias de las unidades de estudio.

A nivel nacional, Pantigoso Gutiérrez en su tesis titulada “Edad materna avanzada en primigestas como factor de riesgo para complicaciones materno – perinatales”, realizado en Lima, respecto a ocupación en gestantes de 35 años a mas, reporto un 84.9% con ocupación de amas de casa, 5.81% de empleadas, 0% de estudiantes, y 9.3% de independientes (54). Los resultados reportados por Pantigoso Gutiérrez guardan cierta relación con los encontrados por el tesista de la presente investigación con diferencias porcentuales discretas. Esto se explicaría debido a que ambos estudios provienen de diferente ámbito geográfico, pero con parecida temporalidad, donde el estudio del tesista incluye la temporalidad de la tesis de Pantigoso Gutiérrez.

A nivel local, Turpo Flores en su tesis titulada “Factores asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021”, respecto a la ocupación de gestantes de 35 años a mas, encontró como más frecuente a las amas de casa con un 69.8%, seguido de independiente 22.1%, trabajador del sector privado 5.2%, y trabajador del sector publico 2.9% (62). Los resultados reportados por la

autora guardan relación con la presente tesis en la ocupación de las amas de casa (69.8% frente a 63.76%), ocupación independiente (22.1% frente a 16.49%, y ocupación dependiente (trabajador del sector privado y público 8.1% frente a 9.64%). Estas similitudes se explicarían por tratarse del mismo ámbito y temporalidad (del artículo citado que está incluido en la presente tesis).

En la revisión bibliográfica, Cunningham en el libro “Williams Obstetricia”, respecto a empleo señala que en Estados Unidos el 50% de recién nacidos tienen una madre que trabaja. Asimismo, señala que, en un estudio realizado en 900 primíparas, las gestantes que laboran desarrollan un riesgo cinco veces mayor de presentar pre eclampsia. Sostiene que la fatiga presente en la gestación es perjudicial tanto para la madre como para su producto, la fatiga puede provenir del trabajo o del juego o cualquier actividad extenuante, por lo que se establece que la gestante debe descansar por periodos intermitentes y minimizar hasta donde sea posible el trabajo físico (50).

Se puede analizar de todo lo mencionado, que el trabajo, empleo u ocupación tiene una repercusión en la salud de la madre y su producto en la medida que requiera esfuerzo físico extenuante que logre fatiga en la gestante. El descanso según la ocupación de la gestante de 35 años a mas debe garantizarse porque este tipo de pacientes ya se encuentran en desventaja frente a mujeres gestantes de menos de 35 años.

En la tabla 7, sobre estado civil y los partos atendidos en gestantes primíparas de 35 años a mas, de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años. En primíparas de 35 a 39 años, el estado civil más frecuente fue conviviente (63.17%), seguido de soltera (22.71%), y casada (14.12%), no se registró otro tipo de estado civil. En primíparas de 40 a 44 años, el estado civil más frecuente fue conviviente (67.07%), seguido de soltera (21.34%), y casada (11.59%), no se registró otro tipo de estado civil. Y en primíparas de 45 a 49 años, el estado civil más frecuente fue conviviente (40.00%), seguido de soltera (30.00%) y casada (30.00%), no se registró otro tipo de estado civil. Asimismo, en primíparas de 35 a 49 años, se observa que el estado civil más frecuente fue “conviviente” (63.65%), seguido de soltera (22.53%), y casada (13.82%), no se registró otro tipo de estado civil.

A nivel internacional, Macías Villa en su artículo original titulado “Edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido”, realizado en México en 2016 con la participación de 1586 gestantes respecto al estado civil de la población estudiada encontró solteras 4.8%, casada 83.3% y unión libre 12.0% (51). Los resultados reportados por Macías Villa difieren totalmente de los encontrados en la presente tesis, este hecho se explicaría por tratarse de diferentes países, aunque del mismo continente, pero con culturas diferentes. Llama la atención el alto porcentaje de estado civil casada reportado por el artículo original.

A nivel nacional, Ayala Peralta en su investigación titulada “Factores asociados a morbilidad materna y perinatal en gestantes con edad materna avanzada”, realizada en Lima Perú en 2018 con la participación de 325 gestantes, respecto al estado civil de la población de estudio (gestantes de 35 años a mas) reporto un 20.6% para casadas, 70.8% para conviviente o unión libre, y 8.6% para solteras (26). Los resultados reportados por Ayala Peralta guardan cierta similitud con la presente tesis, principalmente para el estado civil casada (20.6% frente a 13.82%) y estado civil conviviente (70.8% frente a 63.65%), sin embargo, para estado civil soltera se observa una diferencia de 8.6% frente 22.53%. Las similitudes se explicarían por la procedencia de poblaciones de estudio peruanas, además de la temporalidad donde un estudio incluye al otro en términos de tiempo.

En otro estudio local, Pantigoso Gutiérrez en su tesis titulada “Edad materna avanzada en primigestas como factor de riesgo para complicaciones materno – perinatales”, realizada en 2023 con 172 gestantes, respecto a la variable estado civil reporto un 8.14% de casadas, 1.16% de divorciadas, 12.8% de solteras, y 77.9% de pacientes con unión libre o lo que se conoce como convivencia (54). Estos resultados guardan relación porcentual aproximada con los encontrados por el autor de la presente tesis, a pesar de tratarse de dos lugares de estudio diferentes, llama la atención la rigurosidad metodológica demostrada por el autor citado.

A nivel local, Turpo Flores en su tesis “Factores asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021”, respecto a la variable estado civil, reporto un 18.0% de solteras, 51.7% de casadas y 30.3% de convivientes (62). Estos resultados coinciden con la presente tesis de manera parcial y aproximada solo en el estado civil soltera con 18.0% frente a 22.53%; por el contrario, difieren en estado civil casada con 51.7% frente a 13.82% y en el estado civil conviviente con 30.3% frente a 63.65%. Estas diferencias se explicarían por la diferente temporalidad de ambos estudios. Sin embargo, nos llama la atención el elevado porcentaje de casadas reportados por Turpo Flores.

En otro estudio local, Condori Chavez en su tesis titulada “Prevalencia y factores asociados a la indicación de cesárea en mujeres primíparas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2021 – 2022”, respecto a la variable estado civil reporto para el año 2021 y 2022 estado civil conviviente 64.06% y 69.71% respectivamente, estado civil soltera 29.52% y 25.18% respectivamente, estado civil casada 6.22% y 5.11% respectivamente, y otros estados civiles 0.2% y 0.0% (59). Estos resultados, a diferencia de la anterior cita correspondiente a Turpo Flores, si guardan relación con los hallazgos de la presente tesis, para el estado civil conviviente 64.06% y 69.71% frente a 63.65%, estado civil soltera 29.52% y 25.18% frente a 22.53%, estado civil casada 6.22% y 5.11% frente a 13.82%, y otros estados civiles 0.2% y 0.0% frente a 0.0%. Estas similitudes se explicarían por tratarse

del mismo establecimiento de salud y servicio y la fuente de datos utilizada para el estudio.

Se puede analizar de todo lo mencionado, que estas pacientes primíparas de 35 años a más practican la unión libre o convivencia y no existe mayores diferencias en los quinquenios de la población estudiada. Cabe resaltar que el estado civil forma parte del estado personal de un individuo y según el RENIEC, los estados civiles que existen en el Perú son solamente cuatro: soltero, casado, viudo y divorciado.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

En la tabla 8, se observa la frecuencia de los antecedentes de aborto y los partos atendidos en primigestas de 35 años a más, de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años. En primíparas de 35 a 39 años, el 71.62% no tuvo antecedente de abortos, el 22.71% tuvo 1 antecedente de aborto, el 3.93% tuvo 2 antecedentes de aborto, y el 1.75% tuvo 3 a más antecedentes de aborto. En primíparas de 40 a 44 años, el 68.90% no tuvo antecedente de aborto, el 24.39% tuvo 1 antecedente de aborto, el 4.27% tuvo 2 antecedentes de aborto, y el 2.44% tuvo 3 a más antecedentes de aborto. En primíparas de 45 a 49 años, el 90.00% no tuvo antecedente de aborto, el 10.00% tuvo 1 antecedente de aborto, no se registraron partos en gestantes primíparas con antecedente de 2 abortos o 3 a más abortos. Asimismo, en primíparas de 35 a 49 años, el 71.31% no tuvo antecedente de aborto, el 22.88% tuvo 1

antecedente de aborto, el 3.95% tuvo 2 antecedentes de aborto, y el 1.86% tuvo 3 a más antecedentes de aborto.

A nivel internacional, Martinelli et al., en su artículo original titulado “Edad materna avanzada y factores asociados al cuasi accidente neonatal en mujeres nulíparas y multíparas”, realizado en Brasil entre 2011 a 2012 con una población de 15090 gestantes, respecto a la variable antecedente de aborto previo, encontró que el 41.2% (6218 casos) fueron gestantes nulíparas de 35 años a más y el 58.79% (8872 casos) fueron gestantes multíparas de 35 años a más. Ahora, del total de nulíparas de 35 años a más (primíparas), el 87.97% (5470 casos) no presento un aborto previo, y el 12.02% (748 casos) si presentaron un aborto previo (56). Los resultados reportados por Martinelli et al., guardan relación con los encontrados en la presente tesis: ningún antecedente de aborto 87.97% frente a 71.31% y algún antecedente de aborto previo 12.02% frente 28.69%. Si bien es cierto no es una relación estrecha, pero los valores reportados se aproximan entre ambos estudios. Se explicaría por el número elevado de pacientes incluidos en ambos estudios, lo cual disminuye el error.

A nivel nacional, Torres Meza en su tesis titulada “Edad materna avanzada como factor de riesgo asociado a resultados materno - perinatales adversos en pacientes atendidas en el Hospital Militar Central, 2020- 2021”, realizada en Lima con la participación de 440 gestantes, respecto a la variable antecedente de aborto, reporto un 31.3% de presencia del antecedente y un

68.7% de ausencia del antecedente (63). Estos resultados guardan relación con los presentados en la presente tesis: 68.7% frente a 71.31% para ningún antecedente de aborto y 31.3% frente a 28.69% en presencia de la variable o el presentar el antecedente de aborto. Esta similitud se explicaría por la coincidencia de la temporalidad de ambos estudios.

A nivel local, Condori Chavez en su tesis “Prevalencia y factores asociados a la indicación de cesárea en mujeres primíparas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2021 – 2022”, realizado con la participación de 1046 gestantes, respecto a la variable antecedente de aborto reporto para 2021 y 2022 la presencia de la variable antecedente de aborto en un 24.3% y 28.1% respectivamente y ausencia de antecedente de aborto en un 75.7% y 71.9% respectivamente (59). Los resultados reportados por Condori Chavez para presencia de antecedente de aborto en 2021 y 2022 24.3% y 28.1% respectivamente frente a 28.69% y para la ausencia de antecedente de aborto para 2021 y 2022 75.7% y 71.9% respectivamente frente a 71.31%. La similitud en los resultados se explicaría por tratarse del mismo establecimiento de salud donde se realizó ambas investigaciones y la correspondencia de la temporalidad de ambos estudios.

De todo lo mencionado, se puede entender que las gestantes primíparas de 35 años a mas, dentro de los antecedentes gineco obstétricos, presentan una baja frecuencia de antecedente de aborto.

En la tabla 09, se observa la frecuencia de los antecedentes de aborto y los partos atendidos en primigestas de 35 años a más, de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años. En primíparas de 35 a 39 años predominó el sobrepeso (43.23%), seguido de normopeso (37.41%), obesidad (19.07%), y desnutrición (0.29%). En primíparas de 40 a 44 años predominó el sobrepeso (41.46%), seguido de normopeso (34.15%), obesidad (23.17%), y desnutrición (1.22%). En primíparas de 45 a 49 años predominó la obesidad (40.00%), seguido de normopeso (30.00%), sobrepeso (30.00%) y desnutrición (0.00%). Asimismo, en primíparas de 35 a 49 años, predominó el sobrepeso (42.74%), seguido de normopeso (36.70%), obesidad (20.09%), y desnutrición (0.49%).

A nivel internacional, Li et al., en su investigación “Las mujeres embarazadas de mayor edad con bajo peso superan a las jóvenes con sobrepeso u obesidad en la incidencia de diabetes gestacional”, comparó dos grupos étnicos: gestantes adolescentes y gestantes de edad avanzada, para ello estudió una cohorte en 5 hospitales con la participación de 7485 gestantes entre 2018 a 2020 y posteriormente usó la prueba chi cuadrado, odds ratio, intervalos de confianza, regresión logística univariada y multivariada. Encontró que la gestación de 35 años a más (OR=1,09, IC 95%=1,072–1,11; P=0) y un índice de masa corporal más elevado (OR=1,57, IC 95%=1,112–2,212; P=0,01) eran factores de riesgo para diabetes mellitus gestacional. Concluyeron que las gestantes de 35 años a más con bajo peso (índice de masa corporal <18,5 kg/m²) sobrepasaron a las gestantes jóvenes con

sobrepeso u obesidad menores de 24 años (índice de masa corporal ≥ 24 kg/m²) en la incidencia de diabetes mellitus gestacional; asimismo la condición de tener 35 años a más incrementaba la probabilidad de presentar diabetes mellitus gestacional (64).

En otro estudio internacional, Li et al., en “Efecto de la orientación médica nutricional individualizada sobre los resultados del embarazo en mujeres embarazadas de edad avanzada”, realizado en 820 gestantes añosas divididas en dos grupos de estudio en Cangzhou – Hebei – China, encontraron que en las gestantes, los casos de diabetes mellitus gestacional en el grupo de estudio fueron mucho menores y los partos vaginales fueron más frecuentes frente al grupo de control; en los recién nacidos, los casos de macrosomía, los ingresos a las unidades de cuidados intensivos neonatales y las hiperbilirrubinemias neonatales fueron mucho menores en el grupo de estudio respecto al control. Finalmente concluyeron que la educación a través del componente nutricional individual dirigido a las gestantes de 35 años a más disminuye las complicaciones durante la gestación y el momento del parto y logra mejores resultados maternos, perinatales e infantiles (65).

En otro estudio internacional, Sunder et al., en “Obesidad materna: un riesgo obstétrico”, realizado en Bahrein – West Riffa - Golfo Árabe (entre Arabia Saudita y la península de Qatar), con la participación de 2972 gestantes, encontraron que un índice de masa corporal se relacionó con mayor paridad y mayor antecedente de abortos espontáneos. Un índice de

masa corporal elevado incremento el riesgo de presentar hipertensión (OR=2,5; IC 95%: 1.1-5.3), mayor riesgo de hemorragia ante parto (OR=2.4; IC 95%: 1-5.4), alteración o complicación posparto (OR=1.6; IC 95%: 1.1-2.2), y una permanencia en el hospital mayor a 5 días (OR=1.6; IC95%: 1.3-2). Finalmente concluyeron que las gestantes con índice de masa corporal elevado se relaciona con hipertensión, hemorragia ante parto y permanencia mayor en el posparto (66).

A nivel nacional, Ayala Peralta et al., en su estudio “Factores asociados a morbilidad materna y perinatal en gestantes con edad materna avanzada”, realizado en la ciudad de Lima en 2021, respecto a la variable índice de masa pre gestacional, reporto un 0.6% de índice de masa corporal (IMC) bajo, un 60.8% de IMC normal, un 38.6% de IMC sobrepeso, y un 0.0% de IMC obesidad. Considerando dos grupos etáreos: 35 a 39 años y 40 a más años, el IMC bajo fue 0.6% y 0.0% respectivamente; el IMC normal fue 43% y 17.7% respectivamente; el IMC sobrepeso fue 27.5% y 11.1% respectivamente; no se registró casos de obesidad en ningún grupo etáreo. Claramente se observa una diferencia importante en IMC normal (43% frente a 17.7%) e IMC sobrepero (27.5% frente a 11.1%) (26). Los resultados reportados por Ayala Peralta et al., solo guardan similitud con los hallazgos de la presente tesis para el IMC bajo o desnutrida con un 0.6% frente a un 0.46%, sin embargo, las otras clasificaciones de IMC son diferentes: en normopeso 60.8% frente a 36.70%, sobrepeso 38.6% frente a 42.74%, y obesidad 0.0% frente a 20.09%.

Los resultados se explican porque Tacna presenta prevalencia alta de sobrepeso y obesidad en sus gestantes (y prácticamente en todas las etapas de vida), lo cual constituye un problema de salud pública regional, que debe ser abordado más agresivamente para lograr cambios en el tiempo.

A nivel local, Condori Chavez, en su tesis titulada “Prevalencia y factores asociados a la indicación de cesárea en mujeres primíparas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2021 – 2022”, realizada en 2021 y 2022 con la participación de 498 gestantes, reporto un 2.01% y 1.46% para IMC bajo, 34.34% y 34.31% para IMC normal, 42.17% y 40.15% para IMC sobrepeso, 21.48% y 24.08% para IMC obesidad (obesidad I 14.86% y 19.34%, obesidad II 3.61% y 3.28%, y obesidad III 3.01% y 1.46%) (59). Los resultados reportados por Condori Chavez guardan similitud con los encontrados por el autor de la presente tesis: IMC bajo 2.01% y 1.46% frente a 0.46%, IMC normal o normopeso 34.34% y 34.31% frente a 36.70%, IMC sobrepeso 42.17% y 40.15% frente a 42.74%, e IMC obesidad 21.48% y 24.08% frente a 20.09%. Estas similitudes se explicarían por tratarse del mismo establecimiento de salud donde se realizaron ambas investigaciones y la coincidencia en el tiempo de ambas investigaciones.

De lo revisado, nos llama la atención el alto porcentaje de gestantes primíparas de 35 años a más con índice de masa corporal de sobrepeso y obesidad: 1 de cada 2 y 1 de cada 5 respectivamente. resulta preocupante el alto índice de sobrepeso y obesidad en gestantes, especialmente en

gestantes de 35 años a mas, por la alta morbilidad para la madre y su producto.

En la tabla 10, se observa la frecuencia de los antecedentes personales de partos de gestantes primíparas de 35 años a mas, de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años. En primíparas de 35 a 39 años, predominó la tuberculosis (35.29%), seguido de aborto habitual (29.41%), infertilidad (14.71%), diabetes mellitus tipo 2 (8.82%), hipertensión arterial (8.82%), y cardiopatía (2.94%). En primíparas de 40 a 44 años, solo se registró aborto habitual (100.00%). En primíparas de 45 a 49 años, no se registraron antecedentes patológicos de ningún tipo. Asimismo, en primíparas de 35 a 49 años, predominó la tuberculosis (34.29%), seguido de aborto habitual (31.43%), infertilidad (14.29%), diabetes mellitus tipo 2 (8.57%), hipertensión arterial (8.57%), y cardiopatía (2.86%).

A nivel internacional, Martinelli en su artículo “Edad materna avanzada y factores asociados al cuasi accidente neonatal en mujeres nulíparas y multíparas”, realizado en Brasil en 2011 y 2012 con la participación de 15090 gestantes. Respecto a antecedente de diabetes mellitus, de 6218 primíparas de 35 años a mas, el 99.29% (6174 casos) no presentaron antecedente de diabetes pregestacional y el 0.7% (44 casos) si lo presento. También respecto a antecedente de enfermedad cardiaca, de un total de 6218 primíparas de 35 años a mas, el 99.42% (6182 casos) no presento el antecedente y el 0.57% (36 casos) si lo presento (56). Los resultados reportados por Martinelli

guardan cierta relación con los resultados reportados en la presente tesis: en antecedente de diabetes mellitus 0.7% frente a 8.57%, y en antecedente de enfermedad cardíaca 0.57% frente a 2.86%. Estas similitudes se explicarían por la casuística proporcional que se registra en las Américas.

También a nivel internacional, Carducci y Izbizky, en su artículo original “Edad materna avanzada como factor de riesgo de resultados adversos maternos y perinatales”, realizado en Buenos Aires Argentina entre 2014 a 2017 con la participación de 4275 gestantes, encontró que el 63.9% (404 casos) realizó tratamiento de infertilidad para quedar embarazada (53). Este resultado es totalmente diferente al encontrado en la presente tesis que reporta un 0.58% (5 casos) de antecedente de infertilidad. Esta importante diferencia se explicaría por tratarse de dos poblaciones muy diferentes y con diferente avance de la medicina en sus respectivos países de origen (Argentina y Tacna-Perú).

En otro estudio internacional, realizado por Londoño-Cadena et al., titulado “Frecuencia y factores relacionados al no cumplimiento del control prenatal en gestantes de 35 años o más en el Cauca, Colombia, 2016-2018”, realizado entre 2016 y 2018 con la participación de 8452 gestantes. Se encontró como antecedente patológico a la hipertensión arterial con un 0.3%; diabetes mellitus 0.2% (2 casos); y no se reportó ningún caso de cardiopatía 0.0% (cero casos) (60). Estos resultados coinciden con los encontrados en la

presente tesis: para hipertensión arterial 0.3% frente a 8.57%, diabetes mellitus 0.2% frente a 8.57%, y cardiopatía 0.0% frente a 2.86%.

En otro estudio internacional realizado por Sunder et al., y titulado “Obesidad materna: un riesgo obstétrico”, realizado Bahrein (Golfo Árabe, entre Arabia Saudita y la península de Qatar), entre 2019 a 2020 con la participación de 2972 gestantes. Se encontró un 27.8% de antecedente de aborto espontáneo, un 1.4% de historial de pre eclampsia, un 0.4% de historial de eclampsia (66). El resultado de historial de aborto espontáneo (27.8%) no es comparable con el antecedente de aborto habitual (31.43%) reportado en la presente tesis. De la misma forma, el historial de eclampsia (0.4%) y pre eclampsia (1.4%) no son comparables con el antecedente personal de hipertensión arterial (8.57%) de la presente tesis. Sin embargo, sirven para tener noción de conceptos y porcentajes por aproximación.

En otro estudio internacional, Macías Villa et al., en su artículo “Edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido”, realizado en México en 2016 con la participación de 1586 gestantes: reporta como antecedentes patológicos a la diabetes mellitus con 1.4, hipertensión arterial sistémica con 1.8%, entre otros (51). Estos resultados son porcentualmente mayores a los encontrados en la presente tesis. Se explicaría por la población procedente de dos países diferentes, que, a pesar de ser de las Américas, tienen características muy diferentes.

A nivel local, Condori Chavez en su tesis titulada “Prevalencia y factores asociados a la indicación de cesárea en mujeres primíparas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2021 – 2022”; reporto en su población de estudio para 2021 y 2022 antecedente de aborto en un 24.3% y 28.1% respectivamente; prevalencia de trastorno hipertensivo del embarazo en un 9.04% y 6.93% respectivamente; prevalencia de diabetes mellitus en un 0.2% y 0.0% respectivamente (59).

De lo antes mencionado, se puede concluir que los antecedentes patológicos están presentes en las gestantes de 35 años a más y se debe prestar especial atención puesto que por la edad de las pacientes, estas podrían debutar con enfermedades no transmisibles durante la gestación. Asimismo, se debe detallar que, en la presente tesis, los antecedentes estuvieron presentes sobre todo en las gestantes de 35 a 39 años. Sin embargo, a considerar el total de las poblaciones de estudio por grupo etáreo, la mayoría no presenta antecedentes personales.

En la tabla 11, se observa la frecuencia de antecedentes patológicos familiares en partos de gestantes primíparas de 35 años a mas, de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años. En primíparas de 35 a 39 años, predominó la diabetes mellitus (36.49%), seguido de hipertensión arterial (22.07%), neoplasias (18.47%), embarazo múltiple (11.71%), y tuberculosis (11.26%). En primíparas de 40 a 44 años, predominó la hipertensión arterial (31.71%), seguido de diabetes mellitus tipo 2 (24.39%), neoplasias (21.95%),

embarazo múltiple (17.07%), y tuberculosis (4.88%). En primíparas de 45 a 49 años, predominó la hipertensión arterial (50.00%), seguido de embarazo múltiple (25.00%), y tuberculosis (25.00%), no se registró antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo 2 ni neoplasias. Asimismo, en primíparas de 35 a 49 años, predominó la diabetes mellitus (33.58%), seguido de hipertensión arterial (24.35%), neoplasias (18.45%), embarazo múltiple (12.92%), y tuberculosis (10.70%).

A nivel internacional, Alliance en su artículo original titulado “Reconstrucción del árbol genealógico y de los antecedentes familiares”, hace una reflexión sobre la importancia y alcances de los antecedentes familiares en la historia clínica y en la atención médica (67). Desde hace décadas e inclusive siglos, los médicos tomaron conocimiento sobre las enfermedades comunes y poco comunes, el primer grupo compuesto por patología cardíaca, diabetes, neoplasias, tuberculosis, hipertensión arterial, entre otros; y el segundo grupo compuesto por patologías raras como hemofilia, fibrosis, entre otros (67). Ambos grupos de enfermedades pueden transmitirse a los hijos y estos a sus hijos, por lo que resulta importante conocer los antecedentes patológicos familiares de un paciente para poder identificar precozmente la posibilidad de una enfermedad presente en padres, abuelos, etc. (67).

De lo revisado, se puede concluir que los antecedentes familiares son muy importantes porque nos permiten identificar precozmente posibles patologías que se pueden presentar gracias a la herencia que recibe la

gestante de parte de sus padres, abuelos, etc. Además, debo mencionar que, al considerar el total de la población de estudio, la mayoría no presenta antecedentes familiares.

CARACTERISTICAS MATERNAS

En la tabla 12, se analizó el control prenatal según la edad gestacional pre término, a término y post termino de partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años. De tal forma que en los partos de edad gestacional pre término, en primíparas de 35 a 39 años predominó el no tener control prenatal (42.9%), seguido de control prenatal inadecuado (31.4%), y control prenatal adecuado (25.7%). En partos de edad gestacional pre término, en primíparas de 40 a 44 años predominó el no tener control prenatal (65.4%), seguido de control prenatal inadecuado (19.2%), y control prenatal adecuado (15.4%). Y en partos de edad gestacional pre término, en primíparas de 45 a 49 años predominó el control prenatal adecuado (60.0%), seguido de control prenatal inadecuado (20.0%), y el no tener control prenatal (20.0%).

De la misma forma en partos de edad gestacional a término, en primíparas de 35 a 39 años predominó el control prenatal adecuado (56.0%), seguido de no tener control prenatal (31.2%), y control prenatal inadecuado (12.8%). En partos de edad gestacional a término, en primíparas de 40 a 44 años predominó el control prenatal adecuado (49.2%), seguido de no tener

control prenatal (36.9%), y control prenatal adecuado (13.8%). Y en partos de edad gestacional a término, en primíparas de 45 a 49 años predominó el control prenatal inadecuado (40.0%), seguido de no tener control prenatal (40.0%), y el control prenatal adecuado (20.0%).

También en partos de edad gestacional post término, en primíparas de 35 a 39 años predominó el no tener control prenatal (100.0%), no se registró control prenatal inadecuado ni control prenatal adecuado. En partos de edad gestacional post término, en primíparas de 40 a 44 años no se registraron partos. Y en partos de edad gestacional post término, en primíparas de 45 a 49 años tampoco se registraron partos. Finalmente, considerando la edad gestacional de todos los partos (pre término, a término, o post término), en primíparas de 35 a 49 años, predominó el control prenatal adecuado (50.9%), seguido de ausencia de control prenatal (34.2%), y control prenatal inadecuado (14.9%).

Analizando los tres grupos de edad gestacional, los partos sin control prenatal están presentes, principalmente en el grupo post término, donde su presencia es el 100%. En el grupo pre término su presencia es variable por grupo etéreo, es mayor en el grupo de 40 a 44 años. En el grupo a término su presencia es más equilibrada, con un porcentaje casi igual en los tres grupos etéreos.

A nivel internacional, Góngora-Ávila et al, en su trabajo “Caracterización de gestantes en edades extremas de la vida”, realizado en Cuba con la participación de 3734 gestantes. Ellos encontraron que las mamás adolescentes fueron el 19,6% y las mamás de edad materna avanzada el 9.0%. Los autores reportaron que los partos pre término fueron más frecuentes en gestantes de 35 años y más en un 11%. Concluyeron que la gestación en edad materna avanzada está asociada a índices mayores de morbilidad materna y perinatal (52).

A nivel internacional, Londoño-Cadena et al., en su estudio “Frecuencia y factores relacionados al no cumplimiento del control prenatal en gestantes de 35 años o más en el Cauca, Colombia, 2016-2018”, realizado en 1016 gestantes de 35 a 41 años, encontraron que el 61.3% de gestantes no cumplían con asistir a sus seis controles pre natales. Se asoció al incumplimiento del control prenatal el antecedente de aborto (OR ajustado=0.46; IC 95%: 0.33-0.64), y antecedente de 5 o más gestaciones (OR ajustado=3.22; IC 95%: 1,50-6,91). Finalmente concluyeron que el incumplimiento al control pre natal en embarazadas de 35 años a mas es alto (60).

También a nivel internacional, Martinelli realizo su investigación “Edad materna avanzada y factores asociados al cuasi accidente neonatal en mujeres nulíparas y multíparas”, realizada en Brasil en 2011 a 2012 con la participación de 15090 gestantes. Se encontró 6217 gestantes primíparas de

35 años a más, el 80.13% presentó control prenatal inadecuado y el 19.86% presentó control prenatal adecuado (56). Los resultados encontrados por Martinelli son diferentes de los hallados en la presente tesis: se compara en atención prenatal inadecuada 80.13% frente a 15.21% y en control prenatal adecuado 19.86% frente a 51.80%. Este hecho se explicaría por el sistema de salud eficiente que se tiene en la ciudad de Tacna, donde el acceso a los servicios de salud supera el 95% para la población.

A nivel nacional, Soto Mosquera en su tesis titulada "Prevalencia de parto por cesárea en primíparas en el Perú y factores asociados: análisis de la ENDES 2018", respecto al control prenatal, encontró para menos de 4 controles prenatales un 3.84%, para 4 a 7 controles prenatales 24.39%, y para 8 o más controles prenatales 71.75% (57). Estos resultados no son comparables a los hallados en la presente tesis, sin embargo, guardan cierta relación y aproximación porcentual a lo reportado.

A nivel local, Turpo Flores en su tesis titulada "Factores asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021", encontró un 59.9% sin control prenatal, 9.3% con 1 a 5 controles prenatales, y un 30.8% con 6 o más controles prenatales (62). Lo reportado por la tesisista Turpo Flores guarda cierta relación con los hallazgos de la presente tesis: en gestantes sin control prenatal un 59.9% frente a un 32.98%, con 1 a 5 controles prenatales un 9.3% frente a 15.21%, y 6 o más controles prenatales 30.8% frente a 51.80%. Estas

similitudes se explican por tratarse del mismo establecimiento de salud y la coincidencia en el tiempo de estudio. Ambos estudios versan sobre poblaciones similares.

También a nivel local, Condori Chavez en su tesis titulada “Prevalencia y factores asociados a la indicación de cesárea en mujeres primíparas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2021 – 2022”, encontró un 33.94% y 50% respectivamente para gestante controlada y 66.06% y 50% respectivamente para gestante no controlada (59). Los resultados del autor citado para gestante controlada son 33.94% y 50% frente a 51.80%, y para gestante no controlada son 66.06% y 50% frente a 48.19%. se observa cierta similitud, se explicaría por tratarse del mismo establecimiento de salud y coincidencia en el tiempo de estudio.

De lo expuesto, se concluye que el control prenatal en las gestantes primíparas de 35 años a más solo alcanza el 50% aproximadamente, lo cual es un indicador bajo considerando que esta gestante es de riesgo y debe ser controlada con mayor atención para identificar riesgos y actuar precozmente a la más mínima alteración de la salud de la madre o su producto.

En la tabla 13, se observa el inicio de parto según la edad gestacional pre término, a término y post término de los partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años. Al analizar el número de partos con edad gestacional pre término, de primíparas de 35 a 39 años, predominó el

inicio de parto espontaneo (97.1%), seguido de cesárea electiva (1.4%), e inicio de parto inducido (1.4%). En partos con edad gestacional pre término, de primíparas de 40 a 44 años, predomino el inicio de parto espontaneo (100.0%), no se registró inicio de parto inducido ni cesárea electiva. Y en partos con edad gestacional pre término, de primíparas de 45 a 49 años, predomino el inicio de parto espontaneo (100.0%), tampoco se registró inicio de parto inducido ni cesárea electiva.

Al analizar los partos con edad gestacional a término, de primíparas de 35 a 39 años, predomino el inicio de parto espontaneo (95.2%), seguido de cesárea electiva (4.3%), e inicio de parto inducido (0.5%). En partos con edad gestacional a término, de primíparas de 40 a 44 años, predomino el inicio de parto espontaneo (92.3%), seguido de cesárea electiva (7.7%), no se registró inicio de parto inducido (0.0%). Y en partos con edad gestacional a término, de primíparas de 45 a 49 años, predomino el inicio de parto espontaneo (100.0%), no se registró inicio de parto inducido ni cesárea electiva. Asimismo, en los partos con edad gestacional post término, de primíparas de 35 a 39 años, predomino la cesárea electiva (95.2%), no se registró parto espontaneo ni inducido. En partos con edad gestacional post término, de primíparas de 40 a 44 años, no se registraron partos. Y en partos con edad gestacional a término, de primíparas de 45 a 9 años, tampoco se registraron partos.

Finalmente, considerando todas las edades gestacionales (pre termino, a término y post termino), en primíparas de 35 a 49 años, predomino el inicio

de parto espontaneo (95.0%), seguido de cesárea electiva (4.5%) e inicio de parto inducido (0.5%). Pero en el caso de los partos pre termino, el 100% correspondió a parturientas de 35 a 39 años. Un bajo porcentaje estuvo presente en el grupo a término, específicamente en el quinquenio 40 a 44 años seguido del quinquenio 35 a 39 años. En el quinquenio de 45 a 49 años el 100% presento inicio de parto espontaneo.

En un estudio a nivel internacional, Sisniegas, en su estudio “Edad materna avanzada como factor de riesgo de parto por cesárea en pacientes gestantes del hospital regional docente de Trujillo”, estudio a 312 gestantes (104 cesáreas y 208 partos vaginales). Encontraron que un 66.3% terminaron en cesárea (68).

A nivel internacional, Heras Pérez et al., en su artículo original titulado “La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada”; encontró un 70.9% de inicio espontaneo de parto, y un 29.1% de parto inducido (69). Estos resultados encontrados por Heras Pérez et al., no coinciden plenamente con los resultados de la presente tesis: para inicio de parto espontaneo 70.9% frente a 95.04% y para inicio de parto inducido 29.1% frente a 0.47%; no se considera cesárea electiva en el cuadro resumen del autor citado, pero si en la presente tesis. Estas marcadas diferencias se deberían a los diferentes ámbitos y temporalidad de ambos estudios.

En otro análisis internacional, Lewis plantea “La inducción del parto a las 40 semanas en primíparas de 35 años o más, puede reducir el riesgo de muerte perinatal”, el autor señala respecto al inicio del trabajo de parto que la inducción cuando la gestación está a término, específicamente 40 semanas se minimiza la probabilidad de mortalidad perinatal en gestantes primíparas de 35 años a mas (70). El autor señala que, sin la necesidad de incrementar la tasa de cesáreas, el riesgo para mortalidad perinatal entre inducir y mantener una conducta expectante va de 0,08% frente a 0,47%.

A nivel nacional, Buleje Pino en su tesis titulada “Inicio de trabajo de parto espontaneo en ruptura prematura de membranas, hospital Santa María del Socorro – 2015”, realizado en Ica en 2015 con la participación de 89 gestantes, respecto al inicio de trabajo de parto según edad, encontró que en el grupo etáreo de 35 años a mas ninguna gestante inicio trabajo de parto entre 1 a 6 horas 0.0%, el 25% inicio trabajo de parto entre las 7 a 12 horas, el 50% inicio trabajo de parto entre las 13 a 24 horas, y el 25% inicio trabajo de parto después de las 24 horas (71). El resultado de inicio espontaneo se aproxima a lo encontrado en la presente tesis, 100% frente a un 95.04%.

A nivel local, Condori Huaynapata, en su tesis titulada “Incidencia e indicaciones de cesárea en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2019”, realizada con la inclusión de 1805 gestantes, respecto al inicio del trabajo de parto encontró que el 99.5% fue espontaneo, el 0.3% fue inducido, y en el 0.2% no hubo trabajo de parto (72). Este resultado reportado por la

autora citada se aproxima a lo encontrado en la presente tesis: 99.5% frente a 95.04%. Se explicaría por tratarse del mismo establecimiento de salud y coincidencia de la temporalidad.

También a nivel local, Ticona-Huanco et al., en su artículo “Análisis de la cesárea según la clasificación de Robson en un hospital público de Perú”, encontró para 2000 a 2009 y 2010 a 2018 un inicio de parto espontáneo 80.9% y 90%, inicio de parto inducido 3.6% y 0.8%, e inicio de parto con cesárea electiva 15.5% y 9.2% (73). Comparando el porcentaje de inicio de parto espontáneo: 80.9% y 90% frente a 95.04%; para inicio de parto inducido 3.6% y 0.8% frente a 0.47%; y para inicio de parto por cesárea electiva 15.5% y 9.2% frente a 4.49%. Podemos observar que, a comparación del autor citado, en Tacna las pacientes inician trabajo de parto sin la intención de terminar en cesárea.

De lo mencionado, se puede concluir que un inicio de trabajo de parto no necesariamente termina en un parto vaginal, sino que en cualquier momento la normalidad puede manifestar una anomalía que tiene que ocurrir porque la causa no se ha detectado estando presente siempre en la paciente. Es deber del médico identificar oportunamente esas causas escondidas que eventualmente alteraran el normal desarrollo del trabajo de parto, permitiendo un actuar oportuno.

En la tabla 14, se observa la variable tipo de parto y le edad gestacional pre termino, a término y post termino de los partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años. Al analizar la edad gestacional pretérmino, en primíparas de 35 a 39 años, predomino el parto por cesárea (92.9%), seguido del parto vaginal (7.1%). En primíparas de 40 a 44 años, predomino el parto por cesárea (73.1%), seguido del parto vaginal (26.9%). Y en primíparas de 45 a 49 años, predomino el parto por cesárea (100.0%), no se registró parto vaginal (0.0%). Según le edad gestacional a término, en primíparas de 35 a 39 años, predomino el parto por cesárea (74.1%), seguido del parto vaginal (25.9%). En primíparas de 40 a 44 años, predomino el parto por cesárea (80.8%), seguido del parto vaginal (19.2%). Y en primíparas de 45 a 49 años, predomino el parto por cesárea (60.0%), seguido de parto vaginal (40.0%). Según le edad gestacional post término, en primíparas de 35 a 39 años, predomino el parto por cesárea (100.0%), no se registró parto vaginal (0.0%). En primíparas de 40 a 44 años, no se registró parto por cesárea (0.0%), ni parto vaginal (0.0%). Y en primíparas de 45 a 49 años, no se registró parto por cesárea (0.0%), ni parto vaginal (0.0%).

Finalmente, considerando la edad gestacional pre termino, a término y post termino, en primíparas de 35 a 49 años, predomino el parto por cesárea (76.71%), seguido del parto vaginal (23.29%). Al analizar a los productos de edad gestacional post termino el 100% correspondió al quinquenio de 35 a 39 años con parto por cesárea, y no se registró parto vaginal en este grupo. En

el grupo a término el mayor porcentaje de cesáreas estuvo presente en el quinquenio de 40 a 44 años. En el grupo pre término el 100% de partos fueron por cesárea en el quinquenio de 45 a 49 años.

A nivel internacional, Gao et al., en su artículo original titulado “Relación entre la edad de gestantes con diabetes mellitus gestacional y el modo de parto y el puntaje de Apgar neonatal”, realizado en China entre 2019 y 2022 con la participación de 583 gestantes, encontró que de 112 gestantes de 35 años a más, el 22.32% presentó un parto vaginal natural y un 77.68% presentó una cesárea (61). Los resultados encontrados por Gao et al., corresponden con lo hallado en la presente tesis: para parto vaginal 22.32% frente a 23.29% y para cesárea 77.68% frente a 76.71%. Esta similitud, a pesar de tratarse de dos establecimientos de salud de diferentes continentes solo describe el comportamiento de la variable tipo de parto en este grupo etéreo a nivel mundial.

A nivel nacional, Ayala Peralta en su artículo original “Factores asociados a morbilidad materna y perinatal en gestantes con edad materna avanzada”, realizado en 2018 en Lima-Perú con la participación de 325 gestantes, respecto a la variable tipo de parto en gestantes de 35 años a más, gestantes de 35 a 39 años y gestantes de 40 años a más para parto por cesárea encontró un 56.6%, 38.8% y 17.8% respectivamente; para parto vaginal encontró 43.4%, 32.9% y 10.5% respectivamente (26). Estos resultados difieren de los encontrados en la presente tesis: para cesárea

56.6%, 38.8% y 17.8% frente 76.71%, 76.03% y 79.49% y para parto vaginal 43.4%, 32.9% y 10.5% frente a 23.29%, 23.97% y 20.51%. Estas diferencias se explicarían porque en Tacna el sobrepeso y obesidad tienen una alta prevalencia, esto acompañado con productos generalmente grandes para edad gestacional, lo cual indirectamente provoca incremento de partos por cesárea.

En otro antecedente nacional, Barahora Rojas en su tesis “Edad Materna Avanzada y su Asociación con las Complicaciones Materno Perinatales en Gestantes Atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales 2017”, realizada en Lima-Perú en 2017 con la selección de 302 gestantes, encontró un 46.4% de parto vía vaginal y un 53.6% de parto por cesárea (74). Estos resultados difieren con los hallados en la presente tesis: para cesárea 53.6% frente a 76.71% y para parto vaginal 46.4% frente a 23.29%. estas diferencias se explicarían por las diferentes realidades de ambos estudios, sobre todo debido a la población de la región Tacna, que se caracteriza por el sobrepeso y obesidad.

También a nivel nacional, Ayala Peralte en su artículo “Embarazo en edad materna avanzada: resultados perinatales”, reporto frecuencia porcentual para parto vaginal y cesárea, para 35 a 39 años reporto 27.1% y 33.9% respectivamente, para 40 a 44 años 13.8% y 18.7% respectivamente, y de 45 a 49 años 3.1% y 3.4% respectivamente (29). Estos resultados difieren de los encontrados en la presente tesis: para parto por cesárea 56.0% frente

a 76.71% y para parto vaginal 44.0% frente a 23.29%. Estas diferencias se explican por las características particulares de la población de Tacna, que difieren del promedio nacional.

A nivel local, Turpo Flores en su tesis “Factores asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021”, encontró un 17.4% para parto eutócico y 82.6% para parto distócico (62). Estos resultados si se asemejan a los encontrados en la presente tesis debido probablemente al mismo ámbito y temporalidad de ambos estudios.

Se puede analizar de todo lo mencionado, que en Tacna la prevalencia de las cesáreas es alta respecto al estándar mundial y promedios nacionales, más aún en gestantes primíparas de 35 años a más. Esto debido a las características tan particulares de su población y sus gestantes, principalmente la obesidad y sobrepeso que modifica la evolución del trabajo de parto.

En la tabla 15, se observa que la presentación fetal más frecuente en gestantes primíparas de 35 años a más, de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años. En primíparas de 35 a 39 años, predominó la presentación cefálica (96.76%), seguido de presentación podálica (2.95%), y presentación transversa (0.29%). En primíparas de 40 a 44 años, predominó la presentación cefálica (96.79%), seguido de presentación podálica (3.21%), no

se presentaron casos de presentación transversa (0.0%). En primíparas de 45 a 49 años, predominó la presentación cefálica (90.00%), seguido de presentación podálica (10.00%), no se presentaron casos de presentación transversa (0.0%). Finalmente, en primíparas de 35 a 49 años, predominó la presentación cefálica (96.69%), seguido de presentación podálica (3.07%), y presentación transversa (0.24%).

A nivel internacional, Panduro-Barón en su artículo titulado “Cambios en la estática fetal y factores predisponentes durante el embarazo”, realizado en México en 2017 con el uso de 7500 ecografías, reporta que la presentación del feto fue cefálica en el 80.5% de los casos (6045 casos), podálica en 15.69% (1177 casos) y transversa en 3.7% (278 casos). Concluyo que las gestantes con 35 años a más, la edad gestacional pre término, la multiparidad (3 nacimientos a más), y placenta previa se relacionan con una estática del feto con características de anormalidad (75). Los resultados encontrados por Panduro-Barón para presentación cefálica, podálica y trasversa 80.5%, 15.69% y 3.7% respectivamente frente a lo hallado en la presente tesis 96.69%, 3.07% y 0.24% no corresponden. Esto se explica por las diferencias anatómicas y funcionales que mantienen ambas poblaciones en sus respectivas áreas geográficas de vida.

A nivel nacional, Marena Castillo en su tesis titulada “Complicaciones en labor de parto en primigestas asociado a la no realización de psicoprofilaxis; Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa II-2, Piura

2018”, realizada en Piura en 2018 con la selección de 104 gestantes, encontró un 19.24% de cesáreas y 80.76% de parto vaginal. Asimismo reporta como complicaciones a la distocia de presentación con un 15.38% (76).

A nivel local, Ticona-Huanco et al., en su artículo “Análisis de la cesárea según la clasificación de Robson en un hospital público de Perú”, reporta para las décadas de 2000 a 2009 y 2010 a 2019 presentación fetal cefálica en un 94.8% y 97.2%, para presentación podálica 4.2% y 3.2%, y para presentación transversa 1.0% y 0.6% (73). Estos resultados reportados por Ticona-Huanco et al., para presentación cefálica 94.8% y 97.2% frente a 96.69%, presentación podálica 4.2% y 3.2% frente a 3.07%, y presentación transversa 1.0% y 0.6% frente a 0.24% presentan correspondencia porcentual, se explicaría por corresponder al mismo establecimiento de salud y en aproximadamente en la misma temporalidad.

En la revisión bibliográfica, Grillo-Ardila et al., en su artículo original “Atención del parto con feto en presentación pelviana: revisión de la semiología, el mecanismo y la atención del parto”, publicado en Colombia en 2019, señala cuando se tiene un parto con presentación podálica, este debe ser extraído por la vagina siempre y cuando se encuentre en un franco periodo de expulsión encajado a la pelvis. Para la atención del parto, el profesional debe conocer cómo hacer el diagnóstico mediante el tacto vaginal y también la fisiología para la correspondiente atención del parto, para ello debe dominar las maniobras que facilitan su atención sin que este se complique (77).

En la tabla 16, se observó las patologías maternas según edad gestacional pre término, a término y post termino de los partos de primíparas de 35 a 39 años (687 partos), de 40 a 44 años (164 partos) y de 45 a 49 años (10 partos). En primer término, se analizó a los partos de edad gestacional pre término, en primíparas de 35 a 39 años, el 7.1% no presentó ninguna patología materna. El 20.0% presento anemia; el 2.9% presento alguna infección (siendo la más frecuente la infección del tracto urinario con un 2.9%, no se registró otro tipo de infección); el 10.0% presento alguna alteración del líquido amniótico (la más frecuente fue oligoamnios con 7.1%, seguido de poli hidramnios 2.9%); el 12.9% presento enfermedad hipertensiva (la más frecuente fue pre eclampsia sin signos de severidad con 7.1%, seguido de pre eclampsia con signos de severidad 5.7%, y no se registró síndrome de Hellp 0.0%); el 18.6% presento amenaza de parto prematuro; el 5.7% retardo de crecimiento intrauterino; el 4.3% ruptura prematura de membranas; el 2.9% amenaza de aborto; el 1.4% hemorragia puerperal; el 4.3% hemorragias de la segunda mitad del embarazo (igualaron en frecuencia desprendimiento prematuro de placenta, inminencia de rotura de útero y otras hemorragias con un 1.4%, no se registró placenta previa); el 7.1% presento embarazo múltiple; el 2.9% presento diabetes mellitus.

Al analizar los partos de edad gestacional pre término, en primíparas de 40 a 44 años, el 7.7% no presentó ninguna patología materna. El 23.1% presento anemia; el 7.7% presento alguna infección (siendo la más frecuente

la infección del tracto urinario con un 7.7%, no se registró otro tipo de infección); el 15.4% presento alguna alteración del líquido amniótico (igualaron en frecuencia el oligoamnios con 7.7% y el polihidramnios con 7.7%); el 3.8% presento enfermedad hipertensiva (la más frecuente fue pre eclampsia sin signos de severidad con 3.8%, no se registraron preeclampsia con signos de severidad ni síndrome de Hellp); el 11.5% presento amenaza de parto prematuro; 26.9% retardo de crecimiento intrauterino; el 3.8% presento embarazo múltiple.

El tercer grupo analizado fueron los partos de edad gestacional pre término, en primíparas de 45 a 49 años, el 0.0% no presentó ninguna patología materna. El 40.0% presento anemia; el 20.0% retardo del crecimiento intrauterino; y el 40.0% embarazo múltiple.

El otro grupo analizado son los partos a término. En los partos de edad gestacional a término, en primíparas de 35 a 39 años, el 30.0% no presentó ninguna patología materna. El 20.5% presento anemia; el 25.0% presento alguna infección (siendo la más frecuente la infección del tracto urinario con un 24.1%, seguido de infección del tracto genital con 0.3%, sífilis 0.3% y SIDA 0.2%); el 4.1% presento alguna alteración del líquido amniótico (la más frecuente fue oligoamnios con 7.1%, y no se presentó polihidramnios 0.0%); el 3.9% presento enfermedad hipertensiva del embarazo (la más frecuente fue pre eclampsia con signos de severidad con 2.1%, seguido de pre eclampsia sin signos de severidad 1.6%, y síndrome de Hellp 0.2%); el 2.6% presento

amenaza de parto prematuro; el 3.0% retardo de crecimiento intrauterino; el 3.6% ruptura prematura de membranas; el 2.5% amenaza de aborto; el 1.5% hemorragia puerperal; el 0.3% hemorragias de la segunda mitad del embarazo (placenta previa 0.3%, no se registraron desprendimiento prematuro de placenta, inminencia de rotura de útero no otras hemorragias); el 1.3% presento desgarros del canal del parto, el 0.5% presento diabetes mellitus; el 0.7% presento hipertensión preexistente; el 0.2% presento hiperemésis gravídica; el 0.3% presento endometritis puerperal.

En los partos de edad gestacional a término, en primíparas de 40 a 44 años, el 43.1% no presentó ninguna patología materna. El 19.2% presento anemia; el 11.5% presento alguna infección (siendo la más frecuente la infección del tracto urinario con un 7.7%, no se registró otro tipo de infección); el 5.4% presento alguna alteración del líquido amniótico (oligoamnios con 5.4%, no se registró polihidramnios); el 6.2% presento enfermedad hipertensiva (la más frecuente fue pre eclampsia con signos de severidad con 4.6%, preeclampsia sin signos de severidad 1.55, no se registró síndrome de Hellp); el 0.8% presento amenaza de parto prematuro; 2.3% retardo de crecimiento intrauterino; el 3.1% presento ruptura prematura de membranas; el 1.5% presento amenaza de aborto; el 2.3% presento hemorragia puerperal; el 3.1% presento hemorragias de la segunda mitad del embarazo (placenta previa 2.3%, desprendimiento prematuro de la placenta 0.8%, no se registró

inminencia de rotura de útero ni otras hemorragias); el 0.8% presento hiperemésis gravídica; el 0.8% presento cardiopatía.

En partos de edad gestacional a término, en primíparas de 45 a 49 años, el 0.0% no presentó ninguna patología materna. El 80.0% presento anemia; el 20% presento alteraciones del líquido amniótico (oligoamnios con 20.0%, no se registró polihidramnios).

El otro grupo analizado está representado por los partos de edad gestacional post término; en primíparas de 35 a 39 años, el 0.0% no presentó ninguna patología materna. El 100.0% presento enfermedad hipertensiva del embarazo (preeclampsia sin signos de severidad 100.0%); no se registró ninguna otra patología. En partos de edad gestacional post término, en primíparas de 40 a 44 años, no se registraron casos. Y en partos de edad gestacional post término, en primíparas de 45 a 49 años, no se registraron casos.

Al analizar de forma global, en primíparas de 35 a 49 años, el 29.1% no presentó ninguna patología materna. El 20.8% presento anemia; el 20.2% presento alguna infección (siendo la más frecuente la infección del tracto urinario con un 19.6%, seguido de infección del tracto genital con 0.2%, sífilis 0.2%, y SIDA 0.1%); el 5.2% presento alguna alteración del líquido amniótico (la más frecuente fue oligoamnios con 4.7%, seguido de poli hidramnios 0.5%); el 5.1% presento enfermedad hipertensiva (la más frecuente fue pre eclampsia con signos de severidad con 2.7%, seguido de pre eclampsia sin

signos de severidad 2.2%, y síndrome de Hellp 0.1%); el 3.9% presento amenaza de parto prematuro; el 3.9% retardo de crecimiento intrauterino; el 3.4% ruptura prematura de membranas; el 2.2% amenaza de aborto; el 1.5% hemorragia puerperal; el 1.1% hemorragias de la segunda mitad del embarazo (la más frecuente placenta previa 0.6%, seguido de desprendimiento prematuro de placenta 0.2%, inminencia de rotura uterina 0.1%, y otras hemorragias 0.1%); el 0.9% desgarros del canal del parto; el 0.9% presento embarazo múltiple; el 0.6% diabetes mellitus; el 0.5% hipertensión preexistente; el 0.2% hiperemésis gravídica; el 0.2% endometritis puerperal; y el 0.1% cardiopatía.

A nivel internacional, Saccone et al., en su estudio “Complicaciones maternas y perinatales según la edad materna: una revisión sistemática y metanálisis”, realizado en 31.090.631 mujeres gestantes a través de un metanálisis de 27 estudios desde 2000 a 2021 en todo el mundo. Encontraron que las gestantes de 40 años a mas, presentaron mayor probabilidad de muerte fetal (RR=2,16; IC del 95%: 1,86–2,51), mayor mortalidad perinatal, retardo del crecimiento intrauterino, muerte en neonatos, más ingresos a las unidades de cuidados intensivos neonatales, pre eclampsia, parto pre termino, parto vía alta, y mayor mortalidad materna en relación a gestantes con menos de 40 años (RR=3,18, IC 95%: 1,68–5,98). El riesgo de muerte materna para gestantes de 50 años a mas fue de 42.76 y para gestantes de 45 años a más de 11,60; el riesgo de muerte fetal en los mismos grupos etáreos fue 3,72 y

2,32 respectivamente. Finalmente, el riesgo de cesárea tuvo una relación directamente proporcional a la edad materna (gestantes de 40 a 45 años, de 45 a 50 años, y 50 años a más). Asimismo, el riesgo de muerte materna fue mucho más alto en gestantes de 50 años a más en relación a gestantes de 40 a 45 años (RR=60.4, IC 95%: 13.28-274.74). El estudio concluyó en que el riesgo de muerte fetal, parto por vía alta y la muerte materna tienen una relación directamente proporcional con la edad de la madre. A mayor edad mayor riesgo: los índices de riesgo para muerte materna reportados fueron 3.18, 11.60 y 42.76 para gestantes de 40 años a más, gestantes de 45 años a más y gestantes de 50 años a más, respectivamente (78).

En otro estudio internacional, Tian et al., en “Efectos de la anemia durante el tercer trimestre del embarazo sobre la depresión posparto y los resultados del embarazo en mujeres embarazadas mayores de 35 años: un estudio de cohorte retrospectivo”, realizado en Nantong – Jiangsu – China con la participación de 519 gestantes (281 sin anemia y 238 con anemia). Encontraron que las gestantes con anemia presentaron una mayor incidencia de parto pre término, evolución del trabajo de parto prolongado y parto por cesárea. Asimismo, en gestantes con anemia moderada y grave, se presentaron más casos de parto pre término (8.3% frente a 20.4%, $p=0.012$), evolución de trabajo de parto prolongado (30.2% frente a 43.0%, $p<0,001$), y parto por cesárea (20,8% frente a 40,1%, $p=0,002$). Se identificaron factores de riesgo para depresión post parto en embarazadas de 35 años a más con

anemia: la anemia moderada o anemia grave, la depresión en los tres primeros meses de la gestación, la gestación no planificada y la paridad baja (79).

En otro estudio internacional, Gao et al., en “Relación entre la edad de gestantes con diabetes mellitus gestacional y el modo de parto y el puntaje de Apgar neonatal”, realizado en 583 gestantes, encontraron que las estantes de 35 años a más un mayor número de parto institucional, mayor número de partos pre termino, dos o más embarazos, uno o más partos y cero detecciones de hiperglicemia en el control prenatal ($p < 0,05$). El parto vaginal en menores de 35 años fue del 40,85% frente al 22,33% en gestantes de 35 años a mas ($p < 0,05$). El parto por cesárea en menores de 35 años fue 59.15% frente al 77,67% en gestantes de 35 años a mas ($p < 0,05$). Las gestantes de 35 años a mas presentaron mayor incidencia de poli hidramnios y hemorragia posparto, y menor incidencia de sufrimiento fetal en relación a gestantes menores de 35 años ($p < 0,05$). Se presentó valoración mayor de APGAR al minuto 1 y 5 en gestantes menores de 35 años ($p < 0,05$). El análisis de regresión logística detalló que la edad, el grado de instrucción y la ruptura prematura de membranas fueron factores que generaban resultados adversos en el parto ($p < 0,05$) (61).

A nivel nacional, Barahona Rojas en su tesis titulada “Edad Materna Avanzada y su Asociación con las Complicaciones Materno Perinatales en Gestantes Atendidas en el Hospital Sergio E Bernales 2017”; realizada en

Lima en 2017 con la inclusión de 302 gestantes, 151 de edad materna avanzada con 35 años a más, encontró: un 15.9% de pre eclampsia, 2.6% de eclampsia, 2.6% de diabetes gestacional, 4.9% de obesidad materna, 3.3% de placenta previa, 1.3% de desprendimiento de placenta normo inserta, 2.0% de distocia de presentación,, 7.9% de ruptura de membranas, 5.6% de trabajo de parto prolongado, 0.7% de expulsivo prolongado y 2.0% de parto precipitado (74).

A nivel local, Romero Romero en su tesis titulada “Edad materna avanzada como factor de riesgo para incremento de morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna año 2016”, realizada en Tacna en 2016 con la participación de 208 gestantes de 35 años a más y 409 gestantes menores de 35 años. Encontró un 12.98% de trastornos hipertensivos gestacionales (hipertensión gestacional 2.88%, pre eclampsia sin signos de severidad 3.8%, pre eclampsia con signos de severidad 5.2%, eclampsia 0.0%, y trastornos no especificados 0.96%); diabetes mellitus gestacional en un 0.5%; retardo del crecimiento intrauterino 3.4%; placenta previa 1.9%; desprendimiento prematuro de placenta 0.5%; parto pre término 10.6%; distocia de presentación 9.1% (porcentaje considerando 19 casos como 100% y porcentaje del total de 208 gestantes de 35 años a más: deflexionada 5.3%/0.48%, podálica 36.8%/3.36%, transversa 26.3%/2.4%, oblicua 31.6%/2.88%); trabajo de parto disfuncional 4.8% para un total de 83 casos

(en nulípara 3.61% y múltipara 1.2%); uso de oxitócicos 24.2% para un total de 91 casos; parto por cesárea 61.1%; y hemorragia pos parto 7.7% (35).

Después de la revisión de trabajos similares y su comparación con la presente tesis, podemos afirmar que la patología de la gestante primípara de 35 años a mas es muy variada, tanto en la presentación como en la estadística, por lo que los valores porcentuales mencionados correspondientes a otras realidades sirven de referencia solamente. Sin embargo, al considerar el total de pacientes, el mayor porcentaje no presenta patologías.

CARACTERISTICAS PERINATALES

En la tabla 17, se analizó el peso al nacer según la edad gestacional pre término, a término y post termino de partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años. En el grupo de partos pre término, en primíparas de 35 a 39 años el peso al nacer más frecuente fue de 2500 a 3999 gramos (40.0%), seguido de 1500 a 2499 gramos (37.1%), de 500 a 1499 gramos (22.9%), y no se registraron partos con 4000 gramos a mas (0.0%). En partos de edad gestacional pre termino, en primíparas de 40 a 44 años el peso al nacer más frecuente fue de 1500 a 2499 gramos (53.8%), seguido de 500 a 1499 gramos (30.8%), de 2500 a 3999 gramos (15.4%), y no se registraron partos con 4000 gramos a mas (0.0%). Y en partos de edad gestacional pre termino, en primíparas de 45 a 49 años el peso al nacer más

frecuente fue de 1500 a 2499 gramos (60.0%), seguido de 2500 a 3499 gramos (40.0%), no se registraron partos de 500 a 1499 gramos (0.09%), ni de 4000 gramos a mas (0.0%).

En el grupo de partos de edad gestacional a término, en primíparas de 35 a 39 años el peso al nacer más frecuente fue de 2500 a 3999 gramos (82.4%), seguido de 4000 gramos a mas (15.1%), 1500 a 2499 gramos (2.5%), y no se registraron partos de 500 a 1499 gramos (0.0%). En partos de edad gestacional a término, en primíparas de 40 a 44 años el peso al nacer más frecuente fue de 2500 a 3999 gramos (83.8%), seguido de 4000 gramos a mas (14.6%), de 1500 a 2499 gramos (1.5%), y no se registraron partos de 500 a 1499 gramos (0.0%). Y en partos de edad gestacional a término, en primíparas de 45 a 49 años el peso al nacer más frecuente fue de 2500 a 3499 gramos (100.0%), no se registraron partos de 500 a 1499 gramos, ni de 1500 a 2499 gramos, ni de 4000 gramos a más.

El tercer grupo analizado fueron los partos de edad gestacional post término, en primíparas de 35 a 39 años el peso al nacer más frecuente fue de 2500 a 3999 gramos (100.0%), no se registraron partos de 500 a 1499 gramos, ni de 1500 a 2499 gramos, ni de 4000 gramas a más. En partos de edad gestacional post termino en primíparas de 40 a 44 años no se registraron partos. Y en partos de edad gestacional post termino en primíparas de 45 a 49 años tampoco no se registraron partos.

Finalmente, al analizar los tres grupos (pretérmino, a término y post término), en primíparas de 35 a 49 años, el peso al nacer más frecuente fue de 2500 a 3999 gramos (77.0%), seguido de 4000 a más gramos (13.1%), de 1500 a 2499 gramos (7.1%), y de 500 a 1499 gramos (2.8%). En el grupo post término, el 100% de partos estuvo en el quinquenio de 35 a 39 años. En el grupo a término la mayoría tiene un peso adecuado con un porcentaje menor del 15% para productos de 4000 gramos a más. Sin embargo, en el grupo pre término hay presencia de productos de 500 a 1499 gramos en los quinquenios de 35 a 39 y 40 a 44 años, la presencia de productos de 1500 a 2499 gramos está presente en los tres quinquenios, y por último el peso adecuado alcanzó el 40% en los quinquenios 35 a 39 y 45 a 49 años. Se puede concluir que a menor edad gestacional hay mayor presencia de bajo peso al nacer y que el sobrepeso solo está presente en los productos a término.

Según Ticona y Huanco, respaldado por su estudio “Curva nacional de distribución de peso al nacer según edad gestacional en el Perú”, realizado en 29 hospitales del Perú, donde señalan que el peso de nacimiento en relación con la edad gestacional, tiene valor pronóstico y sirve para el manejo clínico del recién nacido (80), este precepto se cumple en los resultados de la presente tesis, donde se encontró que a mayor edad gestacional, mejor peso en el recién nacido.

A nivel internacional, Kim et al., en su estudio “Obesidad abdominal fetal y los consiguientes resultados perinatales adversos en mujeres

embarazadas obesas de edad avanzada con o sin obesidad y con tolerancia normal a la glucosa”, realizado sobre la revisión de 6721 historias clínicas, en un hospital en Gangnam – Seúl - Corea del Sur, encontraron que las gestantes de 35 años a más y no obesas comparadas con gestantes jóvenes y sin obesidad presentaron un índice de sobre crecimiento abdominal fetal (ISAF o FAOR en inglés) significativamente mayor sin importar la obesidad y la prevalencia de la obesidad abdominal fetal (OAF o FAO en inglés): 11.8% frente a 8.6%, $p < 0,05$. Los odds ratio (OR) para grande para edad gestacional (GEG) al nacer fueron en mujeres jóvenes obesas 3,06 (1,96–4,77, $p < 0,005$), mujeres de 35 años a mas no obesas 1,47 (1,16–1,86, $p < 0,005$) y mujeres de 35 años a mas obesas 2,82 (1,64–4,84, $p < 0,005$). El OR para parto vía cesárea en su primera vez en gestantes de 35 años a mas sin obesidad fue de 1,33 (1,18–1,51, $p < 0,005$). Finalmente, en el estudio se observó mayor riesgo de obesidad abdominal fetal entre las semanas 24 y 28, acompañado de resultados perinatales adversos en gestantes de 35 años a mas con o sin obesidad, en relación a gestantes jóvenes sin obesidad, en ambos casos con una tolerancia normal a la glucosa (81).

A nivel nacional, Ayala Peralta en su investigación “Factores asociados a morbilidad materna y perinatal en gestantes con edad materna avanzada”, respecto a la variable peso al nacer para los grupos etáreos de 35 años a mas, 35 a 39 años y 40 años a mas, en su rango de 500 a 1499 gramos reporta 2.2%, 1.3% y 1.0% respectivamente; para el rango 1500 a 2499 gramos

reporta 6.1%, 4.85 y 1.3% respectivamente; para el rango 2500 a 3999 gramos reporta 79.9%, 55.9% y 24.0% respectivamente; y para el rango de 4000 gramos o más reporta 11.8%, 9.6% y 2.2.% respectivamente (26). Considerando lo reportado para 500 a 1499 gramos 2.2%, 1.3% y 1.0% frente a 2.81%, 2.35% y 4.88% se observa 3 veces más recién nacidos en gestantes con 40 a 49 años de la presente tesis. Considerando lo reportado para 1500 a 2499 gramos 6.1%, 4.85 y 1.3% frente a 7.13%, 6.02% y 11.56% se observa 10 veces más recién nacidos en gestantes con 40 a 49 años de la presente tesis. Considerando lo reportado para 2500 a 3999 gramos 79.9%, 55.9% y 24.0% frente a 76.95%%, 78.09% y 72.44% se observa 3 veces más recién nacidos en gestantes con 40 a 49 años de la presente tesis. Finalmente, considerando lo reportado para 4000 gramos o más 11.8%, 9.6% y 2.2% frente a 13.12%%, 13.53% y 12.18% se observa 5 veces más recién nacidos en gestantes con 40 a 49 años de la presente tesis.

A nivel local, Condori Huaynapata en su tesis "Incidencia e indicaciones de cesárea en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2019", realizada en la ciudad de Tacna, encontró un 1.3% para peso al nacer entre 500 a 1499 gramos, 5.1% para peso al nacer entre 1500 a 2499 gramos, 73.2% para peso al nacer entre 2500 a 3999 gramos, y 19.7% para peso al nacer de 4000 gramos a mas (72). Estos resultados para 500 a 1499 gramos 1.3% frente a 2.841%, 1500 a 2499 gramos 5.1% frente a 7.09%, 2500 a 3999 gramos 73.2% frente a 76.95%, y 4000 gramos a más 19.7% frente a 13.12%, guardan

relación porcentual, esto se explicaría porque ambos estudios provienen del mismo establecimiento de salud y tienen en parte la misma temporalidad.

Se puede concluir que las gestantes primíparas de Tacna de 35 a más años también tienen un porcentaje importante de recién nacidos macrosómicos, lo cual implica una morbilidad para este nuevo ser. Los porcentajes de peso según la clasificación de peso al nacer guardan relación con lo descrito para gestantes en general de la región Tacna.

En la tabla 18, se observa la edad gestacional de recién nacidos de partos de gestantes primíparas de 35 años a más, de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años. En primíparas de 35 a 39 años la edad gestacional más frecuente fue 37 a 41 semanas (89.56%), seguido de 28 a 36 semanas (9.56%), de 22 a 27 semanas (0.74%), y de 42 semanas a más (0.15%). En primíparas de 40 a 44 años la edad gestacional más frecuente fue 37 a 41 semanas (83.33%), seguido de 28 a 36 semanas (13.46%), de 22 a 27 semanas (3.21%). En este grupo etáreo no se registraron partos con recién nacidos de 42 semanas a más. En primíparas de 45 a 49 años la edad gestacional más frecuente fue 37 a 41 semanas (50.00%), seguido de 28 a 36 semanas (50.00%). En este grupo etáreo no se registraron partos con recién nacidos de 22 a 27 semanas ni de 42 semanas a más. Finalmente, en primíparas de 35 a 49 años, la edad gestacional más frecuente fue 37 a 41 semanas (87.94%), seguido de 28 a 36 semanas (10.76%), de 22 a 27 semanas (1.18%), y edad gestacional de 42 semanas a más (0.12%).

A nivel internacional, Mehari et al., en su investigación “Embarazo en edad materna avanzada y sus resultados obstétricos y perinatales adversos en el hospital integral especializado de Ayder, norte de Etiopía, 2017: un estudio transversal comparativo”, realizada en 2017 en Etiopía, con la participación de 752 gestantes (376 gestantes de 35 años a más y 376 de 20 a 34 años). Encontró un 11.3% de prematuros, un 84.1% a término, y un 4.6% post término (82). Lo encontrado por Mehari et al. (para 22 a 36 semanas 11.3% frente a 11.94%, para 37 a 41 semanas 84.10% frente a 87.94%, y para 42 o más semanas 4.6% frente a 0.12%), comparado con los resultados de la presente tesis guardan relación para edad gestacional pre término y a término, pero difieren para edad gestacional post término, el autor citado reporta 38 veces más de frecuencia, es decir, en la Región Tacna, los recién nacidos difícilmente llegar a 42 semanas de edad gestacional. Estas diferencias se deberían principalmente al peso del recién nacido, que para la región Tacna es una característica en los recién nacidos.

A nivel nacional, Ayala Moreno et al., en su investigación titulada “Embarazo en edad materna avanzada: resultados perinatales”, realizada en Lima-Peru en 2016 con la inclusión de 21983 gestantes (4300 gestantes de 35 años a más y 1222 gestantes de 40 años a mas). Encontró para el grupo etáreo de 35 a 39 años: un 2.0% entre las 22 a 27 semanas, un 10.0% entre las 28 a 36 semanas, un 48.7% entre las 37 a 41 semanas, y un 0.7% de 42 semanas o más; para el grupo etáreo de 40 a 44 años: un 0.0% entre 22 a 27

semanas, un 7.7% entre 28 a 36 semanas, un 24.2% entre 37 a 41 semanas, y 0.0% de 42 semanas o más: para el grupo etéreo de 45 a 49 años: un 0.0% entre 22 a 27 semanas, un 2.3% entre 28 a 36 semanas, un 4.1% entre 37 a 41 semanas, y 0.3% de 42 semanas o más (29). Lo encontrado por Ayala Moreno et al., en comparación a lo hallado en la presente tesis de 35 a 39 años: para 22-27 ss 2.0% frente a 0.74%, para 28-36 ss 10.0% frente a 9.56%, para 37-41 ss 48.7% frente a 89.56%, y para 42 ss o más 0.7% frente a 0.15%; no tienen mayor diferencia porcentual excepto en la edad gestacional a término (48.7% frente a 89.56%). Lo encontrado por Ayala Moreno et al., en comparación a lo hallado en la presente tesis de 40 a 49 años: para 22-27 ss 0.0% frente a 3.21%, para 28-36 ss 10.0% frente a 13.46%, para 37-41 ss 25.3% frente a 83.33%, y para 42 ss o más 0.3% frente a 0.0%; si hay diferencia porcentual importante sobre todo en pre término (10.0% frente a 10.20%) y a término (25.3% frente a 89.56%), excepto en post termino (0.3% frente a 0.0%). Estas diferencias se explicarían por las características de la población gestante y de recién nacidos de la región Tacna, que presentan altos índices de sobrepeso y obesidad / grandes para edad gestacional.

A nivel local, Turpo Flores, en su tesis titulada “Factores asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021”, respecto a la variable edad gestacional encontró un 24.7% menor a 37 semanas, 75% de 37 a 41 semanas, y 0.3% con 42 semanas o más (62). Al comparar lo encontrado por la tesista con lo

hallado en la presente investigación se tiene edad gestacional pre término 24.7% frente a 11.94%, a término 75% frente a 87.94%, y post termino 0.3% frente a 0.12%; se observa que los datos porcentuales guardan cierta relación a excepción de la edad gestacional pre término, donde la autora citada muestra mayor porcentaje al encontrado en la presente investigación (una relación de dos a uno). Esto se explicaría por características propias de la población estudiada.

De lo analizado, se puede concluir que el peso elevado de las gestantes y de sus recién nacidos influye directamente sobre variables dependientes, tales como la edad gestacional al momento del parto.

En la tabla 19, se observa la relación peso - edad gestacional en productos de partos en gestantes primíparas de 35 a más años, de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años. En primíparas de 35 a 39 años, predominó los productos con relación peso – edad gestacional “Adecuado para Edad Gestacional” (80.15%), seguido de “Grande para Edad Gestacional” (15.44%), y “Pequeño para Edad Gestacional” (4.41%). En primíparas de 40 a 44 años, predominó los productos con relación peso – edad gestacional “Adecuado para Edad Gestacional” (80.13%), seguido de “Grande para Edad Gestacional” (13.46%), y “Pequeño para Edad Gestacional” (6.41%). En primíparas de 45 a 49 años, predominó los productos con relación peso – edad gestacional “Adecuado para Edad Gestacional” (90.00%), seguido de “Pequeño para Edad Gestacional”

(10.00%). En este grupo etéreo no se registró partos con relación peso – edad gestacional “Grande para Edad Gestacional”. Finalmente, en primíparas de 35 a 49 años, predominó los productos con relación peso – edad gestacional “Adecuado para Edad Gestacional” (80.26%), seguido de “Grande para Edad Gestacional” (14.89%), y “Pequeño para Edad Gestacional” (4.85%).

A nivel internacional, Vila Candell et al., en su investigación titulada “Recomendaciones internacionales estándar sobre la ganancia de peso gestacional: adecuación a nuestra población”, realizada en España entre 2010 a 2015 con la participación de 10725 gestantes que cumplían los criterios de selección. Reportaron 2.1% de pequeños para edad gestacional, 89.52% de adecuados para edad gestacional, y 8.36% de grandes para edad gestacional (83). Al comparar lo encontrado por Vila Candell con los resultados de la presente tesis se tiene PEG 2.1% frente a 4.85%, AEG 89.52% frente a 80.26%, y GEG 4.99% frente a 14.89%; se observa claramente que la población de Tacna sobrepasa el valor porcentual de GEG, esto se explicaría por la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en gestantes y recién nacidos que se registra en la ciudad.

A nivel nacional, Escriba Gómez, en su artículo original “Edad materna avanzada como factor de riesgo de complicaciones obstetricia en pacientes atendidas en servicio de obstetricia del hospital nacional dos de mayo, periodo 2018, Lima-Perú”, realizado en el Hospital Arzobispo Loayza en Lima en 2012 con la participación de 2771 gestantes, de las cuales 460 tuvieron de 35 años

a más. Encontró un 8.91% de recién nacidos catalogados como pequeños para edad gestacional (PEG) y un 91.09% catalogados como adecuados para edad gestacional (AEG) (25).

A nivel local, Quenaya Coaquira en su tesis titulada “Relación entre edad materna avanzada y resultados materno perinatales en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2000 – 2018”, realizada en Tacna con la participación de 54062 gestantes. El autor encontró la relación peso / edad gestacional pequeño para la edad gestacional (PEG) en 35 a 39 años 2.9%, en 40 a 44 años 3.6%, y 45 a 49 años 4.6%. Para la relación peso / edad gestacional adecuado para edad gestacional (AEG) en 35 a 39 años 74.1%, en 40 a 44 años 74.3%, y 45 a 49 años 69.0%. Para la relación peso / edad gestacional grande para edad gestacional (GEG) en 35 a 39 años 23.0%, en 40 a 44 años 22.1%, y 45 a 49 años 26.4% (34). Al comparar los resultados encontrados por Quenaya Coaquira, considerando solo el grupo etáreo de 35 a 39 años con los encontrados en la presente tesis se tiene: para PEG en 35 a 39 años 2.9% frente a 4.41%; para AEG en 35 a 39 años 74.1% frente a 80.15%; y para GEG en 35 a 39 años 23.0% frente a 15.44%. Estos valores porcentuales guardan cierta similitud. Esto se explicaría debido a que ambas investigaciones provienen o se realizaron en el mismo establecimiento de salud y en parte en la misma temporalidad (34).

De lo antes revisado se puede concluir que en la región Tacna, es alta la prevalencia de sobrepeso y obesidad, tanto en gestantes como en sus

productos, esto se ve reflejado en altos porcentajes de recién nacidos grandes para edad gestacional.

En la tabla 20 y 21, se observa el APGAR al nacer (al minuto y a los 5 minutos) en productos de partos de gestantes primíparas de 35 años a más, de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años.

En la tabla 20, se analizó el APGAR al minuto y edad gestacional al parto clasificado en pre término, a término y post término, según partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años. Primeramente, en el grupo de partos pre término de primíparas de 35 a 39 años, predominó el APGAR 7 a 10 (80.0%), seguido de APGAR 4 a 6 (11.4%), y APGAR menor de 4 (8.6%). En partos pre término de primíparas de 40 a 44 años, predominó el APGAR 7 a 10 (65.4%), seguido de APGAR 4 a 6 (19.2%), y APGAR menor de 4 (15.4%). Y en partos pre término de primíparas de 45 a 49 años, predominó el APGAR 7 a 10 (100.0%), no se registró APGAR 4 a 6 ni APGAR menor de 4.

En segundo término, se analizaron los partos a término de primíparas de 35 a 39 años, predominó el APGAR 7 a 10 (96.4%), seguido de APGAR 4 a 6 (2.8%), y APGAR menor de 4 (0.8%). En partos a término de primíparas de 40 a 44 años, predominó el APGAR 7 a 10 (98.5%), seguido de APGAR 4 a 6 (1.5%), y APGAR menor de 4 (0.0%). Y en partos a término de primíparas

de 45 a 49 años, predominó el APGAR 7 a 10 (100.0%), no se registró APGAR 4 a 6 ni APGAR menor de 4.

Posteriormente se analizó el grupo de partos post término de primíparas de 35 a 39 años, predominó el APGAR 7 a 10 (100.0%), no se registró APGAR 4 a 6 ni APGAR menor de 4. En partos post término de primíparas de 40 a 44 años, no se registró APGAR 7 a 10, ni APGAR 4 a 6, ni APGAR menor de 4). Y en partos post término de primíparas de 45 a 49 años, no se registró APGAR 7 a 10, ni APGAR 4 a 6, ni APGAR menor de 4.

Finalmente, y considerando pacientes de pre término, a término y post término, en primíparas de 35 a 49 años, predominó el APGAR 7 a 10 (94.44%), seguido de APGAR 4 a 6 (3.78%), y APGAR menor de 4 (1.77%). en el grupo de partos con productos post término, el 100% correspondió al quinquenio 35 a 39 años, es decir al quinquenio con menor edad. En el grupo a término, en el quinquenio 45 a 49 años el 100% presento un APGAR adecuado y en los quinquenios 35 a 39 y 40 a 44 años se acercaron al 100%. Sin embargo, al analizar el grupo pre termino, solo aquí se registraron valores de APGAR menores de 4 y de 4 a 6, principalmente en los quinquenios de 35 a 39 y 40 a 44 años.

En la tabla 21, se observa el APGAR a los 5 minutos y partos de primíparas de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 4 a 49 años. En primíparas de 35 a 39 años, predominó el APGAR 7 a 10 (98.67%), seguido de APGAR

4 a 6 (1.18%), y APGAR menor de 4 (0.15%). En primíparas de 40 a 44 años, predominó el APGAR 7 a 10 (98.72%), seguido de APGAR 4 a 6 (1.28%), no se registró APGAR menor de 4. En primíparas de 45 a 49 años, predominó el APGAR 7 a 10 (100.00%), no se registró APGAR 4 a 6 ni APGAR menor de 4. Finalmente, en primíparas de 35 a 49 años, predominó el APGAR 7 a 10 (98.70%), seguido de APGAR 4 a 6 (1.18%), y APGAR menor de 4 (0.12%).

A nivel internacional, Mehari et al, en su artículo original “Embarazo en edad materna avanzada y sus resultados obstétricos y perinatales adversos en el hospital integral especializado de Ayder, norte de Etiopía, 2017: un estudio transversal comparativo”, encontró un 14.4% de Apgar bajo al quinto minuto en comparación a su grupo control que registro 2.4% (82). Este resultado en comparación a los hallados en la presente tesis no corresponde: 14.4% frente a 0.12%, esto se explicaría por la diferente patología que aqueja a sus gestantes y sus recién nacidos, en la región Tacna habría mejor pronóstico para sus recién nacidos al quinto minuto de vida.

También a nivel internacional, Palatnik et al., en su artículo “La Asociación entre Edad Materna Avanzada y el diagnóstico de Pequeño para la Edad Gestacional”, estudiaron a 17031005 nacimientos en entre 2009 y 2013 en Estados Unidos. Encontraron 9.0% de recién nacidos pequeños para su edad gestacional (196705 casos) y puntuación de Apgar menor a 7 a los 5 minutos de 1.5% en gestantes de 35 a 39 años y 1.8% en gestantes de 40 años a más. Al comparar estos resultados con la presente tesis, se tiene 1.8%

frente a 1.18% y 1.8% frente a 1.28%, se observa mayores valores porcentuales en los reportados por Palatnik et al., esto se debería a que ambos estudios provienen de poblaciones totalmente diferentes (84).

A nivel nacional, Ayala Peralta en su investigación “Factores asociados a morbilidad materna y perinatal en gestantes con edad materna avanzada”, realizado en Lima en 2018 con la participación de 325 gestantes. Encontró en gestantes de 35 años a mas Apgar a los 5 minutos de 1 a 3 1.0%, de 4 a 6 0.6%, y de 7 a 10 98.4% (26). Estos resultados comparados a los hallados en la presente tesis, Apgar a los 5 minutos de 1 a 3 puntos 1.0% frente a 0.12%, de 4 a 6 puntos 0.6% frente a 1.18%, de 7 a 10 puntos 98.4% frente a 98.70%; prácticamente resultan ser los mismos, solamente una pequeña variación en valores inferiores para Apgar menor de 4 puntos y Apgar de 4 a 6 puntos en la población estudiada en esta tesis.

A nivel local, Condori Huaynapata en su tesis titulada “Incidencia e indicaciones de cesárea en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2019”, respecto a la variable Apgar, encontró valoración Apgar al minuto como depresión severa (0 a 3 puntos) 0.9%, depresión moderada (4 a 6 puntos) 2.7%, y vigoroso (7 a 10 puntos) 95.0%; para Apgar a los 5 minutos encontró depresión severa (0 a 3 puntos) 0.2%, depresión moderada (4 a 6 puntos) 0.7%, y vigoroso (7 a 10 puntos) 97.8% (72). Estos resultados frente a los hallados en la presente tesis: Apgar al minuto 0-3: 0.9% frente a 1.77; 4-6: 2.7% frente a 3.78%; y 7-10: 95.0% frente a 94.44%; guardan similitud.

Asimismo, Apgar a los 5 minutos 0-3: 0.2% frente a 0.12%; 4-6: 0.7% frente a 1.18%; 7-10: 97.8% frente a 98.70%; también guardan similitud.

Para esta tesis, puedo concluir que los valores del Apgar al minuto y a los cinco minutos corresponden a una mejoría porcentual, es decir, los pacientes evolucionaron favorablemente.

En la tabla 22, se observa las patologías neonatales en productos de partos de gestantes primíparas de 35 años a más, de 35 a 39 años, de 40 a 44 años y de 45 a 49 años.

En primíparas de 35 a 39 años, no se presentó ninguna patología en el 74.4% de recién nacidos. En el 7.9% se presentó hiperbilirrubinemia (ictericia neonatal por causas no especificadas 6.2%, incompatibilidad ABO 1.6%, ictericia neonatal por hemólisis 0.1%); el 4.6% presentó algún tipo de infección (sepsis neonatal 2.6%, conjuntivitis neonatal 1.3%, otras infecciones parasitarias congénitas 0.6%); el 3.1% presentó alteraciones hidroelectrolíticas; el 2.6% presentó síndrome de dificultad respiratoria (membrana hialina 1.0%, taquipnea transitoria 0.9%, síndrome de aspiración meconial 0.4%, neumonía congénita 0.3%); el 1.9% presentó malformaciones congénitas (labio leporino 0.1%, síndrome de Down 0.9%, otras malformaciones 0.6%, hidrocefalia 0.1%, malformaciones de órganos genitales 0.1%); el 0.9% presentó traumatismo al nacer (traumatismo de cuero cabelludo 0.6%, traumatismo del esqueleto al nacer 0.3%); el 0.6% presentó

hipoglicemia; el 0.6% presento asfixia al nacer; y el 0.4% presento afecciones a la piel.

En primíparas de 40 a 44 años, no se presentó ninguna patología en el 77.6% de recién nacidos. En el 10.3% se presentó hiperbilirrubinemia (ictericia neonatal por causas no especificadas 7.1%, incompatibilidad ABO 2.6%, ictericia neonatal por hemolisis 0.6%); el 3.2% presento algún tipo de infección (sepsis neonatal 2.6%, conjuntivitis neonatal 0.6%, no se presentaron otras infecciones parasitológicas congénitas); el 1.9% presento alteraciones hidroelectrolíticas; el 1.9% presento síndrome de dificultad respiratoria (membrana hialina 1.3%, síndrome de aspiración meconial 0.6%, no se presentaron taquipnea transitoria ni neumonía congénita); el 3.2% presento malformaciones congénitas (fisura del paladar 0.6%, síndrome de Down 0.6%, otras malformaciones 1.9%, no se presentaron casos de labio leporino, hidrocefalia ni malformación de órganos); el 1.3% presento hipoglicemia; y el 0.6% presento asfixia al nacer. En el grupo etéreo no se registró traumatismos al nacer ni afecciones a la piel.

En primíparas de 45 a 49 años, no se presentó ninguna patología en el 80.0% de recién nacidos. En el 10.0% se presentó hiperbilirrubinemia (ictericia neonatal por causas no especificadas 10.0%); el 10.0% presento síndrome de dificultad respiratoria (síndrome de aspiración meconial 10.0%). No se presentaron casos de infecciones, alteraciones hidroelectrolíticas,

malformaciones congénitas, traumatismos al nacer, hipoglicemia, asfixia al nacer, o afecciones a la piel.

Finalmente, en primíparas de 35 a 49 años, no se presentó ninguna patología en el 77.4% de recién nacidos. En el 8.4% se presentó hiperbilirrubinemia (ictericia neonatal por causas no especificadas 6.4%, incompatibilidad ABO 1.8%, ictericia neonatal por hemólisis 0.2%); el 4.3% presentó algún tipo de infección (sepsis neonatal 2.6%, conjuntivitis neonatal 1.2%, otras infecciones parasitarias congénitas 0.5%); el 2.8% presentó alteraciones hidroelectrolíticas; el 2.6% presentó síndrome de dificultad respiratoria (membrana hialina 1.1%, taquipnea transitoria 0.7%, síndrome de aspiración meconial 0.6%, y neumonía congénita 0.2%); el 2.1% presentó malformaciones congénitas (fisura de paladar 0.1%, labio leporino 0.1%, síndrome de Down 0.8%, otras malformaciones 0.8%, hidrocefalia 0.1%, y malformaciones de órganos genitales 0.1%); el 0.7% presentó traumatismos al nacer (traumatismos del cuero cabelludo 0.5%, y traumatismo del esqueleto al nacer 0.2%); el 0.7% presentó hipoglicemia; el 0.6% presentó asfixia al nacer; y el 0.4% presentó afecciones a la piel.

A nivel internacional, Lang et al., en su artículo “Comparación de los resultados del embarazo entre embarazos por FIV-ET y embarazos espontáneos en mujeres de edad materna avanzada”, encontró bajo peso al nacer 6.1%, prematuros con muy bajo peso al nacer 0.9%, macrosomía 5.3%,

restricción del crecimiento fetal 1.9%, sufrimiento fetal 2.3%, asfixia neonatal 0.3%, y anomalías fetales 0.9% (85).

También a nivel internacional, Li et al., en su artículo “Efecto de la orientación médica nutricional individualizada sobre los resultados del embarazo en mujeres embarazadas de edad avanzada”, encontró asfixia neonatal 0.7%, parto prematuro 1.0%, transferencia a UCI 0.5%, e hiperbilirrubinemia neonatal 0.2% (65).

A nivel nacional, Ayala Peralta en su artículo “Factores asociados a morbilidad materna y perinatal en gestantes con edad materna avanzada”, reporto malformaciones genéticas, tales como anencefalia con hidrocefalia 0.3%, gastrosquisis 0.3%, hidrocefalia 0.3%, onfalocelo 0.3%, malformación pulmonar 0.3%, y no presentaron ninguna malformación congénita el 98.5% (26).

También a nivel nacional, Barahona Rojas, en su tesis “Edad Materna Avanzada y su Asociación con las Complicaciones Materno Perinatales en Gestantes Atendidas en el Hospital Sergio E Bernales 2017”, reporto bajo peso al nacer 1.0%, sufrimiento fetal 7.6%, presentación transversa del feto 2.0%, presentación podálica del feto 1.0%, restricción del crecimiento intrauterino 0.0%, parto prematuro 0.0% malformaciones congénitas 1.0%, y anomalías cromosómicas 1.0% (74).

En otro estudio nacional, Torres Meza en su tesis “Edad materna avanzada como factor de riesgo asociado a resultados materno - perinatales adversos en pacientes atendidas en el Hospital Militar Central, 2020-2021”, encontró resultados adversos perinatales en el 8.4% de pacientes. Asimismo, Apgar bajo 1.2%, bajo peso al nacer 1.26%, pequeño para la edad gestacional 7.2% (86)

A nivel local, Condori Chavez en su tesis “Prevalencia y factores asociados a la indicación de cesárea en mujeres primíparas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2021 – 2022”, encontró que el 2.01% de fetos presentaron situación transversa, el 23.29% presentó sufrimiento fetal agudo, el 0.20% presentó restricción del crecimiento intrauterino, el 2.01% presentó embarazo múltiple, el 6.22% tuvo presentación podálica (59).

De lo encontrado en la tesis, puedo afirmar que la mayoría de recién nacidos con patología neonatal corresponden a las madres del grupo etéreo de 35 a 39 años, seguido muy cerca por las madres del grupo etéreo de 40 a 44 años y finalmente el grupo etéreo de madres con 45 a 49 años. Sin embargo, al considerar los tres grupos etéreos, es más frecuente la ausencia de patología neonatal.

En la tabla 23, se observa la muerte perinatal en productos de partos de gestantes primíparas de 35 años a más, de 35 a 39 años, de 40 a 44 años

y de 45 a 49 años. En primíparas de 35 a 39 años, predominó la muerte neonatal (53.33%) sobre la muerte fetal (46.67%). En primíparas de 40 a 44 años, predominó la muerte fetal (57.14%) sobre la muerte neonatal (42.86%). En primíparas de 45 a 49 años, no se registró muerte fetal ni muerte neonatal. Finalmente, en primíparas de 35 a 49 años, predominó la muerte fetal (51.72%) sobre la muerte neonatal (48.28%).

A nivel internacional, Saccone et al., en su estudio “Complicaciones maternas y perinatales según la edad materna: una revisión sistemática y metanálisis”, realizado en 31.090.631 mujeres gestantes a través de un metanálisis de 27 estudios desde 2000 a 2021 en todo el mundo. Encontraron que las gestantes de 40 años a más presentaron un riesgo mucho más elevado de muerte fetal (RR=2,16; IC al 95%: 1,86–2,51), mayor mortalidad perinatal, restricción en el crecimiento intra uterino, muerte en la etapa neonatal, mayores ingresos a las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), pre eclampsia, parto pre término, parto vía cesárea, y mayor mortalidad materna en relación a gestantes con menos de 40 años (RR=3,18, IC 95%: 1,68–5,98). El riesgo de muerte fetal para gestantes mayores de 50 años fue de 3.72 y para gestantes mayores de 45 años de 2.32. El riesgo de muerte fetal y parto por cesárea aumento progresivamente en gestantes de 40 a 45 años, 45 a 50 años y mayores de 50 años (78).

A nivel nacional, Díaz Carbajal en su tesis “Mortalidad fetal y neonatal en la región Puno de enero a diciembre del año 2017”, encontró muerte fetal

represento el 52.1% (165 de 317 casos) de la muerte perinatal con 5.6 x 1000 nacidos vivos; por otro lado, la muerte neonatal represento el 47.9% (152 de 317 casos) de la muerte perinatal con 5.2 x 1000 nacidos vivos (87).

A nivel local, Jimenez Estaña en su investigación "Tendencia y causas de mortalidad perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna", encontró que la tasa de mortalidad perinatal I fue 14,9 x 1000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad perinatal II fue 18,9 x 1000 nacidos vivos. Noto una tendencia a la disminución del riesgo de muerte perinatal. La muerte neonatal precoz contribuye a la muerte perinatal I más que la muerte fetal tardía. La muerte neonatal precoz se produce en mayor porcentaje en las primeras 24 horas de vida. Las causas de muerte neonatal fueron: síndrome de dificultad respiratoria, infecciones, malformaciones congénitas y asfixia perinatal. Concluyo que la tendencia de mortalidad perinatal es descendente, siendo las causas predominantes dificultad respiratoria, infecciones y malformaciones (88).

Según lo revisado, se observa que la variación porcentual de la muerte fetal y muerte neonatal entre gestantes primíparas de 35 a 39 años en comparación con gestantes primíparas de 40 años a mas, varia drásticamente al alza.

CONCLUSIONES

- 1) El porcentaje de primíparas de 35 años a más atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023, fue 1.95%.
- 2) En el grupo etáreo de 45 a 49 años se observa un alto porcentaje de anemia y síndrome de distres respiratorio.
- 3) Las características sociales y obstétricos son: condición “conviviente”, estado nutricional pre gestacional sobrepeso, antecedente personal de tuberculosis, y antecedente familiar de diabetes mellitus.
- 4) Las características maternas son: sin control prenatal o inadecuado, parto por cesárea, anemia, e infección urinaria.
- 5) Las características perinatales son: feto macrosómico, grande para edad gestacional, hiperbilirrubinemia, infecciones, y síndrome de dificultad respiratoria.

RECOMENDACIONES

- 1) Considerando que el número de partos en general ha disminuido, el número de partos en adolescentes aumento levemente, el número de partos en edad adecuada disminuyo y el número de partos en edad avanzada aumento significativamente, la disminución en unas equipara el aumento en otras, con lo cual la oferta del servicio se mantiene.
- 2) Sin embargo, es necesario reorientar la prestación para brindar un servicio diferenciado para la atención de pacientes de 35 años a más de manera adecuada debido al crecimiento de este importante grupo etáreo.
- 3) Buscar activamente en el grupo etáreo de gestantes de 45 a 49 años anemia, infección del tracto urinario y prevenir en sus productos el síndrome de distres respiratorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Seong C hee, Park K min, Moon K ja. Effects of a labour and delivery simulated practice programme for elderly primigravidas. *Nurs Open*. 22 de enero de 2020;7(3):776-82.
2. Donoso E, Carvajal JA, Vera C, Poblete JA. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Rev Médica Chile*. febrero de 2014;142(2):168-74.
3. Vargas Zeballos J. Informe del Servicio de Gineco Obstetricia HHU Tacna. Tacna - Perú: Hospital Hipolito Unanue de Tacna; 2022 p. 50.
4. Marín PR. infobae. 2024 [citado 18 de julio de 2024]. La tasa de natalidad mundial sigue disminuyendo y podría causar una crisis de “subpoblación” en el 2100, según expertos. Disponible en: <https://www.infobae.com/estados-unidos/2024/01/12/la-tasa-de-natalidad-mundial-sigue-disminuyendo-y-podria-causar-una-crisis-de-subpoblacion-en-el-2100-segun-expertos/>
5. Vilca N. Mamá en espera. ¿Por qué se retrasa cada vez más la maternidad entre las jóvenes? [Internet]. Nexos. 2024 [citado 18 de julio de 2024]. Disponible en: <https://nexos.ulima.edu.pe/2024/04/24/mama-en-espera-por-que-se-retrasa-cada-vez-mas-la-maternidad-entre-las-jovenes/>
6. Braggion A, Favre G, Lepigeon K, Sichitiu J, Baud D, Desseauve D. Advanced Maternal Age Among Nulliparous at Term and Risk of Unscheduled Cesarean Delivery. *Am J Obstet Gynecol* MFM. agosto de 2023;5(8):100972.
7. Cabrera Ramos SG. Complicaciones obstétricas y edad materna avanzada. *Rev Peru Ginecol Obstet* [Internet]. julio de 2023 [citado 9 de abril de 2024];69(3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322023000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Linares Dávalos RA. Relación entre gestantes de edad avanzada con anemia y bajo peso al nacer en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023. 2024 [citado 18 de junio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/3983>
9. Kim EH, Lee J, Lee SA, Jung YW. Impact of Maternal Age on Singleton Pregnancy Outcomes in Primiparous Women in South Korea. *J Clin Med*. 12 de febrero de 2022;11(4):969.
10. Jeong Y, Choo SP, Yun J, Kim EH. Effect of maternal age on maternal and perinatal outcomes including cesarean delivery following induction of labor in uncomplicated elderly primigravidae. *Medicine (Baltimore)*. 27 de agosto de 2021;100(34):e27063.
11. Rademaker D, Hukkelhoven CWPM, van Pampus MG. Adverse maternal and perinatal pregnancy outcomes related to very advanced maternal age in primigravida and multigravida in the Netherlands: A population-based cohort. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021;100(5):941-8.

12. Yu B, Guo F, Yang Y, Long W, Zhou J. Steroidomics of Pregnant Women at Advanced Age. *Front Endocrinol*. 23 de febrero de 2022;13:796909.
13. Lu L, He L, Hu J, Li J. Association between very advanced maternal age women with gestational diabetes mellitus and the risks of adverse infant outcomes: a cohort study from the NVSS 2014–2019. *BMC Pregnancy Childbirth*. 10 de marzo de 2023;23:158.
14. Tyas BD, Lestari P, Aldika Akbar MI. Maternal Perinatal Outcomes Related to Advanced Maternal Age in Preeclampsia Pregnant Women. *J Fam Reprod Health*. diciembre de 2019;13(4):191-200.
15. Tanaka H, Hasegawa J, Katsuragi S, Tanaka K, Arakaki T, Nakamura M, et al. High maternal mortality rate associated with advanced maternal age in Japan. *Sci Rep [Internet]*. 2023 [citado 9 de abril de 2024];13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10412567/>
16. Luo J, Fan C, Luo M, Fang J, Zhou S, Zhang F. Pregnancy complications among nulliparous and multiparous women with advanced maternal age: a community-based prospective cohort study in China. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2 de octubre de 2020;20(1):581.
17. Deng L, Ning B, Yang H. Association between gestational diabetes mellitus and adverse obstetric outcomes among women with advanced maternal age: A retrospective cohort study. *Medicine (Baltimore)*. 7 de octubre de 2022;101(40):e30588.
18. Poojari Y, Annapureddy PR, Vijayan S, Kalidoss VK, Mf Y, Pk S. A comparative study on third trimester fetal biometric parameters with maternal age. *PeerJ*. 2023;11:e14528.
19. Tembo T, Koyuncu A, Zhuo H, Mwendafilumba M, Manasyan A. The association of maternal age with adverse neonatal outcomes in Lusaka, Zambia: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 11 de noviembre de 2020;20(1):684.
20. Jiang C, Wen H, Hu T, Liu Y, Dai X, Chen Y. Perinatal characteristics and pregnancy outcomes of advanced maternal age women with gestational diabetes mellitus: A retrospective cohort study. *Health Sci Rep*. 25 de febrero de 2024;7(2):e1903.
21. Casteleiro A, Paz-Zulueta M, Parás-Bravo P, Ruiz-Azcona L, Santibañez M. Association between advanced maternal age and maternal and neonatal morbidity: A cross-sectional study on a Spanish population. *PLoS ONE*. 26 de noviembre de 2019;14(11):e0225074.
22. Flores-López B, Naves-Sánchez J, Sosa-Bustamante GP, González AP, Luna-Anguiano JLF, Paque-Bautista C. Morbilidades materna y perinatal asociadas a edad avanzada en gestantes. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc*. 2023;61(Suppl 2):S83-9.
23. Ayala Peralta FD, Berrocal Montejó OA, Guevara Ríos E, Luna Figueroa A, Carranza Asmat C, Limay Ríos O. Gestantes de edad materna avanzada presentan mayor riesgo materno perinatal que las gestantes adolescentes. *Rev Peru Investig Materno Perinat*. 2017;6(1):41-5.

24. Huaman Mancco. Edad materna avanzada y complicaciones materno – fetales: Revisión Narrativa. 2021 [Internet]. [Milagros Karina]; 2022. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/7453/T061_44428603_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. Escriba Gomez PA. Edad materna avanzada como factor de riesgo de complicaciones obstetricia en pacientes atendidas en servicio de obstetricia del hospital nacional dos de mayo, periodo 2018, Lima-Perú [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad San Juan Bautista; 2020. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/2884>
26. Ayala Peralta FD, Arango-Ochante P, Espinola-Sánchez M, Ayala Moreno D. Factores asociados a morbilidad materna y perinatal en gestantes con edad materna avanzada. *Clínica E Investig En Ginecol Obstet.* 1 de enero de 2021;48(1):21-8.
27. Juan De Dios Ascencio Y. Hallazgos perinatales en embarazos con edad materna avanzada en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el primer trimestre del 2021 [Internet]. [Pucallpa - Perú]: Universidad Nacional de Ucayali; 2022. Disponible en: http://repositorio.unu.edu.pe/bitstream/handle/UNU/5660/B8_2022_UNU_MEDICINA_2022_T_YANINA_JUAN_DE_DIOS_V1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
28. Villalva-Luna JL, Prado JJV, Villalva-Luna JL, Prado JJV. Relación entre gestantes con anemia en edad materna de riesgo y bajo peso al nacer en un hospital de la seguridad social del Perú. *Rev Fac Med Humana.* octubre de 2020;20(4):581-8.
29. Ayala Moreno D, Luna Figueroa A, Ayala Peralta FD, Guevara Ríos E, Carranza Asmat C, Quiñones Pereyra EY, et al. Embarazo en edad materna avanzada: resultados perinatales. *Rev Peru Investig Materno Perinat.* 2017;6(1):17-21.
30. Sisniegas Benites JA. “Edad materna avanzada como factor de riesgo de parto por cesárea en pacientes gestantes del hospital Regional Docente de Trujillo” [Internet]. [Trujillo - Perú]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2023. Disponible en: [https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/10169/REP_JULIO.SISNIEGAS_EDAD.MATERNA.AVANZADA\(2\).pdf;jsessionid=47EF946A85D39E418A554338FEDBBC75?sequence=1](https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/10169/REP_JULIO.SISNIEGAS_EDAD.MATERNA.AVANZADA(2).pdf;jsessionid=47EF946A85D39E418A554338FEDBBC75?sequence=1)
31. Aguilar Cueva SR. Parto pretérmino en gestantes con edad materna avanzada, Hospital Nacional Hipólito Unanue. Lima, Perú. *Rev Int Salud Materno Fetal.* 30 de diciembre de 2017;2(4):3-7.
32. Figueroa Díaz CS. Complicaciones obstétricas en gestantes con edad materna avanzada sometidas a Fecundación In Vitro. *Repos Inst - UCV* [Internet]. 2021 [citado 9 de abril de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/87692>
33. Morón Salazar YDC. Edad materna avanzada como factor asociado a resultados obstétrico-neonatales adversos en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2015-2016 [Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Privada San Juan Bautista; 2019. Disponible en:

<https://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14308/2048/T-TPMC-YOLANDA%20DEL%20CARMEN%20MORON%20SALAZAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

34. Quenaya Coaquira DA. Relación entre edad materna avanzada y resultados materno perinatales en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2000 – 2018. Univ Nac Jorge Basadre Grohmann [Internet]. 2019 [citado 9 de abril de 2024]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2805513>
35. Romero Romero D. Edad materna avanzada como factor de riesgo para incremento de morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna año 2016. Univ Nac Jorge Basadre Grohmann [Internet]. 2017 [citado 9 de abril de 2024]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2804283>
36. Salvador Chata HE. Influencia de la edad materna en los resultados materno perinatales en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2015 – 2019. Repos Inst - UNJBG [Internet]. 2022 [citado 9 de abril de 2024]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3216108>
37. Carlevarino Aragón FD. Prevalencia y resultados maternos y perinatales asociados a diabetes mellitus en gestantes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2000 - 2021. Repos Inst – UNJBG [Internet]. 2022 [citado 9 de abril de 2024]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3364576>
38. Hernández LM. La gestación: proceso de preparación de la mujer para el nacimiento de su hijo(a). Av En Enferm. julio de 2008;26(1):97-102.
39. Villamedic. Ginecología y Obstetricia. Residentado Médico 2022. Villamedic Group; 2022.
40. O'Brien K, Wang Y. The Placenta: A Maternofetal Interface. Annu Rev Nutr. 21 de agosto de 2023;43:301-25.
41. Ahmad M, Sechi C, Vismara L. Advanced Maternal Age: A Scoping Review about the Psychological Impact on Mothers, Infants, and Their Relationship. Behav Sci. 20 de febrero de 2024;14(3):147.
42. Torres J. Ginecología y Obstetricia. Residentado Médico 2023. Grupo Qx Medic; 2023.
43. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía [Internet]. INS Colombia; 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20perinatal.pdf
44. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 9 de abril de 2024]. característico, característica | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/característico>
45. BERNABEU I. Diccionario ginecológico [Internet]. Instituto Bernabeu – Clínicas de reproducción asistida. 2024 [citado 10 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.institutobernabeu.com/es/diccionario-ginecologico/>

46. MINSA. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna [Internet]. 2013. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf
47. Fretts R. UpToDate. 2024 [citado 27 de mayo de 2024]. Manejo del embarazo en pacientes de edad avanzada. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-pregnancy-in-patients-of-advanced-age?search=embarazo%20gestacion%20a%20los%2035%20a%C3%B1os&source=search_result&selectedTitle=10%7E150&usage_type=default&display_rank=10#H2760397405
48. Balestena Sánchez JM, Pereda Serrano Y, Milán Soler JR. La edad materna avanzada como elemento favorecedor de complicaciones obstétricas y del nacimiento. *Rev Cienc Médicas Pinar Río*. octubre de 2015;19(5):789-802.
49. Hamilton B, Martin J, Osterman M, Curtin S, Matthews T. UpToDate. 2024 [citado 27 de mayo de 2024]. Cambio en la tasa de natalidad de 1990 a 2014. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=OBGYN%2F110497&topicKey=OBGYN%2F454&search=embarazo%20gestacion%20a%20los%2035%20a%C3%B1os&rank=10%7E150&source=see_link
50. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B, Casey B, et al. *Williams Obstetricia* [Internet]. 25.^a ed. Vol. 1. México DF: McGraw-Hill Education; 2019. 1346 p. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3087§ionid=259136167#259136181>
51. Macías Villa HLG, Moguel Hernández A, Iglesias Leboreiro J, Bernárdez Zapata I, Braverman Bronstein A, Macías Villa HLG, et al. Edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido. *Acta Médica Grupo Ángeles*. junio de 2019;16(2):125-32.
52. Góngora-Ávila CR, Vázquez-Carvajal L, Mejías-Arencibia RA, Cruz-Pérez JL, Linares-Pérez M, Frías-Pérez AE. Caracterización de gestantes en edades extremas de la vida. *Rev 16 Abril*. 16 de mayo de 2021;60(280):1196.
53. Carducci ME, Izbizky G. Edad materna avanzada como factor de riesgo de resultados adversos maternos y perinatales. *Rev Fac Cienc Médicas*. 27 de marzo de 2024;81(1):24-39.
54. Pantigoso Gutierrez DF. Edad materna avanzada en primigestas como factor de riesgo para complicaciones materno – perinatales. *Univ Nac Mayor San Marcos* [Internet]. 2023 [citado 27 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/21270>
55. Dessie Y. Primiparity at an Advanced Age: Emerging Pattern Needing Courtesy to Achieve SDG Maternal Health Targets. *Int J Womens Health*. 17 de octubre de 2023;15:1577-9.
56. Martinelli KG, Gama SGN da, Almeida AH do V de, Pacheco VE, Santos Neto ET dos. Advanced maternal age and factors associated with neonatal near miss in nulliparous and multiparous women. *Cad Saúde Pública*. 28 de noviembre de 2019;35:e00222218.

57. Soto Mosquera EE. Prevalencia de parto por cesárea en primíparas en el Perú y factores asociados: análisis de la ENDES 2018. Univ Nac Mayor San Marcos [Internet]. 2020 [citado 28 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/11769>
58. Quispe Garay YS. Actitudes y nivel de conocimiento de madres primíparas sobre lactancia materna exclusiva en el servicio de neonatología HHUT – Tacna 2015. 2016 [citado 28 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/638>
59. Condori Chavez JA. Prevalencia y factores asociados a la indicación de cesárea en mujeres primíparas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2021 – 2022. 2023 [citado 28 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/3567>
60. Londoño-Cadena P del C, Ibáñez-Correa LM, Valencia-Rivas WY, Anacona-Cruz MY, Abou-Trabi REB, BSC RPL. Frecuencia y factores relacionados al no cumplimiento del control prenatal en gestantes de 35 años o más en el Cauca, Colombia, 2016-2018. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 30 de septiembre de 2022;73(3):255-64.
61. Gao L, Chen CR, Wang F, Ji Q, Chen KN, Yang Y, et al. Relationship between age of pregnant women with gestational diabetes mellitus and mode of delivery and neonatal Apgar score. *World J Diabetes.* 15 de septiembre de 2022;13(9):776-85.
62. Turpo Flores V. Factores asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021. 18 de febrero de 2024 [citado 28 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/3805>
63. Torres Meza PM. Edad materna avanzada como factor de riesgo asociado a resultados materno - perinatales adversos en pacientes atendidas en el Hospital Militar Central, 2020- 2021. Univ Priv S Juan Baut [Internet]. 18 de agosto de 2022 [citado 27 de febrero de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/3897>
64. Li F, Zhou X, Cheng D, Wang H, Xu X. Older Underweight Pregnant Women Beat Young Overweight/Obese Ones on Incidence of Gestational Diabetes. *Diabetes Metab Syndr Obes Targets Ther.* 13 de agosto de 2021;14:3667-72.
65. Li CL, Wang YH, Wang JL, Zhang P, Sun Y. Effect of individualized medical nutrition guidance on pregnancy outcomes in older pregnant women. *J Int Med Res.* 3 de agosto de 2021;49(8):03000605211033193.
66. Sunder A, Varghese B, Darwish B, Shaikho NM, AlSada A, Albuainain H, et al. Maternal Obesity: An Obstetric Risk. *Cureus.* 14(9):e29345.
67. Alliance G, ScreeningServices TNYMAC for G and N. Reconstrucción del árbol genealógico y de los antecedentes familiares. En: *Cómo entender la genética: Una guía para pacientes y profesionales médicos en la región de Nueva York y el Atlántico Medio* [Internet]. Genetic Alliance; 2009 [citado 28 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK132209/>

68. Sisniegas Benites JA. Edad materna avanzada como factor de riesgo de parto por cesárea en pacientes gestantes del hospital regional docente de Trujillo. 2023.
69. 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. *Prog Obstet Ginecol*. 1 de noviembre de 2011;54(11):575-80.
70. Lewis R. Medscape. 2017 [citado 29 de mayo de 2024]. La inducción temprana en primíparas mayores de 35 años puede reducir la muerte perinatal. Disponible en: <http://espanol.medscape.com/verarticulo/5902095>
71. Buleje Pino EE. Inicio de trabajo de parto espontaneo en ruptura prematura de membranas, hospital Santa María del Socorro - 2015. 2016 [citado 29 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/7633>
72. Condori Huaynapata RZ. Incidencia e indicaciones de cesárea en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2019. 18 de febrero de 2024 [citado 29 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/3797>
73. Ticona-Huanco D, Ticona-Rendón M, Huanco-Apaza D, García-Montenegro V, Vargas-Zeballos J, Ticona-Huanco D, et al. Análisis de la cesárea según la clasificación de Robson en un hospital público de Perú. *Ginecol Obstet México*. 2019;87(10):626-36.
74. Barahona Rojas SK. Edad Materna Avanzada y su Asociación con las Complicaciones Materno Perinatales en Gestantes Atendidas en el Hospital Sergio E Bernales 2017. 2018 [citado 29 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/6029>
75. Panduro-Barón JG, Panduro-Moore EG, Pérez-Molina JJ, Rosas-Gómez ESM, Peraza-Martínez D, Quezada-Figueroa NA, et al. Cambios en la estática fetal y factores predisponentes durante el embarazo. *Ginecol Obstet México*. 2017;85(8):519-24.
76. Marena Castillo D. Complicaciones en labor de parto en primigestas asociado a la no realización de psicoprofilaxis; Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa II-2, Piura 2018. *Univ Priv Antenor Orrego* [Internet]. 2020 [citado 29 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6309>
77. Grillo-Ardila CF, Bautista-Charry AA, Diosas-Restrepo M, Grillo-Ardila CF, Bautista-Charry AA, Diosas-Restrepo M. Atención del parto con feto en presentación pelviana: revisión de la semiología, el mecanismo y la atención del parto. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. diciembre de 2019;70(4):253-65.
78. Saccone G, Gragnano E, Ilardi B, Marrone V, Strina I, Venturella R, et al. Maternal and perinatal complications according to maternal age: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet*. octubre de 2022;159(1):43-55.

79. Tian Q, Chen S, Jiang D. Effects of anemia during the third trimester of pregnancy on postpartum depression and pregnancy outcomes in pregnant women older than 35 years: a retrospective cohort study. *Ann Palliat Med.* marzo de 2022;11(3):1048057-1041057.
80. Ticona Rendón M. Curva nacional de distribución de peso al nacer según edad gestacional en el Perú. 2008;47(2). Disponible en: <https://www.fihu.org.pe/revista/numeros/2008/abr-jun/74-79.html>
81. Kim W, Park SK, Kim YL. Fetal abdominal obesity and the ensuing adverse perinatal outcomes in older obese pregnant women with or without obesity and with normal glucose tolerance. *Sci Rep.* 27 de septiembre de 2023;13:16206.
82. Mehari M ab, Maeruf H, Robles CC, Woldemariam S, Adhena T, Mulugeta M, et al. Advanced maternal age pregnancy and its adverse obstetrical and perinatal outcomes in Ayder comprehensive specialized hospital, Northern Ethiopia, 2017: a comparative cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 30 de enero de 2020;20:60.
83. Vila Candel R, Faus García M, Martín Moreno JM, Vila Candel R, Faus García M, Martín Moreno JM. Recomendaciones internacionales estándar sobre la ganancia de peso gestacional: adecuación a nuestra población. *Nutr Hosp.* abril de 2021;38(2):306-14.
84. Palatnik A, De Cicco S, Zhang L, Simpson P, Hibbard J, Egede LE. The Association between Advanced Maternal Age and diagnosis of Small for Gestational Age. *Am J Perinatol.* enero de 2020;37(1):37-43.
85. Lang M, Zhou M, Lei R, Li W. Comparison of pregnancy outcomes between IVF-ET pregnancies and spontaneous pregnancies in women of advanced maternal age. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 31 de diciembre de 2023;36(1):2183761.
86. Torres Meza PM. Edad materna avanzada como factor de riesgo asociado a resultados materno - perinatales adversos en pacientes atendidas en el Hospital Militar Central, 2020-2021. [Lima, Perú]: Unviersidad Privada San Juan Bautista; 2022.
87. Díaz Carbajal R. Mortalidad fetal y neonatal en la región Puno de enero a diciembre del año 2017. *Univ Nac Altiplano [Internet].* 18 de marzo de 2019 [citado 30 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/9719>
88. Jimenez Estaña SEJ, Rendón MT. Tendencia y causas de mortalidad perinatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. *Rev Médica Basadrina.* 2019;13(2):4-11.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

<p>TITULO: CARACTERÍSTICAS MATERNAS Y PERINATALES EN PRIMÍPARAS DE 35 AÑOS A MÁS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023.</p> <p>AUTOR: Bach. Ronald Garcia Ale</p>				
PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLES	POBLACIÓN	METODOLOGÍA
<p>GENERAL ¿Cuáles son las características maternas y perinatales en primíparas de 35 años a más atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023?</p>	<p>GENERAL Determinar las características maternas y perinatales en primíparas de 35 años a más atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023.</p> <p>ESPECIFICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar la frecuencia de primíparas de 35 años a más atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023. 2. Identificar las características socio demográficas y antecedentes obstétricos de las primíparas de 35 años a más atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023. 3. Identificar las características maternas en primíparas de 35 años a más atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023. 4. Identificar las características perinatales de primíparas de 35 años a más atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2010 a 2023. 	<p>Variables de caracterización:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Características sociales - Características o antecedentes gineco obstétricos. <p>Variable 1 Características maternas.</p> <p>Variable 2 Características perinatales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Todas las primíparas de 35 años a más que atendieron su parto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre 2010 a 2023. - 861 gestantes 	<p>DISEÑO Observacional, descriptivo, retrospectivo.</p>

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



HHUT
HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA

Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

EL DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA AUTORIZA, POR INTERMEDIO DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN CIÉI-HHUT.

Por Resolución Directoral N°270-2024-ETARRHH-OEGDRRHH-DR/DRS.T/GOB.REG.TACNA, otorga

CREDENCIAL

Del Proyecto de Investigación:

"CARACTERÍSTICAS MATERNAS Y PERINATALES EN PRIMÍPARAS DE 35 AÑOS A MÁS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA DE 2010 A 2023"	CÓDIGO
	26-CIÉI-HHUT-2024

Autoría (es):

RONALD GARCÍA ALE

Dictamen otorgado por: **DRA.DANILA DIANA HUANCO APAZA**, Miembro activo del Comité Institucional de Ética en Investigación informa como:

Titular Suplente

Según Resolución Directoral N°88-2024-UADI-DIREC-EJEC-HHUT-DRS.T/GOB.REG.TACNA, quien luego de la revisión del trabajo, DETERMINA:

Que puede ejecutarse: SI NO

Cumple con el Marco ético legal de la Investigación en seres humanos SI NO

Vulnera derechos SI NO

Aplicará Instrumentos:

Pacientes

Personal

Otros

Consentimiento informado:

Verbal SI NO Escrito SI NO Pertinente SI NO

Impacto Ambiental Positivo Negativo

En base a ello el Comité Institucional de Ética en Investigación concluye que el proyecto:

SI NO Cumple con los requisitos de calidad exigidos para ser desarrollado

y en consecuencia SI NO Otorga la Aprobación, por intermedio del Comité Institucional de Ética en Investigación

Se expide el presente documento el día 09 de mayo del 2024

Válido hasta el día 09 de mayo del 2025



MED.EDDY RICHARD VICENTE CHOQUE
Director Ejecutivo
Hospital Hipólito Unanue Tacna



LIC.BLANCA RAQUEL ZEVALLOS DELGADO
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
Hospital Hipólito Unanue Tacna