

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

**MORBILIDAD MATERNA POR GRUPO ETÁREO EN EL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA,
2019 A 2023**

TESIS

presentada por:

Bach. Jose Luis Beltran Chambilla

**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

**MORBILIDAD MATERNA POR GRUPO ETÁREO EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA,
2019 A 2023**

TESIS

Presentada por:

Bach. JOSE LUIS BELTRAN CHAMBILLA

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Aprobada por UNANIMIDAD, ante el siguiente jurado:



Dr. Claudio Wilbert Ramírez Atencio
PRESIDENTE



Mgr. Jaime Edgar Vargas Zeballos
MIEMBRO



Méd. Hilda Leticia del Carmen Vizcarra Rojas
MIEMBRO



Mgr. Alberto Saul Flor Chavez
ASESOR

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Dr. **ALBERTO SAUL FLOR CHAVEZ** en mi condición de asesor acreditado por la Resolución de Facultad N° 12782-2024-FACS-UNJBG de la tesis de investigación titulado: **“MORBILIDAD MATERNA POR GRUPO ETÁREO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023”**. Presentado por el Bachiller **JOSE LUIS BELTRAN CHAMBILLA** para optar el Título de MÉDICO CIRUJANO.

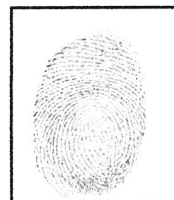
Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajos de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN cuenta con el nivel de **similitud permitido 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.

Tacna, 21 de Agosto del 2024

FIRMA ASESOR

Nombre y apellidos: DR. ALBERTO SAUL FLOR CHAVEZ

DNI: 29453554



FIRMA TESISTA

Nombre y apellidos: JOSE LUIS BELTRAN CHAMBILLA

DNI: 73483116



DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia, apoyo incondicional durante todos estos años.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis maestros, sobre todo al Dr. Claudio Ramirez Atencio, por ser guía en el campo de la medicina.

A mi padre y madre, porque siempre confiaron en mí y apoyaron mi carrera en todo momento.

A mis hermanos, que supieron entender mi profesión y ser pacientes durante este duro camino.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE GRAFICOS	x
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	01
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	03
1.1. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.....	03
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	05
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA	05
1.4. OBJETIVOS	07
1.5.1 Objetivo General	07
1.5.2 Objetivo Específico	07
1.6. HIPOTESIS	07
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	08
2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	08
2.1.1 Antecedentes Internacionales	08
2.1.2 Antecedentes Nacionales	15
2.1.3 Antecedentes Locales.....	23
2.2. BASES TEORICAS	26

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	39
3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	39
3.2. POBLACIÓN	39
3.3. VARIABLES	40
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	44
3.5. TRATAMIENTO DE DATOS	44
3.6. ASPECTOS ETICOS	45
CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS.....	46
4.1. RESULTADOS.....	46
4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	85
 CONCLUSIONES.....	 139
RECOMENDACIONES	140
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	141
ANEXOS	151

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	Grupo etáreo y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	41
Tabla N° 2	Grado de instrucción y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	43
Tabla N° 3	Estado civil y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	45
Tabla N° 4	Dependencia económica y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	47
Tabla N° 5	Paridad y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	49
Tabla N° 6	Antecedente de abortos y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	51
Tabla N° 7	Antecedente de bajo peso al nacer y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	53
Tabla N° 8	Antecedente de prematuridad y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	55
Tabla N° 9	Estado nutricional pregestacional y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	57
Tabla N° 10	Control prenatal y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	59

Tabla N° 11	Inicio de parto y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	61
Tabla N° 12	Vía de parto y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	63
Tabla N° 13	Presentación y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	65
Tabla N° 14	Patologías del embarazo y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	67
Tabla N° 15	Patologías del parto y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	71
Tabla N° 16	Patologías del puerperio y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	76

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico N° 1	Grupo etáreo y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	42
Grafico N° 2	Grado de instrucción y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	44
Grafico N° 3	Estado civil y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	46
Grafico N° 4	Dependencia económica y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	48
Grafico N° 5	Paridad y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	50
Grafico N° 6	Antecedente de abortos y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	52
Grafico N° 7	Antecedente de bajo peso al nacer y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	54
Grafico N° 8	Antecedente de prematuridad y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	56
Grafico N° 9	Estado nutricional pregestacional y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	58
Grafico N° 10	Control prenatal y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	60

Grafico N° 11	Inicio de parto y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	62
Grafico N° 12	Vía de parto y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	64
Grafico N° 13	Presentación y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	66
Grafico N° 14	Patologías del embarazo y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	70
Grafico N° 15	Patologías del embarazo y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	71
Grafico N° 16	Patologías del parto y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	74
Grafico N° 17	Patologías del parto y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	75
Grafico N° 18	Patologías del puerperio y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	77
Grafico N° 19	Patologías del puerperio y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023	78

RESUMEN

Objetivo: Determinar la morbilidad materna por grupo etáreo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2019 a 2023. **Metodología:** Se desarrolló un estudio observacional, descriptivo, comparativo. La población estuvo conformada por grupo etáreo adolescente, edad adecuada y edad avanzada. No se usó muestra. Se realizó análisis descriptivo y comparativo. La fuente fue el Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. **Resultados:** Las características sociales más frecuentes de gestantes adolescentes, de edad adecuada y edad avanzada fueron: grupo etáreo de 20 a 34 años (69.76%), grado de instrucción secundaria, estado civil “conviviente”, y dependencia económica. Las características obstétricas: paridad múltipara, 1 antecedente de aborto, sobrepeso pre gestacional, control prenatal adecuado, inicio de parto espontáneo, vía de parto cesárea y presentación cefálica. Las principales causas de morbilidad materna por grupo etáreo fueron: anemia e infecciones durante el embarazo, desgarro perineal y complicaciones del cordón umbilical durante el parto, atonía uterina y retención de membranas durante el puerperio. **Conclusiones:** La morbilidad materna por grupo etáreo durante el embarazo predominó en la gestante adolescente, en el parto la gestante de edad avanzada y en el puerperio la gestante adolescente.

Palabras clave: Morbilidad materna, grupo etáreo, gestante adolescente, gestante de edad avanzada (Fuente: DeCS)

ABSTRACT

Objective: Determine maternal morbidity by age group at the Hipólito Unanue Hospital in Tacna from 2019 to 2023. **Methodology:** An observational, descriptive, comparative study was developed. The population was made up of adolescent age group, appropriate age and advanced age. No sample was used. Descriptive and comparative analysis was carried out. The source was the Perinatal Computer System of the Hipólito Unanue Hospital in Tacna. **Results:** The most frequent socio-demographic characteristics of pregnant adolescents, of appropriate age and advanced age were: age group from 20 to 34 years (69.76%), level of secondary education, “cohabiting” marital status, and economic dependence. Obstetric characteristics: multiparous parity, 1 history of abortion, pregestational overweight, adequate prenatal control, onset of spontaneous labor, cesarean delivery route, and cephalic presentation. The main causes of maternal morbidity by age group were: anemia and infections during pregnancy, perineal tear and umbilical cord complications during childbirth, uterine atony and membrane retention during the puerperium. **Conclusions:** Maternal morbidity by age group during pregnancy predominated in adolescent pregnant women, in childbirth in elderly pregnant women, and in the postpartum period in adolescent pregnant women.

Key words: Maternal morbidity, age group, teenage pregnant woman, elderly pregnant woman (Source: MeSH).

INTRODUCCIÓN

El binomio madre niño ocupa un lugar muy importante en la salud de las personas. Se trata de dos seres humanos que el médico debe tratar, por ello y por otras razones igual de importantes, debemos prestar atención en su atención y manejo integral.

La salud materna y perinatal son indicadores internacionales de la situación de salud de los países a nivel mundial. La salud materna deficiente dibuja un país que no satisface las necesidades básicas de salud a la mujer en edad fértil que afronta un proceso reproductivo que debería ser normal y/o fisiológico.

Sin embargo, el contexto mundial ha cambiado radicalmente en las últimas décadas, la pirámide poblacional ha cambiado drásticamente y las características de la población también.

La mujer de hoy en día también ha cambiado sus características epidemiológicas. La mujer del mundo actual, tiene poder de decisión sobre su cuerpo y su salud.

Las decisiones que toma una mujer sobre su salud sexual y reproductiva están en función de sus propios intereses, muchas mujeres prefieren estudiar, trabajar, viajar, u otras actividades antes de la maternidad. Literalmente postergan

la maternidad y esto implica una serie de problemas de salud para ella y su producto cuando decide una gestación.

Otras, generalmente no por decisión propia, sino por falta de recursos para tomar la mejor decisión, se embarazan en edad temprana, hablamos de la adolescencia, todo ello con sus propias características que la propia edad le confiere.

Y otro grupo de mujeres que deciden su maternidad o sencillamente resultan embarazadas en una edad más adecuada para el proceso reproductivo que influye en sí misma y en el futuro recién nacido.

Cada grupo etéreo, adolescente, edad adecuada y edad avanzada, afrontan un embarazo de diferente forma, este trabajo de investigación pretende aproximarse al conocimiento de sus características sociales, demográficas, y obstétricas; así como a la morbilidad propia de cada grupo etéreo.

Esto permitirá conocer mejor la morbilidad por grupo etéreo en la localidad y poder tomar decisiones en base a evidencia científica para el manejo más adecuado, considerando los cambios generacionales y epidemiológicos que en ellas suceden.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Las condiciones sociales, culturales, económicas y políticas han cambiado drásticamente en las últimas décadas, trayendo con esto un cambio sustancial en el perfil epidemiológico de la mujer (1).

Este cambio se ve relacionado con la edad, lo cual se ve reflejado en la pirámide poblacional del mundo, de los continentes, países, regiones y comunidades.

De la misma forma, la morbilidad se asocia a determinada edad de las personas, y al presentarse un cambio en el contexto biológico, social y económico, influye según el grupo etáreo en que se encuentre.

En el caso de las mujeres gestantes, se han incrementado los embarazos en edades extremas de la vida reproductiva, principalmente en la edad materna avanzada.

Asimismo, la edad del primer hijo. En Europa la media de las mujeres al dar a luz a su primer hijo tiene una media de 29,7 años (en países de la Unión Europea) (2), en contraste, en el Perú, la media es de 21,9 años (3).

En ese orden de ideas, la gestación en los extremos de su vida fértil se relaciona en forma directa con índices más altos de posibilidad de enfermar y de morir tanto para la madre y su producto, sobre todo en su peso y también con la vía de terminación de la gestación, entre otras diferentes morbilidades (4).

A nivel nacional, y específicamente Tacna, la migración y diferenciación de patologías por grupo étnico se viene definiendo en concordancia a las proyecciones internacionales.

Por ello, resulta pertinente investigar el comportamiento de la morbilidad materna por grupo étnico en nuestra realidad, específicamente en pacientes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, que recibe el mayor porcentaje de pacientes en la región.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la morbilidad materna por grupo étnico en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2019 a 2023?

1.2.2. Problemas específicos

- 1) ¿Cuáles son las principales características maternas sociales de las gestantes por grupo étnico en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2019 a 2023?
- 2) ¿Cuáles son las principales características maternas obstétricas por grupo étnico en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2019 a 2023?
- 3) ¿Cuáles son las principales causas de morbilidad materna por grupo étnico en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2019 a 2023?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación busca conocer mejor la morbilidad materna y como esta se comporta según el grupo étnico, históricamente la frecuencia de enfermedades permanece con alta prevalencia, pero desconocemos la frecuencia de enfermedades por cada grupo étnico, más aún que ahora el embarazo en

edades extremas de la vida se viene incrementando con mayor problemática en edad materna avanzada.

El tema resulta importante porque a la fecha no se ha estudiado el comportamiento de la morbilidad materna, pudiendo este estudio predecir la incidencia en cada grupo etáreo como medida de prevención.

Se va a realizar un análisis detallado por etapa de vida, puesto que la edad determina la aparición, permanencia o desaparición de algunas patologías maternas.

Los beneficios se verán principalmente para prevenir la aparición de patologías por grupo etáreo, esto disminuirá la morbilidad materna e inclusive la mortalidad producto de alta carga mórbida.

El modelo de análisis mórbido por grupo etáreo constituye una metodología nueva y útil, debido al cambio en la pirámide poblacional que viene experimentando la sociedad actualmente.

Asimismo, servirá de modelo para futuras investigaciones en salud materna y perinatal.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la morbilidad materna por grupo etáreo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2019 a 2023.

1.4.2. Objetivos específicos

- 1) Identificar las principales características maternas sociales de las gestantes por grupo etáreo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2019 a 2023.
- 2) Identificar las principales características maternas obstétricas por grupo etáreo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2019 a 2023.
- 3) Identificar las principales causas de morbilidad materna por grupo etáreo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2019 a 2023.

1.5. HIPÓTESIS

La morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2019 a 2023, presenta un comportamiento diferente por grupo etáreo

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

2.1.1. A nivel internacional

Saccone et al., en la publicación ***“Complicaciones maternas y perinatales según la edad materna: una revisión sistemática y metanálisis”***, encontraron las mujeres de ≥ 40 años tuvieron un riesgo significativamente mayor de muerte fetal (RR 2,16; IC del 95%: 1,86–2,51), mortalidad perinatal, restricción del crecimiento intrauterino, muerte neonatal, admisión a la unidad de cuidados intensivos neonatales, pre eclampsia, parto menor de 37 semanas, parto por vía alta, y muerte materna en comparación con mujeres menores de 40 años (RR 3,18, IC 95% 1,68–5,98). Los mayores riesgos de mortalidad materna fueron 42,76 y 11,60 para las mujeres mayores de 50 años y mayores de 45 años, respectivamente, mientras que los de muerte fetal fueron 3,72 y 2,32. El riesgo de muerte fetal y parto por cesárea fue significativamente mayor en mujeres mayores de 45 años en comparación con aquellas de 40 a 45 años, y en mujeres mayores de 50 años en comparación con aquellas de 45 a 50 años. El riesgo de mortalidad materna fue significativamente mayor en mujeres de >50 años en comparación con aquellas de 40 a 45 años (RR 60,40, IC 95% 13,28–274,74). Concluyeron que el riesgo de muerte fetal, parto por cesárea y mortalidad materna aumenta a medida que avanza la edad materna; los

índices de riesgo de mortalidad materna fueron 3,18, 11,60 y 42,76 en mujeres mayores de 40, mayores de 45 y mayores de 50 años, respectivamente; estos datos deben utilizarse cuando se asesora a mujeres con edad materna avanzada sobre su riesgo durante el embarazo (5).

Casteleiro et al., en su investigación sobre ***“Asociación entre edad materna avanzada y morbilidad materna y neonatal: un estudio transversal en una población española”***, encontraron que las pérdidas a repetición fueron más frecuentes entre las pacientes con edad materna elevada en relación a pacientes gestantes 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 alcanzando significación estadística cuando se restringió a madres primerizas: OR ajustado 8,55; IC al 95% (1,12 - 65,43). La probabilidad de parto instrumentado se incrementó en 1,6 veces y la posibilidad de parto por vía alta en 1,5 veces entre las pacientes con edad materna avanzada alcanzando significación estadística estos resultados, observándose un modelo de dosis y respuesta. Finalmente, no se encontró relación de pre eclampsia, parto menor de 37 semanas y peso bajo al nacimiento, aunque sin conseguir significado en parámetros estadísticos. Por ello dedujeron que la edad materna se asocia a abortos repetidos, diabetes gestacional, especialmente entre primíparas, partos instrumentales como con cesáreas tanto en primíparas como en multíparas (6).

Chaura et al., en su investigación titulada ***“Resultados del embarazo adolescente en el Hospital Central Queen Elizabeth, Malawi: un estudio***

transversal”, encontraron que la prevalencia de embarazo adolescente fue del 20,4% (N=5035) de todos los partos durante el período de reclutamiento. Las infecciones de transmisión sexual fueron proporcionalmente mayores en el grupo de adolescentes, con un 12% de pruebas serorreactivas para VIH y un 10% serorreactivas para sífilis. Los resultados neonatales de asfixia al nacer (3,5%), bajo peso al nacer (5%), prematuridad (4,3%) y muerte neonatal temprana (4,3%) no fueron estadísticamente diferentes de los resultados de los grupos de mayor edad. Se determinó que las principales causas de morbilidad materna eran una alta tasa de cesáreas del 31,9% y diagnóstico intraparto de infección del tracto urinario (7,4%), malaria (7,4%) y trastornos hipertensivos (14,5%). Concluyeron que las adolescentes constituyen una proporción significativa de la población embarazada en Malawi, y tienen un mayor riesgo de sufrir algunas complicaciones durante el embarazo y el peri parto en comparación con las mujeres de grupos de mayor edad. Pero podría influenciar la atención peri parto recibida y no únicamente la edad materna (7).

Diabelkova et al., en su trabajo **“Resultados del embarazo adolescente y factores de riesgo”**, encontraron que las pacientes en la adolescencia tuvieron más riesgo de terminar con una gestación si no tenían estado civil de casada (OR 14,2; IC al 95% 9,3 a 21,6; valor $p < 0,001$) y tuvieron educación básica o educación insuficiente (OR 16,8; IC al 95% 11,5 a 24,6; valor $p < 0,001$). Asimismo, eran más proclive a consumir cigarrillo en la gestación (OR 5,0; IC al 95 % 3,8 a 6,6; valor $p < 0,001$). El peso bajo al nacimiento fue más frecuente en los productos de

pacientes en adolescencia que en los productos de mamás en estado de adultez ($p < 0,001$). Los autores revelaron que los productos de pacientes adolescentes frecuentemente tuvieron menos peso al nacimiento (-332,6 gramos, valor $p < 0,001$). Las mamás en adolescencia se relacionaron a valoraciones Apgar menores en el minuto uno (valor $p = 0,003$). Al comparar con grupo control, las gestantes en adolescencia presentaron mayor prevalencia de nacimientos de menores de 37 semanas (valor $p = 0,004$). La presente investigación halla grandes diferencias en relación a la edad en los resultados de neonatos entre sus madres. Los efectos pueden ser usados para reconocer grupos en situación de vulnerabilidad que requieran presencia ayuda y acciones especiales para disminuir la posibilidad de efectos opuestos para los grupos mencionados (8).

Li et al., en el artículo ***“El papel de la edad materna en los resultados adversos del embarazo entre mujeres primíparas con parto único: un estudio de cohorte retrospectivo en áreas urbanas de China”***, encontraron que los riesgos de diabetes mellitus gestacional pre eclampsia, placenta previa y hemorragia posparto disminuyeron en las mujeres de edad materna joven y aumentaron en las mujeres de edad materna avanzada. Tanto la edad materna joven como la avanzada aumentaron el riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer. La edad materna joven también se asoció con un mayor riesgo de PEG (aOR 1,64, IC 95 % 1,46–1,83) y muerte fetal (aOR 2,08, IC 95 % 1,35–3,20). La edad materna mayor de 40 años elevó las probabilidades de desprendimiento de placenta (aOR 3,44, IC 95 % 1,47–8,03), LGA (aOR 1,47, IC 95 % 1,09–1,98),

muerte fetal (aOR 2,67, IC 95 % 1,16–6,14), y microtia congénita (aOR 13,92, IC 95% 3,91–49,57). Hubo asociaciones lineales positivas entre la edad materna y diabetes mellitus gestacional, pre eclampsia, desprendimiento de placenta, placenta previa, rotura prematura de membranas, hemorragia posparto, parto prematuro, grande para la edad gestacional y sufrimiento fetal (todos p para tendencia lineal $<0,05$), y una asociación lineal negativa entre la edad materna y pequeño para la edad gestacional (p para tendencia lineal $< 0,001$). El análisis de las asociaciones entre la edad materna y los resultados fetales adversos mostró una forma de U para el parto prematuro, el bajo peso al nacer, la PEG, la muerte fetal y la microtia congénita (todos p para tendencia cuadrática $< 0,001$). Concluyeron que la edad materna avanzada predispone a las mujeres a resultados obstétricos adversos. La edad materna joven manifiesta un efecto bidireccional sobre los resultados adversos del embarazo. Los hallazgos pueden contribuir a mejorar la atención y el manejo prenatal de las mujeres (1).

Sugai et al., en la publicación ***“Resultados del embarazo en la edad materna mayor de 45 años: una revisión sistemática y un metanálisis”***, encontraron que las gestantes de 45 años a mas presentaron tasas de parto por vía alta mucho mayores (OR 2,87; IC al 95% 2,50 a 3,30) que aquellas de < 45 años. Sin embargo, la tasa de parto por cesárea de emergencia fue menor en pacientes embarazadas de mayor edad (OR 0,61; IC al 95% 0,47 a 0,79). El embarazo en personas mayores se asoció con una tasa de parto asistido más baja que el embarazo en personas más jóvenes (OR 0,85; IC al 95% 0,75 a 0,97). La

pre eclampsia, diabetes mellitus en la gestación, placenta previa, desprendimiento de placenta, hemorragia posparto y parto prematuro presentaron más probabilidades de ocurrir en gestantes de 45 años a más en relación a las menores de 45 años. Los análisis agrupados ajustados mostraron tendencias similares a las de los análisis agrupados no ajustados. Concluyeron que los resultados adversos del embarazo, típicamente el parto por cesárea, fueron más probables en pacientes embarazadas de mayor edad (≥ 45 años) que en pacientes embarazadas más jóvenes. Sin embargo, la tasa de parto asistido fue menor en pacientes embarazadas de mayor edad (9).

Vasconcelos et al., en su artículo ***“Embarazo adolescente en Santo Tomé y Príncipe: ¿existen diferentes resultados obstétricos y perinatales?”***, encontraron que los resultados perinatales adversos atribuibles a los nacimientos de adolescentes fueron sufrimiento fetal con una puntuación de Apgar baja en el primer minuto < 7 (OR 1,94, IC 95 % 1,18–3,18, $p=0,009$) y realización de maniobras de reanimación neonatal (OR 2,4, IC 95 % 1,07–5,38, $p=0,032$). En comparación con las madres mayores, las adolescentes tenían probabilidades de tener un riesgo tres veces mayor, no estadísticamente significativo, de tener un parto obstruido (OR 3,40; IC del 95 %: 0,89 a 12,94, $p=0,07$). Otros resultados perinatales como asfixia neonatal, riesgo de parálisis cerebral, parto prematuro, infección neonatal temprana y muerte neonatal fueron idénticos entre los grupos, así como la anemia materna, la forma de parto u otros resultados obstétricos. Concluyeron que los embarazos en adolescentes se asociaron con peores

resultados perinatales como sufrimiento fetal y una mayor necesidad de maniobras de reanimación neonatal (10).

Zhang et al., en la investigación ***“Los resultados maternos y perinatales adversos del embarazo adolescente: un estudio transversal en Hebei, China”***, encontraron que, en confrontación con pacientes entre 20 a 34 años, las pacientes entre 10 a 19 años tuvieron riesgo menor de parto por vía alta [cociente de riesgo ajustado (RRa) = 0,75; IC al 95 % 0,70 a 0,80], diabetes mellitus en embarazadas (RRa = 0,55; IC al 95% 0,41 a 0,73). Las pacientes de 10 a 19 años tuvieron riesgo más elevado de parto en menos de 37 semanas (aRR = 1,76, IC al 95% 1,54 a 2,01), tamaño pequeño para edad gestacional (PEG) (aRR = 1,19, IC al 95% 1,08 a 1,30), muerte fetal (aRR = 2,58, IC al 95% 1,83 a 3,62), muerte neonatal (RRa = 2,63, IC al 95% 1,60 a 4,32). Las pacientes en adolescencia de 10 a 17 años tuvieron un riesgo más alto de muerte fetal (RRa = 5,69; IC al 95% 3,36 a 9,65) y muerte neonatal (RRa = 7,57, IC al 95% 3,74 a 15,33) en relación a las pacientes entre 25 a 34 años. Los adultos más jóvenes (20 a 24 años) también tuvieron mayores riesgos de parto prematuro (RRa = 1,26; IC al 95% 1,20 a 1,32), muerte fetal (RRa = 1,45, IC al 95% 1,23 a 1,72) y muerte neonatal (RRa = 1,51, IC al 95% 1,21 a 1,90) en relación a pacientes de 25 a 34 años. El patrón de ecuación estructural develó que el parto menor de 37 semanas y el parto por vía alta presentaron un efecto no directo sobre la mortalidad en neonatos en la gestación de pacientes en adolescencia. Concluyeron que las gestaciones en pacientes en adolescencia se relacionaron a desenlaces en el periodo fetal y neonatal

desfavorables, como parto menor de 37 semanas, muerte en fetos y muerte en neonatos, sobre todo en gestantes adolescentes con menor edad (11).

2.1.2. A nivel nacional

Gonzales-Carrillo et al., en su artículo ***“Morbilidad materna extrema en mujeres peruanas atendidas en una institución especializada. 2012- 2016”***, encontraron que las gestantes multíparas estuvieron fueron el 63,7% de pacientes, tuvieron una media de 4 atenciones pre natales y el 60% de pacientes tuvieron al menos una cesárea antes. La razón de morbilidad materna extrema presento valores de 10,7 y 17,6 por 1000 recién nacidos vivos, el índice de mortalidad 3%, la proporción morbilidad materna extrema y muerte materna se presentó en 32,8 casos. Finalmente dedujeron como prevalencia media de morbilidad materna extrema en 13 casos por cada 1000 nacidos vivos con orientación al incremento en los tres últimos años, originado por alteraciones hipertensivas, sepsis y hemorragias. Se evidencia mejoras en la manera de atender a las gestantes con morbilidad materna extrema y la merma de muerte materna (12).

Bendezú y Bendezú-Quispe, en el estudio ***“Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave (MMEG) en un hospital del seguro social del Perú”***, encontraron que las razones más frecuentes de la morbilidad materna extremadamente grave son las hemorragias después del parto (35 %) y embarazo ectópico complicado (31 %). 31 de cada 100 gestantes fueron

hospitalizadas en una unidad de cuidados intensivos (UCI) para tratamiento. La razón de morbilidad materna extremadamente grave fue 3,57 por 1000 nacidos vivos, con índice de mortalidad de 6,1 y una proporción de morbilidad materna extremadamente grave y muerte materna de 0,1. Concluyeron que los orígenes más frecuentes de morbilidad materna extremadamente grave son las hemorragias después del parto y el embarazo ectópico que se complica. Solamente una de cada tres gestantes registro ingresos a la unidad de cuidados intensivos (13).

En un estudio antiguo, **Chirinos** estudio la ***“Morbilidad y mortalidad materna en la altura en el Perú”***, encontró que las salidas de hospital entre el año 1980 a 1982 en lo que se refiere a abortos represento el 35%, el parto con obstrucción el 15%, la hemorragia en la gestación y el parto el 6.1 %, la toxemia y las complicaciones en la etapa puerperal 3.1 % y otras causas el 38 % (14).

Gamboa Vila, en su tesis ***“Morbilidad materna extrema (MME) y muertes maternas (MM) evitadas en el Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM, 2017-2018”***, encontró que el 70.5 % vienen de la zona rural, el 62.5 % tienen de 20 a 34 años de edad, el 23.8% se ubican en la adolescencia, el 38.6 % presentaron nivel de instrucción de nivel primario y 48.9 5 nivel secundario, el 73.9 % mantiene una condición conyugal con estabilidad, el 68.2 % se ocupa a la casa y el 25% tienen por ocupación las chacras. Como antecedentes el 51.1 % tuvo periodo entre un embarazo y el otro, el 40.9 % presento aborto y el 17 % parto por vía alta; el 34.1% no tuvo atenciones prenatales, el 27.3 % empezó de manera tardía el control prenatal, el 28.3 % no pudo completar las 6 atenciones prenatales; las

enfermedades más frecuentes fueron el shock con hipovolemia con un 40.3%, el 35.2 % presentaron eclampsia y el 20.5 % presento un shock séptico. Los daños a los sistemas fueron del 35.3 % al sistema vascular, el 22.7 % al sistema que maneja la coagulación, el 17 % afecta al sistema renal, el 9.1 % afecta al cerebro y sistema respiratorio. La prevalencia de mortalidad materna extrema aumento con respecto al año anterior, se registraron 2 muertes de gestantes: 1 por causa directa motivada por shock originada por sepsis y 1 por causa indirecta en 2017; durante el año 2018 fue posible evitar todas las muertes maternas. Finalmente concluyeron que la mortalidad materna extrema está en aumento, que es más frecuente en la zona rural, en una edad acorde para procrear, con historial haber abortado, tiempo entre un embarazo y otro corto; el shock por hipovolemia fue la causa más importante (15).

Dávila-Aliaga et al., en un estudio no relacionado directamente titulado ***“Resultados materno-perinatales en gestantes con COVID-19 en un hospital nivel III del Perú”***, encontraron que los problemas de naturaleza obstétrica mayormente presentados fueron: un 18.6 % ruptura prematura de las membranas ovulares y el 11.6 % la pre eclampsia. El 65.1 % de recién nacidos fueron dados a luz por la vía tradicional (vaginal), tan solo 1 de los productos tuvo un resultado afirmativo al examen de reacción en cadena de polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) para la COVID-19, las enfermedades que acompañaron a los neonatos son: 11.3 % edad gestacional menor de 37 semanas, 9.3 % peso bajo al nacimiento, 4 neonatos entraron a la unidad de cuidados intermedios y 2 neonatos

ingresaron a la unidad de cuidados intensivos. Concluyeron que 2.5 % de los neonatos de mamás con COVID-19 presentaron un resultado de examen molecular reactivo a RT-PCR, que el 14 % de neonatos presentaron nacimiento menor de 37 semanas, peso bajo al nacer, septicemia y neumonía que necesito usar ventilador mecánico. La morbilidad en neonatos estuvo presente con examen de RT-PCR negativa para COVID-19 (16).

Rioja Odar, en su tesis ***“Factores determinantes de la morbilidad materna extrema en las gestantes atendidas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Año 2016-2017”***, encontró en las madres y los productos características que permitieron la morbilidad materna extrema son: el índice de masa pre gestacional (valor $p = 0.000$, OR = 180.17), el aumento de peso no adecuado (valor $p = 0.000$, OR = 114.89), haber parido dos o más veces (valor $p = 0.000$; OR = 18.39). Las condiciones sociales y de demografía que se presentaron son: edad de 35 años a mas (valor $p = 0.002$, OR = 13.82), no tener servicio básico de alcantarillado (valor $p = 0.046$), adolecer de conexión a suministro de corriente eléctrica (valor $p = 0.006$). Las condiciones de carácter sanitario que se presentaron son: semanas de gestación en que da inicio al control pre natal superior a catorce 14 semanas (valor $p = 0.000$, OR = 114.89), controles pre natales menor a seis (valor $p = 0.000$, OR = 61.71), no contar con plan de parto (valor $p = 0.031$, OR = 9.33), no tener carnet de control pre natal (valor $p = 0.000$, OR = 126), y la presencia de cualquier imprudencia identificada en el proceso de control pre natal ($p = 0.000$, OR = 53.08). Concluyeron que las condiciones más importantes para la morbilidad

materna extrema en embarazadas con atención en el establecimiento y años que estudio la paciente son la edad, el índice de masa corporal pre gestacional y el carnet de control pre natal con llenado incompleto (17).

Chico Iguaro, en su tesis ***“Factores asociados a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en gineco obstetricia - Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017”***, encontró como las condiciones sociales y de demografía presentan relación con las enfermedades de la madre, fue más frecuente el nivel de instrucción primaria (34.1 %). Al aplicar estadística chi cuadrado se tiene un 0,001 lo que se traduce en relación entre el nivel de instrucción y las enfermedades de la madre. En las condiciones de la paciente se encontró que: el 79.5 % no presenta hábitos dañinos. La aplicación del chi cuadrado reporta un 0,019, se traduce en relación del hábito dañino y las enfermedades de la madre. En las condiciones de carácter obstétrico fue más frecuente el tiempo entre una gestación y otra, en un 56,8% el periodo intergenésico es muy corto. Aplicando el estadístico chi cuadrado el valor obtenido fue de 0,001, indicando con esto la relación entre un tiempo o periodo intergenésico y las enfermedades que aquejan a las madres. Concluyeron que se encontró una relación entre los factores sociales, demográficos, personales u obstétricos y las enfermedades de las madres (18).

Pastor y Almora, en su tesis ***“Mortalidad materna en pacientes con morbilidad materna extrema: estudio caso control en un establecimiento de tercer nivel del Perú 2010-2020”***, encontraron que la media de la edad de las pacientes estudiadas fue 28 años (entre 21 a 32 años) entre los casos y de 27 años

(entre 22 a 33 años) entre los controles. Al realizar el análisis estadístico multivariado, se encontró que las variable que se asociaron a la muerte materna fueron: el lugar de procedencia por provincia (OR = 2.64; IC al 95% 1.16 a 6.00), estado de referencia (OR = 2.47; IC al 95%, 1.13 a 5.39), las co morbilidades maternas (OR = 0.42; IC al 95%, 0.22 a 0.79), la sepsis (OR = 2.73; IC al 95% 1.36 a 7.08) y la histerectomía (OR = 5.58; IC al 95% 2.57 a 12.58). Finalmente llegaron a la conclusión de que las gestantes fueron referidas desde provincia e ingresaron a un hospital después del parto y padecieron de una histerectomía como factores asociados a muerte materna (19).

Urcia Ramirez, en su tesis ***“Calidad de la atención prenatal y su relación con la morbilidad materna en el Hospital Virú. Abril- junio, 2018”***, encontró que la incidencia de morbilidad fue más frecuente para enfermedad hipertensiva del embarazo con un 33.6 %, también por la infección de las vías urinarias en un 23.7 %, asimismo el control pre natal de calidad en un 16.0 %, y prestación de salud sin estándares de calidad en un 83.0 %, se encontró una asociación moderada entre parto menos de 37 semanas y la calidad de control pre natal. Finalmente concluyo que no hay asociación significativa entre calidad de control pre natal y las enfermedades de las gestantes en el hospital de la provincia de Virú, entre abril a junio de 2018 (20).

Guerra Francia, en su tesis ***“Correlación de la morbilidad materna con la morbimortalidad perinatal en pre términos nacidos por vía vaginal y cesárea en el Hospital Rezola Cañete durante el periodo 2014”***, encontró que

el 59.1 % de pacientes tuvieron infecciones y la más presentada fue la infección de vías urinarias con un 53.03 %, el 22.73 % presento parto eutócico vaginal, el 22.73 % presento hemorragias, también se presentó frecuentemente el desgarro del canal del parto, tuvieron parto vía vaginal; y enfermedad hipertensiva del embarazo en un 18.18 %, siendo la más frecuente la pre eclampsia severa, y la mayor parte de estas presentaron parto por vía alta. Finalmente, el autor concluye que hay una asociación de las enfermedades de la madre con las enfermedades perinatales. También que los productos de las pacientes que presentaron infecciones y hemorragias tuvieron septicemia en neonatos y óbitos fetales. Un mayor porcentaje de membrana hialina y depresión en neonatos se presentó en productos de madres con enfermedades hipertensivas (21).

Sevillano Apolinario, en su tesis ***“Demora obstétrica tipo I como un factor de la morbilidad materna extrema en segundigesta nulípara, Hospital III-1, Lima 2017”***, después de realizar el análisis del caso clínico encontró las demoras en la atención materna tienen resultados catastróficos, que resulta muy importante para evitar que una gestante se complique obstétricamente o presente enfermedades con resultado de muerte materna la decisión de la gestantes y de sus familiares al momento de conseguir atención médica debe ser inmediata cuando se presenta un síntoma o signo de cuidado o alarma durante la gestación (22).

Guerrero Trujillo, en su tesis ***“Obesidad preconcepcional asociada a la morbilidad materna en gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del***

Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero – diciembre 2015", encontró que 31 de cada 100 pacientes tuvieron enfermedades maternas (OR = 5,969; valor $p < 0,05$; IC al 95 % 2,48 a 14,35), de estas pacientes 15 de cada 100 tuvieron una gestación prolongada (OR = 5,706; valor $p < 0,05$; IC al 95 % 1,59 a 20,38), el 13 % de pacientes tuvieron preclamsia leve (OR = 4,83; valor $p < 0,05$; IC al 95 % 1,33 a 17,52) y el 1,5 % de pacientes tuvieron diabetes mellitus gestacional (OR = 3,06; valor $p > 0,05$; IC al 95 % 0,31 a 29,95). Finalmente concluyo que la condición de gestante obesa antes de la concepción está relacionado a enfermedades maternas, preclamsia leve y gestación prolongada. También que la condición de una gestante obesa antes de la gestación no se relaciona a diabetes mellitus en la gestación en el Hospital Nacional Hipólito Unanue (23).

Chavez Pinchi, en su tesis ***"Morbilidad materna y retraso de crecimiento intrauterino en un hospital de nivel II de la ciudad de Iquitos 2019"***, encontró que las madres con morbilidad durante el embarazo tienen riesgo significativo de la presencia de recién nacido con retraso de crecimiento intrauterino (OR 3.6, $p=0.004$), las morbilidades que se asociaron a la presencia de recién nacido con retraso de crecimiento intrauterino fueron la anemia (OR 2.77, $p=0.038$), la infección urinaria (OR 2.93, $p=0.037$), la hiperémesis gravídica (OR 3.08, $p=0.038$), la hipertensión inducida del embarazo (OR 7.71, $p=0.001$), la pre eclampsia (OR 6.75, $p=0.011$); el oligohidramnios (5.78, $p=0.028$), y malaria ($p=0.031$). Conclusión: La

presencia de morbilidad durante el embarazo aumenta el riesgo de presentar recién nacidos con retardo de crecimiento intrauterino (24).

2.1.3. A nivel regional o local

Julca Maquera, en su tesis ***“Factores de Riesgo Asociados a Morbilidad Materna Extrema en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna Año 2017-2018”***, encontró que algunas condiciones en la clínica y la obstetricia, en específico la cantidad de veces que las gestantes acudieron a la atención pre natal ($\chi^2 = 28,253$; valor $p = 0,000$ y OR = 2,44; IC al 95 % 1,24 a 4,82) están relacionados a la condición de morbilidad materna extrema; esto significa que las embarazadas con atenciones pre natales inadecuadas son el doble de veces más probable que presenten morbilidad materna extrema. El autor no encontró relación entre las condiciones sociales o demográficas con morbilidad materna extrema. En cuanto a las características de las embarazadas que presentaron morbilidad materna extrema, se observó altos porcentajes de enfermedades específicas, entre ellas la pre eclampsia (en lo referido a disfunciones orgánicas), y la enfermedad cardíaca. Los motivos más frecuentes para ingresar al hospital para internamiento por morbilidad materna extrema fueron: la pre eclampsia severa, el choque con alteración de volemia (hipovolemia) y el corazón con función insuficiente y características de descompensación (25).

Sánchez Paquera, en su tesis ***“Características maternas y perinatales asociadas a morbilidad materna extrema en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 – 2021”***, encontró una razón de morbilidad materna extrema de 15,4 por 1000 nacidos vivos, el Índice de mortalidad materna fue 2,34 y la relación morbilidad materna extrema y mortalidad materna fue 41,67. Los motivos más importantes y frecuentes para que las gestantes ingresen a hospital fueron: 72 % presento hipertensión arterial en la gestación, el 15.2 % presentaron hemorragias y el 4 % presentaron septicemia. El 79.2 % presento falla orgánica uterina, el 14.4 % presento patología cardíaca. Y el 12.8 % presento patología respiratoria. La media de días que permanecieron las pacientes en el hospital fue de 3.2 días. No se encontró relación con morbilidad materna extrema las características de la madre como los factores sociales y demográficas ni tampoco los antecedentes obstétricos. Pero si se encontró relación en: ausencia de atenciones pre natales (OR = 1,7), edad gestacional menor e igual a 36 semanas (OR = 4,59) y culminación de la gestación por vía alta (OR = 4,17). En las condiciones perinatales se relacionaron a peso bajo al nacer (OR = 4,68), depresión moderada al minuto (OR = 3,8) y morbilidad neonatal (OR = 1,76). Por ultimo concluyo que las condiciones de la madre y el feto o recién nacido que se relacionaron a morbilidad materna y perinatal fueron: falta de atenciones pre natales, parto por vía alta, embarazo con 36 semanas o menos, peso bajo al nacimiento, depresión moderada al primer minuto del nacimiento y morbilidad neonatal (26).

Chambilla Mullo, en su tesis ***“Consecuencias negativas maternas y perinatales de la obesidad pregestacional en gestantes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2017”***, encontró que el 21.9 % de las gestantes presentaron condición de obesas antes de la gestación; de este grupo 3 de cada 4 (75.0 %) fueron obesas grado I, 2 de cada 5 (19.4 %) fueron obesas grado II y 1 de cada 20 (5,6 %) fueron obesas grado III. El 70.5 % fueron gestantes jóvenes, el 76.8 % fueron gestantes con condición de convivencia, el 65.0 % fueron gestantes con nivel de instrucción secundario, el 32.1 % tuvieron antecedentes de aborto, el 78.5 % tuvieron multiparidad o gran multiparidad y el 61.7 % presentaron una buena atención pre natal. Los resultados adversos en las madres fueron: 62.9 % tuvieron parto por vía alta, 87.6 % presentaron morbilidad materna, el 51.0 % tuvieron una infección de las vías urinaria, el 31.4 % tuvo anemia del embarazo, el 9.7 % desarrollo hipertensión gestacional, el 5.3 % oligoamnios, el 5.2 % rotura prematura de las membranas y el 4.7 % presento amenaza de parto antes de las 37 semanas de gestación. Los resultados perinatales adversos fueron: el 23.2 % desarrollo alto peso, el 25.8 % fueron grandes para la edad gestacional, el 16.6 % presentaron morbilidad neonatal, el 3.3 % presento híper bilirrubinemia, el 1.4 % desarrollo un síndrome de dificultad respiratoria; 0.9 % infecciones, 0.9 % alteraciones hidro electrolíticas, 0.9 % asfixia al nacimiento y 0.5 % presentaron malformaciones congénitas. Finalmente el autor concluyo en que la condición de paciente obesa antes del embarazo produce resultados de carácter negativo en la madre y su recién nacido, convirtiéndose en grupo de alto riesgo (27).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Epidemiología

La epidemiología es la revisión del número de casos y distribución de sucesos salubres y condiciones determinantes en las sociedades del hombre, todo esto con el fin de prevenir y controlar situaciones problemáticas de salud en una jurisdicción (28).

2.2.2. Morbilidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS), toma la definición de morbilidad como cualquier desviación objetiva o no objetiva de una condición de bienestar fisiológico; y define a la enfermedad como un estado que no permite a la persona cumplir con sus actividades o el desempeño de las funciones sociales, profesionales o de otro tipo (29).

La condición de malestar, el estado de enfermedad y la situación de morbilidad son definidos con sinonimia, según la O.M.S; puede medirse en términos de 3 unidades: persona enferma, enfermedad y duración de enfermedad (30).

Un indicador de morbidez estima el número y frecuencia de condiciones negativas de la salud específicos como una infección, un cáncer, un accidente de trabajo, entre otros. La información puede ser un

registro de hospital, reportes de enfermedades bajo vigilancia e investigaciones de incidencia y/o prevalencia, y auto reporte de enfermedad. Las patologías de larga evolución necesitan monitorear las etapas clínicas, por lo son mejores los reportes de diferentes enfermedades (28).

2.2.3. Medidas de morbilidad

En el análisis epidemiológico, resulta importante el uso de indicadores que permitan el monitoreo de las enfermedades en la sociedad como parte del proceso salud enfermedad (28).

Tanto la prevalencia y la incidencia son medidas de morbilidad.

2.2.4. Morbilidad materna

Se refiere al conjunto de enfermedades que se suceden como consecuencia de la condición de gestación en una mujer. En ese sentido, la morbilidad materna detalla situaciones negativas de salud sean estos de corto o largo plazo. Algunas de estas enfermedades son: patología cardiovascular, infección, hemorragia, enfermedad hipertensiva y coágulos sanguíneos. En estas enfermedades se requiere de atención médica adicional adecuada, sea en hospital o en comunidad (31).

2.2.5. Grupo etéreo

El término “grupo etéreo”, también conocido como rango etéreo o conjunto etéreo, se refiere a un conjunto de personas o parte de la población,

que tienen en común la edad o momento vital en un determinado momento, y que representan una importancia estadística y/o académica. Requiere de una clasificación de la comunidad o de una parte de esta o un grupo de personas determinados por la edad.

2.2.6. Infección urinaria

La infección de las vías urinarias (ITU o IVU), se refiere a una infección por bacterias que se da muy frecuentemente.

La sintomatología depende de la ubicación de la infección en vía urinaria. Asimismo puede ser sintomática o asintomática (32). Se clasifica:

- Bacteriuria asintomática: caracterizada por bacterias provenientes de una adecuada toma de muestra de urocultivo (se establece un numero de 100,000 UFC por ml) pero sin contar con sintomatología de manera clínica.
- Cistitis: infección de la vía urinaria baja de carácter sintomático, con una clínica característica por polaquiuria, urgencia de miccionar, disuria, dolor supra púbico y tenesmo vesical, pero sin evidencia de infección sistémica.
- Pielonefritis aguda: infección por bacterias en el parénquima del riñón con características de dolor en el ángulo costo vertebral por lo general cursando con fiebre, también presenta clínica como inicio con

sintomatología irritativa y compromiso general. Por lo general se da en el trimestre II o III del embarazo o después del parto.

- Bacteriuria significativa: tiene que existir un uro cultivo con presencia mayor de 100,000 unidades formadoras de colonias por mililitro de orina de un solo uro patógeno, pero con muestra recolectada de manera adecuada: limpiando el genital externo de la mujer, uso de separación de labios vulvares, colectando chorro medio de la micción o por punción supra púbica o por sonda vesical en el puerperio (32).

2.2.7. Anemia

Anemia es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de una alteración en que la numeración de glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en sangre se hayan disminuido sean insuficientes para cumplir las necesidades demandadas por el organismo.

Para los salubristas, la anemia es definida como una concentración de hemoglobina con menos de 2 desviaciones estándar del promedio según el género, la edad y la altura a nivel del mar (33).

2.2.8. Amenaza de aborto

La amenaza de aborto es una entidad clínica que se caracteriza por la aparición de sangrado o hemorragia de origen intra uterino antes de la

semana 22 de edad gestacional, con presencia o no de contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsar del producto de la concepción.

Asimismo, le ecografía debe mostrar un producto con signos vitales (latido cardíaco o movimiento). En situaciones como esta corre riesgo el embarazo que aún no tiene condición de viabilidad, pero la gestación continua y este estado sugeriría la posibilidad de presentar un aborto espontáneo (34).

2.2.9. Amenaza de parto prematuro

Se cataloga como una amenaza de parto prematuro a la entidad clínica que sucede entre la semana de gestación 22 a 37 (entre 154 a 258 días, que se contabilizan desde el primer día de la fecha de última regla, pero con una fecha que sea confiable).

Esta entidad clínica se sub divide en:

Figura 1

Clasificación de la amenaza de parto prematuro

De acuerdo a la edad gestacional (EG)	
EG en semanas	DENOMINACIÓN
< 28	Prematuros extremos
28 – 31	Muy prematuros
32 – 33	Prematuros moderados
34 - 36	Prematuros tardíos
De acuerdo al peso al nacer	
Peso en gramos	DENOMINACIÓN
< 1,000	Peso extremadamente bajo al nacer
< 1,500	Muy bajo peso al nacer
< 2,500	Bajo peso al nacer

Fuente: Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología 2023.

2.2.10. El COVID 19 y su impacto en los partos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna

Del registro inicial de COVID-19 en diciembre de 2019 en Wuhan (China), la enfermedad se propago velozmente por todo el mundo, por ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) tuvo que declarar el estado de emergencia sanitaria con nivel internacional el día 30 de enero de 2020 al 4 de febrero de 2024. En ese periodo de tiempo se reportaron por encima de 774 millones de casos y más de 7 millones de muertes a nivel mundial (35).

Solo en el año 2022, en América Latínare se reportaron 447 muertes maternas asociadas a la COVID-19. Hasta marzo de 2024, en Perú se reportaron 224 gestantes que murieron por COVID-19. También se detalla que el síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) produjo el incremento de mortalidad de gestantes, puérperas y neonatos. Asimismo en muchos países la tasa de mortalidad materna se incrementó, en latinoamericana la lidero Honduras y Peru estuvo en 5to lugar con un aumento del 50% (35).

La OMS, la mortalidad materna se debió a dos razones:

- a) La interacción entre la gestante y el virus (muertes obstétricas indirectas), y

- b) Las complicaciones de la gestación no prevenidas, identificadas o tratadas por alteración en la prestación del servicio sanitario. La pandemia generó una afectación a los servicios de salud en general, incluido los servicios materno perinatales.

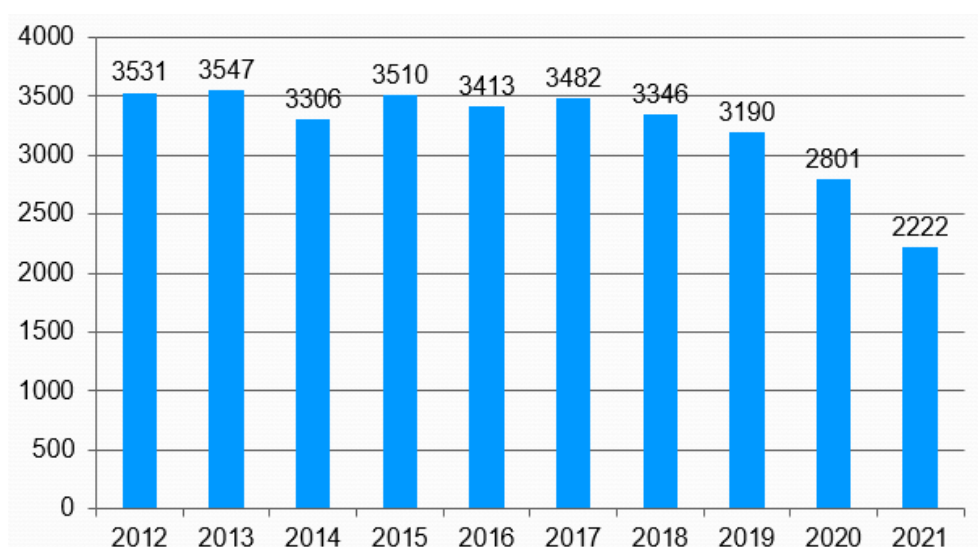
En la región Tacna, las implicancias de la pandemia también afectaron los servicios de salud, tanto de nivel hospitalario como de periferie. Según disposición sanitaria nacional, el personal de salud en situación de riesgo, dejó de laborar en virtud del Decreto de urgencia N° 026-2020, Decreto de urgencia que establece diversas medidas excepcionales y temporales para prevenir la propagación del coronavirus (COVID-19) en el territorio nacional, en su artículo 16 menciona “El trabajo remoto se caracteriza por la prestación de servicios subordinada con la presencia física del trabajador en su domicilio o lugar de aislamiento domiciliario, utilizando cualquier medio o mecanismo que posibilite realizar las labores fuera del centro de trabajo, siempre que la naturaleza de las labores lo permita”. Mediante esta disposición nacional, muchos trabajadores del Hospital Hipólito Unanue de Tacna dejaron de laborar presencialmente y con ello se afectó la prestación del servicio a las gestantes. Es por eso, para suplir la labor de esos trabajadores de planta, se procedió a contratar personal, que, frente a la baja disponibilidad de profesionales especialistas, la mayoría estuvo compuesta por médicos generales.

La atención de partos ha ido disminuyendo paulatinamente desde el año 2000, y en este periodo de tiempo se han realizado investigaciones que monitorean este descenso. Tal como lo señala Vargas Zeballos (36), en el su investigación institucional que se enmarca en el periodo de tiempo en cuestión, el investigador señala un descenso marcado desde el año 2019 al año 2021. Este descenso podría explicarse mediante dos hipótesis: debido a la pandemia por COVID-19 y por la tendencia de disminución de partos que viene experimentando la región ya desde el año 2020.

Figura 02

Número de partos de 2012 a 2021

Servicio de Gineco Obstetricia - Hospital Hipólito Unanue de Tacna



Fuente: Vargas Zeballos, Jaime. Jefe del Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Asimismo, el Dr. Vargas Zeballos, realizó un análisis sobre el número de partos pero considerando la totalidad de prestadores de salud que atienden partos e inclusive el número de partos domiciliarios (36). Se observa que entre el año 2018 y 2021, los partos en el Hospital Hipólito Unanue, Hospital III Daniel Alcides Carrión, y el Centro de Salud Tarata, han disminuido. Por el contrario, en el C.S. Candarave, C.S. La Esperanza, C.S. Ciudad Nueva, C.S. San Francisco y los partos domiciliarios de la Dirección Regional de Salud Tacna, han aumentado.

Figura 03

Número de partos de la Región Tacna según prestador de salud de 2012 a 2021

RENAES	ESTABLECIMIENTO	2018	2019	2020	2021
2864	HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA	3478	3259	2692	2222
2874	CANDARAVE	6	6	9	14
2883	LA ESPERANZA	97	135	138	100
2885	CIUDAD NUEVA	91	103	148	153
2888	SAN FRANCISCO	266	294	358	331
2932	TARATA	21	15	8	10
10185	HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN	1136	1027	870	776
11466	SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD SANTA ANA S.A.C.			35	
18230	HOSPITAL TOQUEPALA			9	4
	OTROS			138	
	CLINICA ISABEL				62
	CLINICA LA LUZ				9
	DOMICILIO DIRESA	7	6	26	12
	DOMICILIO ESDSALUD	1			
Total general		5103	4839	4405	3693
	LOS OBITOS		26	29	21

Fuente: Vargas Zeballos, Jaime. Jefe del Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

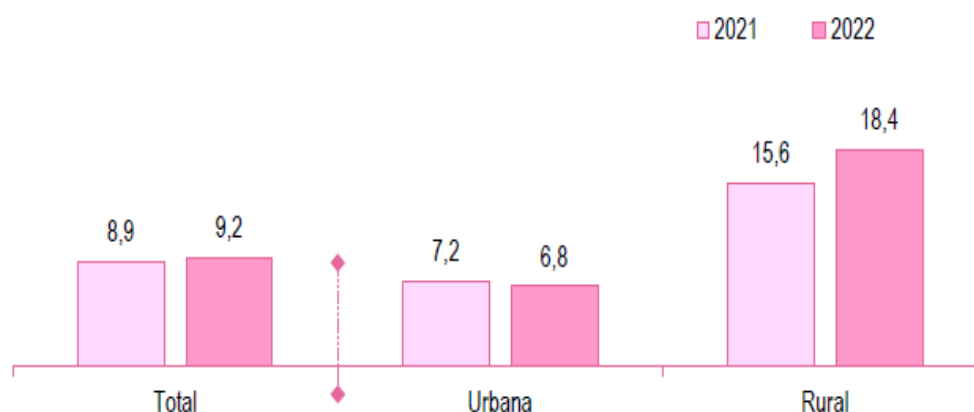
Sin embargo, la diferencia entre la disminución y el aumento no se refleja en la tendencia registrada en el Hospital Hipólito Unanue, es decir no explicaría completamente la disminución, lo que permite presumir que existen otras variables en el contexto regional que incluyen explicaciones de carácter social, económico, cultural, biológico, mórbido y de prestación de salud.

2.2.11. El embarazo en adolescente en el Perú

Según el Instituto de Estadística e Informática, el embarazo en adolescentes asciende a 9.2%.

Figura 04

Perú: adolescentes de 15 a 19 años de edad alguna vez embarazadas, según área de residencia, 2021 y 2022 (porcentaje)



Comprende adolescentes de 15 a 19 años de edad que ya son madres o que están embarazadas por primera vez. Cuadro base: Cuadro 3.14 del Informe principal de la ENDES 2022. Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

En el Perú del total de adolescentes de 15 a 19 años de edad, el 9,2% ya estuvo alguna vez embarazada; es decir que ya son madres o que están embarazadas por primera vez; según área de residencia, el porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas del área rural (18,4%) fue considerablemente mayor respecto del área urbana (6,8%).

Al comparar estos resultados con los partos en el Hospital Hipólito Unanue se encuentra valores cercanos. Para los años 2019 a 2022, INEI registra 12.6%, 8.3%, 8.9% y 9.2% con un promedio de 9.75%, valor que se aproxima al 10.44% encontrado en la Región Tacna para el periodo de 2019 a 2023.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

a) Morbilidad

Enfermedad que sucede después de una desviación subjetiva u objetiva de un estado de bienestar fisiológico.

b) Grupo etáreo

Rango de edad que comparten un grupo de personas y que sirve para interés estadístico o académico.

c) Infección urinaria

Infección bacteriana más frecuente que complica el embarazo.

d) Anemia en gestante

Valor de la hemoglobina menor de 11,0 g/dL.

e) Amenaza de aborto

Entidad patológica caracterizada por sangrado de origen intra uterino antes de la semana 22, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción. Por ecografía el embrión o feto muestra signos de vida (latido cardíaco o movimiento).

f) Amenaza de parto prematuro

Patología que ocurre entre semana 22 a 37 que amenaza la vida del producto.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Observacional, descriptivo, comparativo.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

3.2.1. Población

Todas las gestantes que atendieron su parto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre 2019 a 2023.

La presente investigación no presentara muestra, puesto que trabajara con toda la población. La población ascendió a 6868 gestantes que atendieron su parto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, dividido en 3 grupos etáreos:

- Gestante adolescente (10 a 19 años): 717 pacientes.
- Gestante de edad adecuada (20 a 34 años): 4791 pacientes.
- Gestante de edad avanzada (mayor igual a 35 años): 1360 pacientes.

3.2.2. Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Gestantes cuyo parto fue atendido en el HHUT.
- Gestantes de 22 semanas a más.
- Peso al nacer de 500g a más.

Criterios de exclusión:

- Falta de información de la edad materna y morbilidad.
- Puérperas hospitalizadas de parto extrahospitalario.

3.3. VARIABLES

3.3.1. Identificación de variables

- a) Variable 1:** Características maternas sociales
- b) Variable 2:** Características maternas obstétricas.
- c) Variable 3:** Morbilidad materna.

3.3.2. Operacionalización de variables

Variable	Sub variable	Definición operacional	Tipo de variable	Nivel medición	Indicador
Características maternas sociales	Grupo etáreo	Número de años cumplidos por grupo etáreo	Numérica	Ordinal	10 a 19 años 20 a 34 años 35 a más años
	Grado de instrucción	Número de años concluidos en la educación básica regular	Categórica	Ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Superior
	Estado civil	Situación legal al momento del parto según RENIEC	Categórica	Nominal	Soltera Casada Conviviente Otra
	Dependencia económica	Condición de dependencia económica según condición de trabajo	Categórica	Nominal	Si (No trabaja) No (Trabaja)
Características maternas obstétricas	Paridad	Número de hijos de la gestante al momento de su estancia en el hospital	Categórica	Ordinal	Primípara Multípara Gran multípara
	Antecedente de aborto	Interrupción del embarazo antes de las 22 semanas	Categórica	Ordinal	No abortos 1 aborto 2 abortos 3 o mas abortos
	Antecedente de bajo peso al nacer	Reporte de algún producto con < 1500 g	Categórica	Nominal	Si No
	Antecedente de prematuridad	Reporte de algún producto con parto ocurrido con menos de 37 semanas de gestación	Categórica	Nominal	Si No
	Estado nutricional pre gestacional	Relación peso talla 3 meses antes de la presente gestación	Categórica	Ordinal	Desnutrida Normopeso Sobrepeso Obesidad

	Control prenatal	Número de controles pre natales necesarios para ser considerado una gestante controlada	Categórica	Ordinal	Sin CPN CPN inadecuado (1 a 5) CPN adecuado (6 a más)
	Inicio de parto	Condiciones determinantes para desencadenar el parto	Categórica	Nominal	Espontaneo Inducido Cesárea electiva
	Vía de parto	Vía de culminación del parto	Categórica	Nominal	Cesárea Vaginal
	Presentación	Parte fetal ofrecida a la pelvis materna en el parto	Categórica	Nominal	Cefálica Podálica Transversa
Morbilidad materna	Patologías del embarazo	Diagnósticos médicos anormales durante el embarazo	Categórica	Nominal	Anemia Infecciones Alteraciones del líquido amniótico Ruptura de membranas Enfermedad hipertensiva del embarazo Amenaza parto prematuro Hemorragias de la 2da mitad Embarazo múltiple Retardo de crecimiento intrauterino Amenaza de aborto Hiperemesis gravídica Embarazo prolongado Diabetes mellitus Cardiopatía Hipertensión pre existente

	Patologías del parto	Diagnósticos médicos anormales durante el parto	Categórica	Nominal	Desgarro perineal Complicaciones de cordón umbilical Mala posición fetal Sufrimiento fetal agudo Trabajo parto prolongado Desgarro cérvix
	Patologías del puerperio	Diagnósticos médicos anormales durante el puerperio	Categórica	Nominal	Atonía uterina Retención de membranas Retención de placenta Endometritis

(*) El indicador de “conviviente” no es un estado civil, pero el Sistema Informático Perinatal (SIP), emite reportes con esta categoría.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Técnica

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

3.4.2. Instrumento

En la presente investigación se utilizó 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

Para iniciar la investigación se cumplió con solicitar a Dirección del Hospital Hipólito Unanue de Tacna el permiso correspondiente para tener acceso al Sistema Informático Perinatal (SIP), de donde se obtuvieron datos cualitativos y cuantitativos.

La información recibida previamente tuvo un proceso de limpieza para garantizar resultados confiables.

La información estadística recepcionada en frecuencias y porcentajes, fue plasmada en tablas y figuras, que posteriormente fueron descritas, analizadas, comparadas y discutidas.

Las variables categóricas se expresaron con frecuencias y porcentajes, gráfico de barras y/o sectores.

Se utilizó el programa Microsoft Excel.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

Se cumplió con los aspectos éticos para investigación.

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 condición de autor de la tesis, declaro bajo juramento 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 esta tesis titulada “Morbilidad Materna por Grupo Etéreo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023”, se estudió a tres tipos de gestantes: gestantes adolescentes, gestantes de edad adecuada y gestantes de edad avanzada.

4.1. RESULTADOS

La investigación comprende una temporalidad de 5 años, entre 2019 a 2023. Respecto a las unidades de estudio, se incluyó en el estudio 715 gestantes adolescentes, 4791 gestantes de edad adecuada, y 1360 gestantes de edad avanzada.

CARACTERÍSTICAS MATERNAS SOCIALES

TABLA N° 1
GRUPO ETÁREO Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023

GRUPO ETARIO	N°	%
De 10 a 19 años	717	10.44
De 20 a 34 años	4791	69.76
De 35 años a más	1360	19.80
TOTAL	6868	100.00

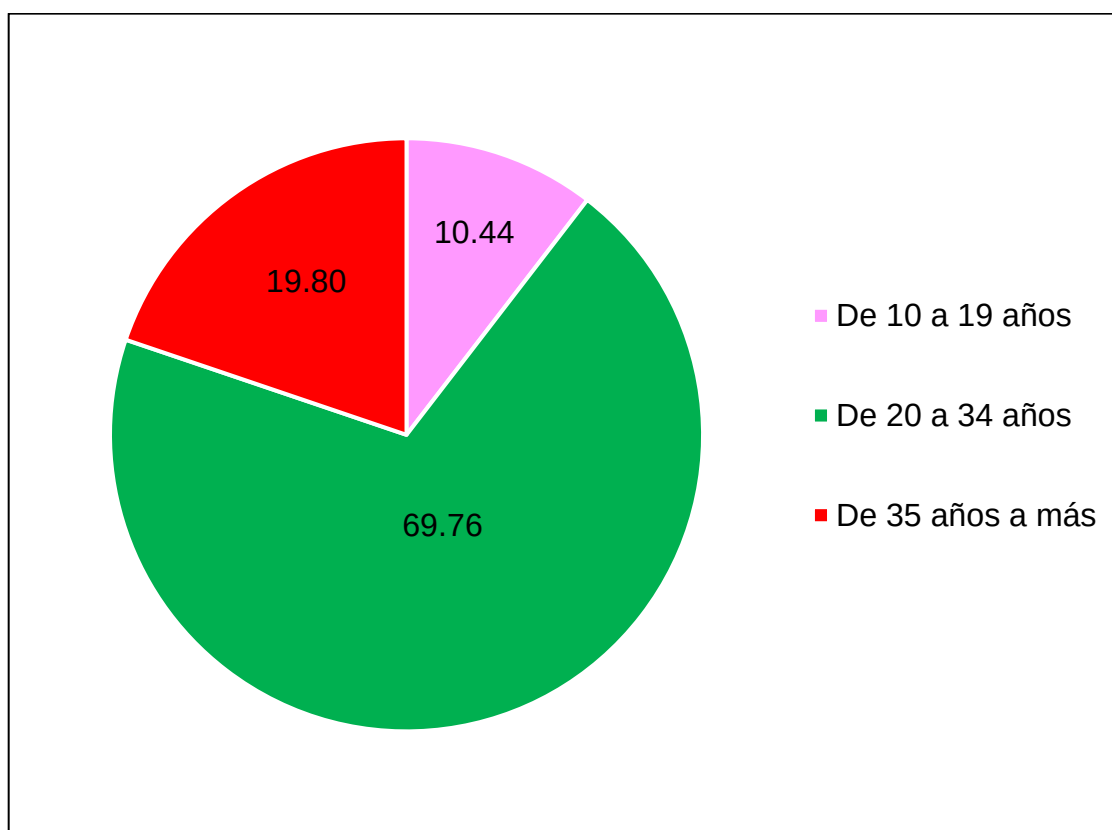
Fuente: Sistema Informático Perinatal. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Interpretación:

En la tabla 01, se detalla el número de partos entre 2019 y 2023 que fueron 6868. El 10.44% tuvo entre 10 y 19 años, el 69.76% tuvo entre 20 a 34 años, y el 19.80% tuvo de 35 años a más.

La relación de estos resultados se analizará en la discusión de esta tesis.

GRAFICO N° 1
GRUPO ETÁREO Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023



Fuente: Tabla N° 01

TABLA N° 2

GRADO DE INSTRUCCIÓN Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL

HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Adolescente		Edad adecuada		Edad avanzada	
	N°	%	N°	%	N°	%
Analfabeta	0	0.00	2	0.04	3	0.22
Primaria	22	3.07	183	3.82	170	12.50
Secundaria	617	86.05	2990	62.41	844	62.06
Superior	78	10.88	1616	33.73	343	25.22
TOTAL	717	100.00	4791	100.00	1360	100.00

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

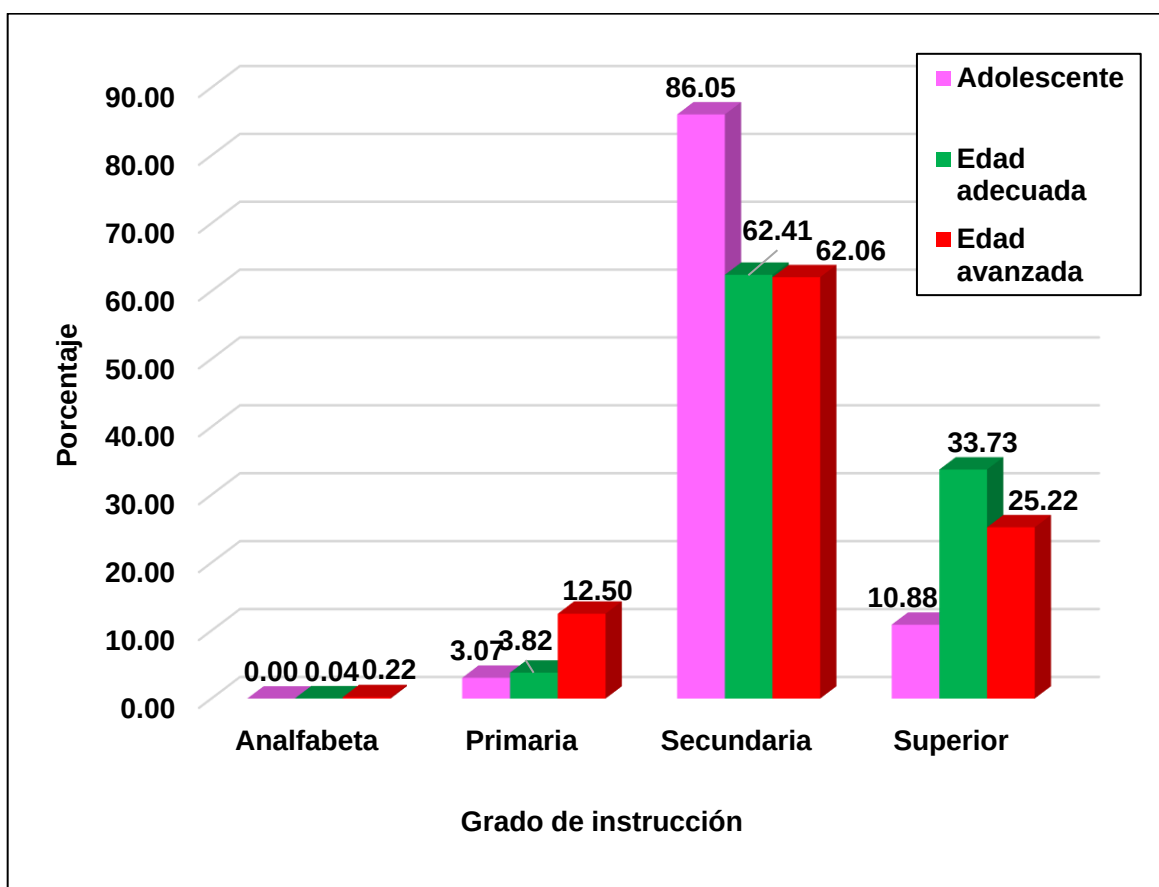
Interpretación:

En la tabla 2, se observa el grado o nivel de instrucción según grupo etáreo (gestante adolescente, gestante de edad adecuada y gestante de edad avanzada). En el grupo etáreo de gestante adolescente el 0.00% tuvieron grado de instrucción analfabeta, el 3.07% primaria, el 86.05% secundaria y 10.88% superior. En el grupo etáreo de gestante de edad adecuada el 0.04% tuvieron grado de instrucción analfabeta, el 3.82% primaria, el 62.41% secundaria y 33.73% superior. En el grupo etáreo de gestante de edad avanzada el 0.22% tuvieron grado de instrucción analfabeta, el 12.50% primaria, el 62.06% secundaria y 25.22% superior.

GRAFICO N° 2

GRADO DE INSTRUCCIÓN Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL

HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023



Fuente: Tabla N° 2

TABLA N° 3

ESTADO CIVIL Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO

UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023

ESTADO CIVIL	Adolescente		Edad adecuada		Edad avanzada	
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltera	273	38.08	737	15.38	166	12.21
Casada	10	1.39	460	9.60	245	18.01
Conviviente	434	60.53	3592	74.97	949	69.78
Otra	0	0.00	2	0.04	0	0.00
TOTAL	717	100.00	4791	100.00	1360	100.00

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

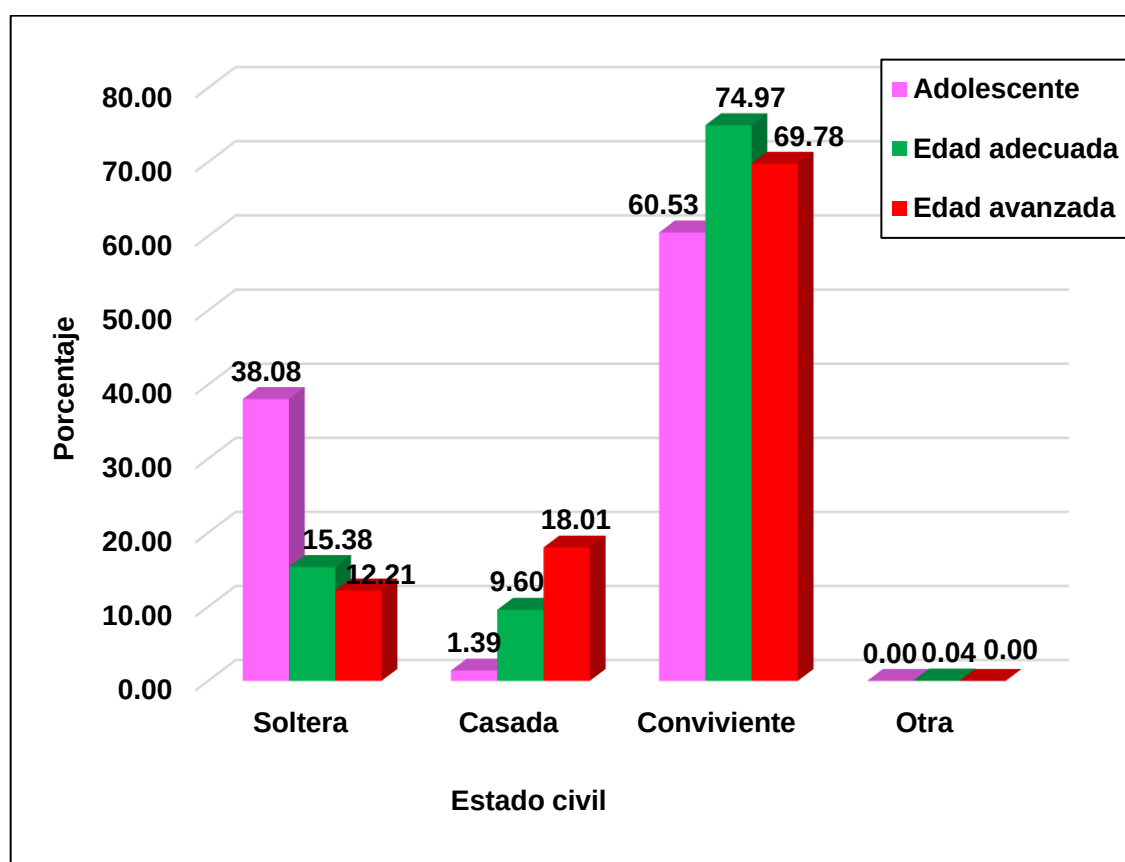
Interpretación:

En la tabla 3, se observa el estado civil según grupo etáreo (gestante adolescente, gestante de edad adecuada y gestante de edad avanzada). En el grupo etáreo de gestante adolescente el 38.08% tuvieron estado civil soltera, el 1.39% casada, el 60.53% conviviente y 0.00% otro. En el grupo etáreo de gestante de edad adecuada el 15.38% tuvieron estado civil soltera, el 9.60% casada, el 74.97% conviviente y 0.04% otro. En el grupo etáreo de gestante de edad avanzada el 12.21% tuvieron estado civil soltera, el 18.01% casada, el 69.78% conviviente y 0.00% otro.

GRAFICO N° 3

ESTADO CIVIL Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO

UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023



Fuente: Tabla N° 3

TABLA N° 4

DEPENDENCIA ECONÓMICA Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL

HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023

DEPENDENCIA ECONÓMICA	Adolescente		Edad adecuada		Edad avanzada	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si (No trabaja)	635	88.56	3455	72.11	895	65.81
No (Trabaja)	82	11.44	1336	27.89	465	34.19
TOTAL	717	100.00	4791	100.00	1360	100.00

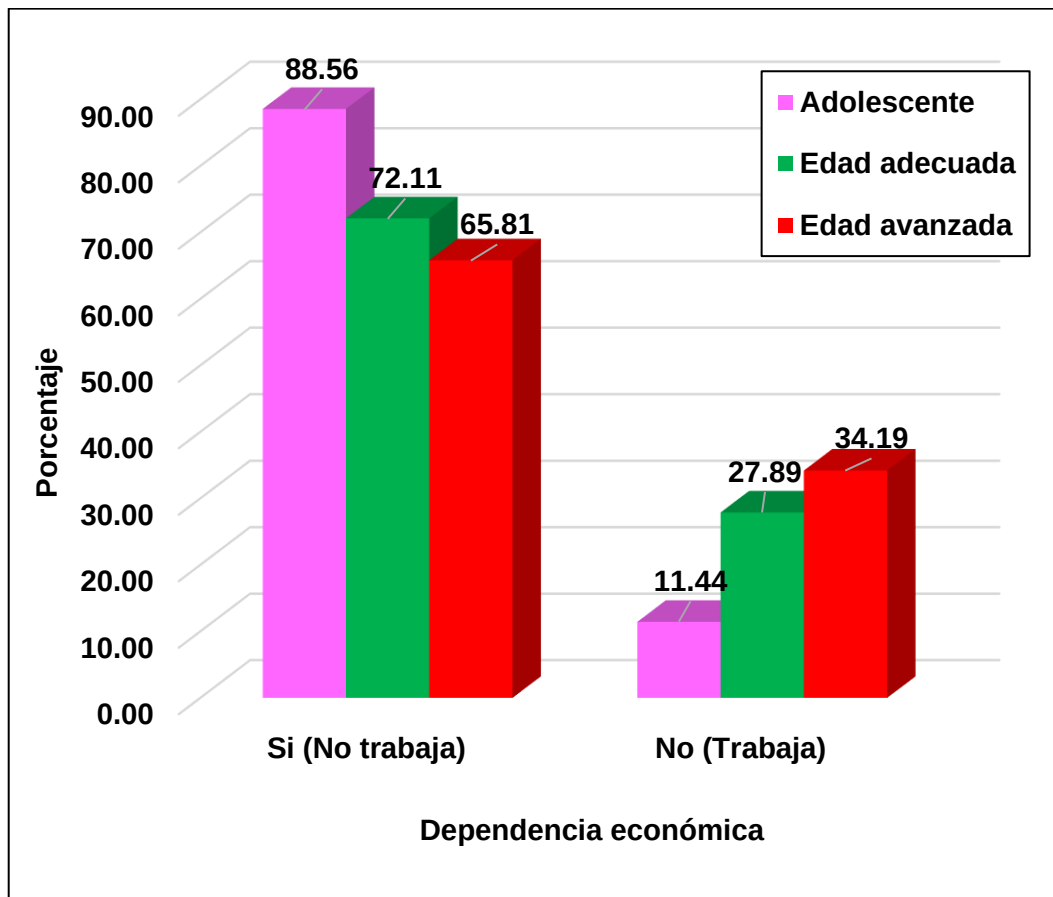
Fuente: Sistema Informático Perinatal. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Interpretación:

En la tabla 4, se observa la dependencia económica según grupo etáreo (gestante adolescente, gestante de edad adecuada y gestante de edad avanzada). En el grupo etáreo de gestante adolescente el 88.56% si tuvieron dependencia económica y el 11.44% no la tuvieron. En el grupo etáreo de gestante en edad adecuada el 72.11% si tuvieron dependencia económica y el 27.44% no la tuvieron. En el grupo etáreo de gestante en edad avanzada el 65.81% si tuvieron dependencia económica y el 34.19% no la tuvieron.

GRAFICO N° 4

DEPENDENCIA ECONÓMICA Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023



Fuente: Tabla N° 4

CARACTERÍSTICAS MATERNAS OBSTÉTRICAS

TABLA N° 5
PARIDAD Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2019 A 2023

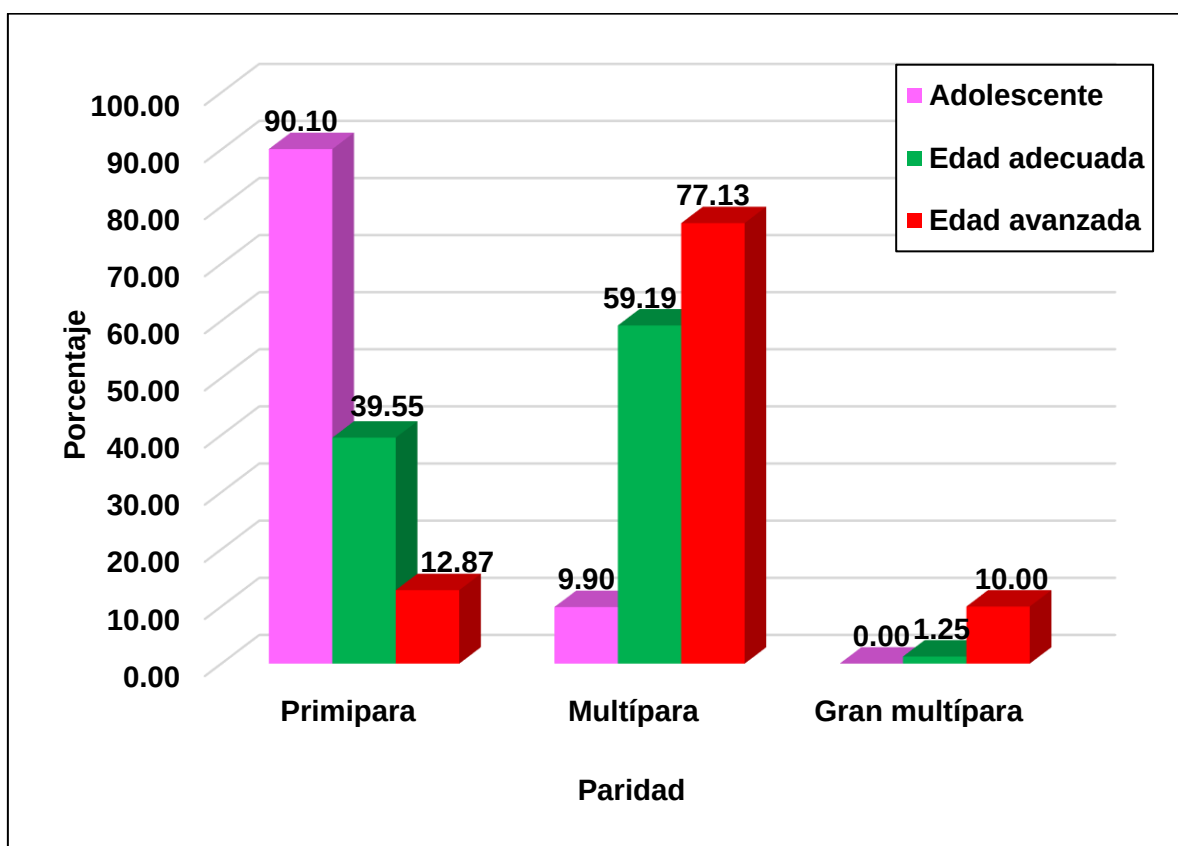
PARIDAD	Adolescente		Edad adecuada		Edad avanzada	
	N°	%	N°	%	N°	%
Primípara	646	90.10	1895	39.55	175	12.87
Múltipara	71	9.90	2836	59.19	1049	77.13
Gran múltipara	0	0.00	60	1.25	136	10.00
TOTAL	717	100.00	4791	100.00	1360	100.00

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

Interpretación:

En la tabla 5, se observa la paridad según grupo etáreo (gestante adolescente, gestante de edad adecuada y gestante de edad avanzada). En el grupo etáreo de gestante adolescente el 90.10% tuvieron paridad primípara, el 9.90% múltipara y 0.0% gran múltipara. En el grupo etáreo de gestante en edad adecuada el 39.55% tuvieron paridad primípara, el 59.19% múltipara y 1.25% gran múltipara. En el grupo etáreo de gestante en edad avanzada el 12.87% tuvieron paridad primípara, el 77.13% múltipara y 10.00% gran múltipara.

GRAFICO N° 5
PARIDAD Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2019 A 2023



Fuente: Tabla N° 5

TABLA N° 6

ANTECEDENTE DE ABORTOS Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL

HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023

ANTECEDENTE DE ABORTOS	Adolescente		Edad adecuada		Edad avanzada	
	N°	%	N°	%	N°	%
No	631	88.01	3289	68.65	805	59.19
1	80	11.16	1230	25.67	405	29.78
2	6	0.84	207	4.32	116	8.53
3 a más	0	0.00	65	1.36	34	2.50
TOTAL	717	100.00	4791	100.00	1360	100.00

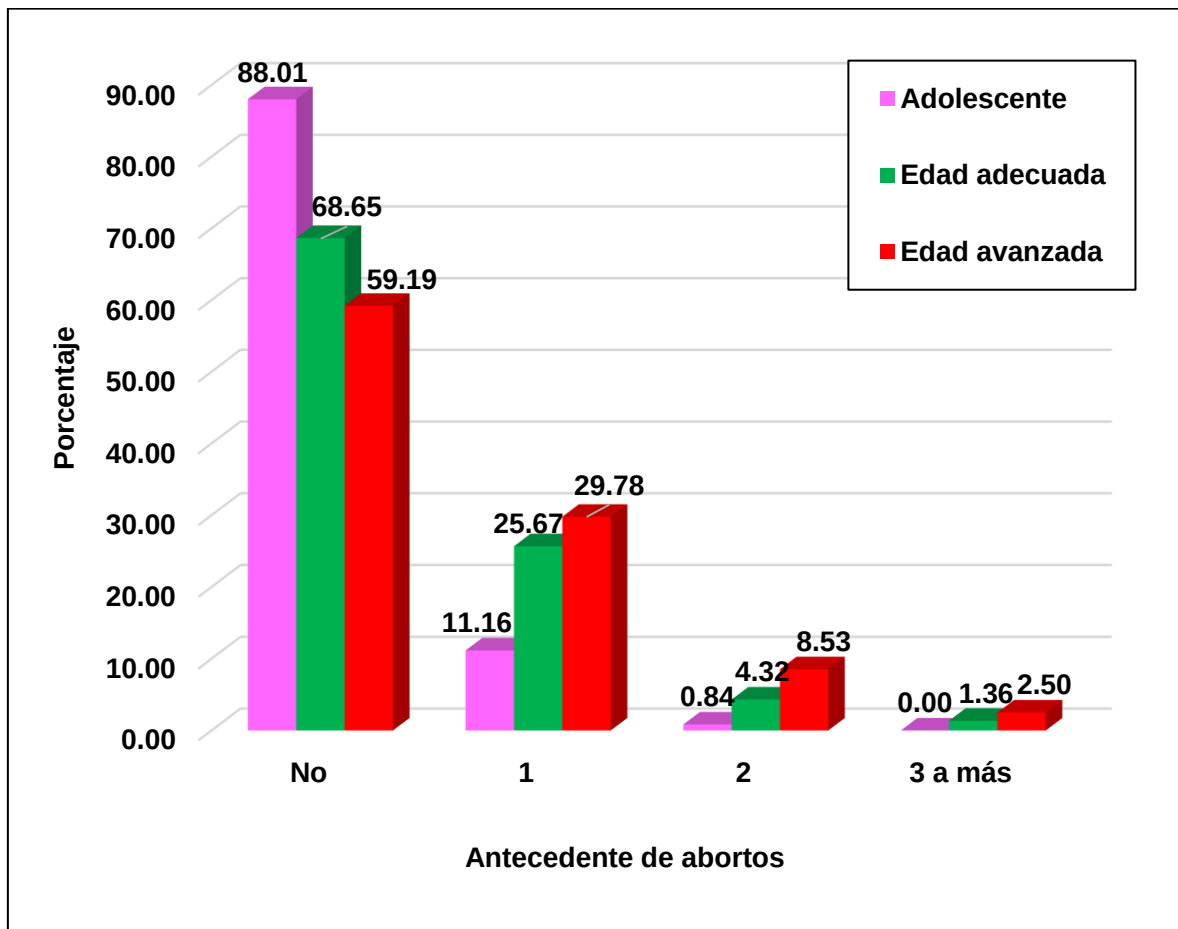
Fuente: Sistema Informático Perinatal. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Interpretación:

En la tabla 6, se observa el antecedente de aborto según grupo etáreo (gestante adolescente, de edad adecuada y de edad avanzada). En el grupo etáreo de gestante adolescente el 88.01% no registraron antecedentes de aborto, el 11.16% registro 1 aborto, el 0.84% registro 2 abortos y el 0.0% registro 0.0% 3 a más. En el grupo etáreo de gestante de edad adecuada el 68.65% no registraron antecedentes de aborto, el 25.67% registro 1, el 4.32% registro 2 y el 1.36% 3. En el grupo etáreo de gestante de edad avanzada el 59.19% no registraron antecedentes de aborto, el 29.78% registro 1, el 8.53% registro 2 y el 2.50% 3.

GRAFICO N° 6

ANTECEDENTE DE ABORTOS Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023



Fuente: Tabla N° 6

TABLA N° 7

**ANTECEDENTE DE BAJO PESO AL NACER Y MORBILIDAD MATERNA EN
EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023**

ANTECEDENTE DE BAJO PESO AL NACER	Adolescente		Edad adecuada		Edad avanzada	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	0	0.00	13	0.27	9	0.66
No	717	100.00	4778	99.73	1351	99.34
TOTAL	717	100.00	4791	100.00	1360	100.00

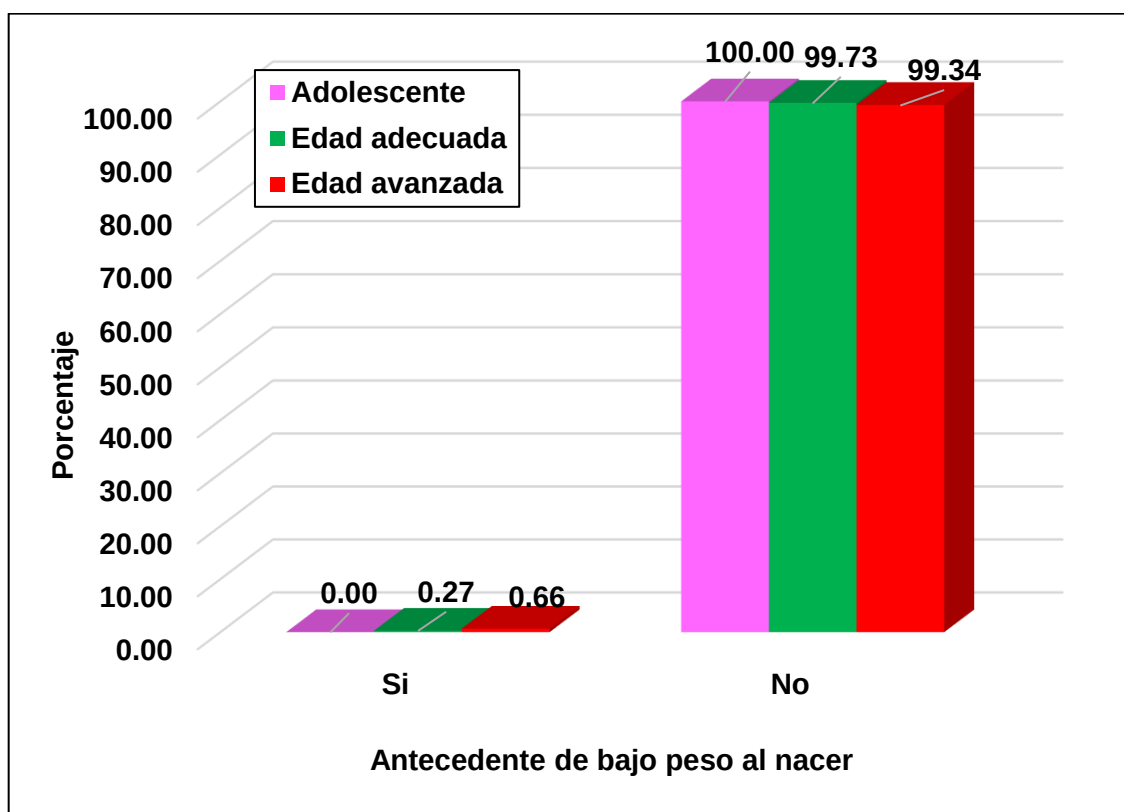
Fuente: Sistema Informático Perinatal. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Interpretación:

En la tabla 7, se observa el antecedente de bajo peso al nacer según grupo etéreo (gestante adolescente, de edad adecuada y de edad avanzada). En el grupo etéreo de gestante adolescente el 0.0% si registraron antecedentes de bajo peso al nacer y el 100.00% no registraron. En el grupo etéreo de gestante de edad adecuada el 0.27% si registraron antecedentes de bajo peso al nacer y el 99.73% no registraron. En el grupo etéreo de gestante de edad avanzada el 0.66% si registraron antecedentes de bajo peso al nacer y el 99.34% no registraron.

GRAFICO N° 7

ANTECEDENTE DE BAJO PESO AL NACER Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023



Fuente: Tabla N° 7

TABLA N° 8

ANTECEDENTE DE PREMATURIDAD Y MORBILIDAD MATERNA EN EL

HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023

ANTECEDENTE DE PREMATURIDAD	Adolescente		Edad adecuada		Edad avanzada	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	1	0.14	7	0.15	2	0.15
No	716	99.86	4784	99.85	1358	99.85
TOTAL	717	100.00	4791	100.00	1360	100.00

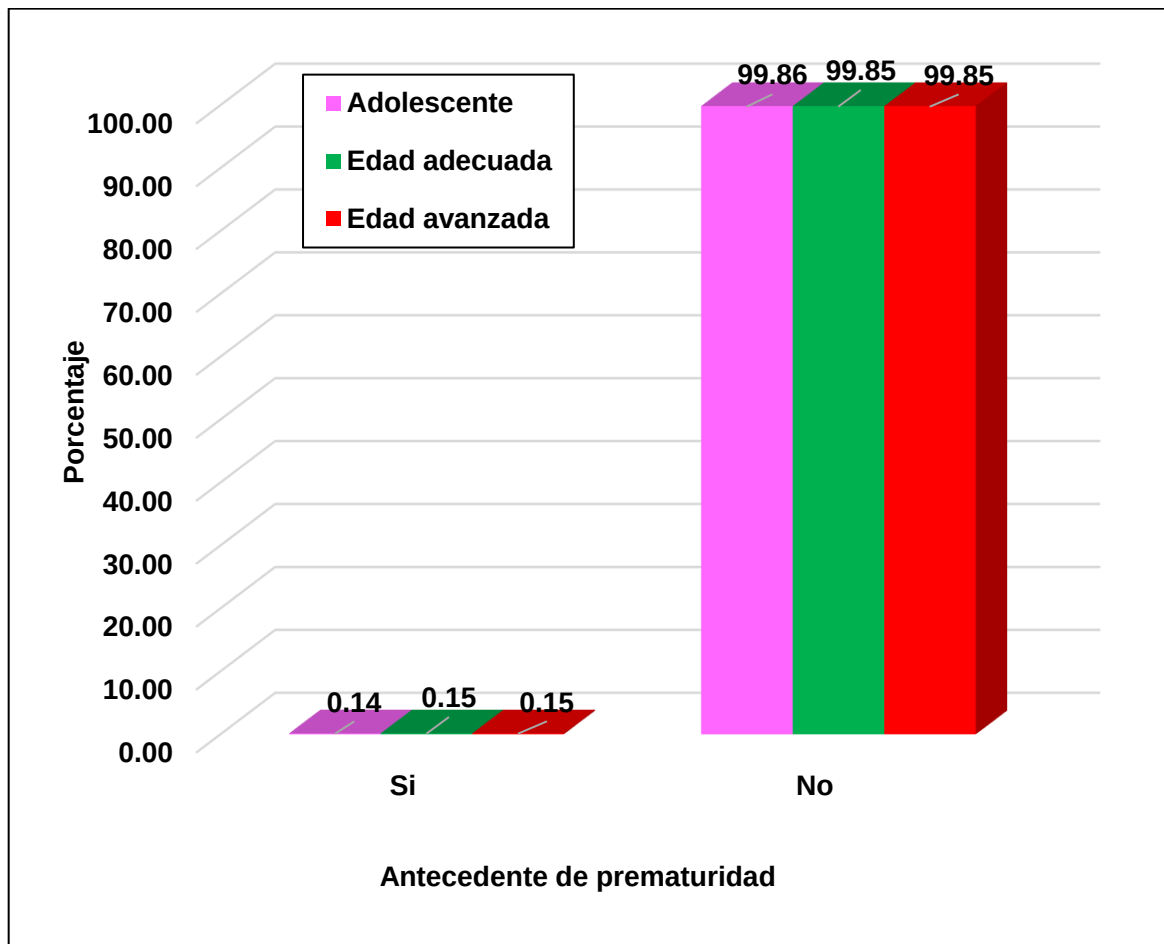
Fuente: Sistema Informático Perinatal. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Interpretación:

En la tabla 8, se observa el antecedente de prematuridad según grupo etáreo (gestante adolescente, de edad adecuada y de edad avanzada). En el grupo etáreo de gestante adolescente el 0.14% si registraron antecedentes de prematuridad y el 99.86% no registraron. En el grupo etáreo de gestante de edad adecuada el 0.15% si registraron antecedentes de prematuridad y el 99.85% no registraron. En el grupo etáreo de gestante de edad avanzada el 0.15% si registraron antecedentes de prematuridad y el 99.85% no registraron.

GRAFICO N° 8

ANTECEDENTE DE PREMATURIDAD Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023



Fuente: Tabla N° 8

TABLA N° 9

ESTADO NUTRICIONAL PREGESTACIONAL Y MORBILIDAD MATERNA EN

EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023

ESTADO NUTRICIONAL PREGESTACIONAL	Adolescente		Edad adecuada		Edad avanzada	
	N°	%	N°	%	N°	%
Desnutrida	24	3.35	64	1.34	3	0.22
Normopeso	419	58.44	1602	33.44	276	20.29
Sobrepeso	215	29.99	1824	38.07	565	41.54
Obesidad	59	8.23	1301	27.16	516	37.94
TOTAL	717	100.00	4791	100.00	1360	100.00

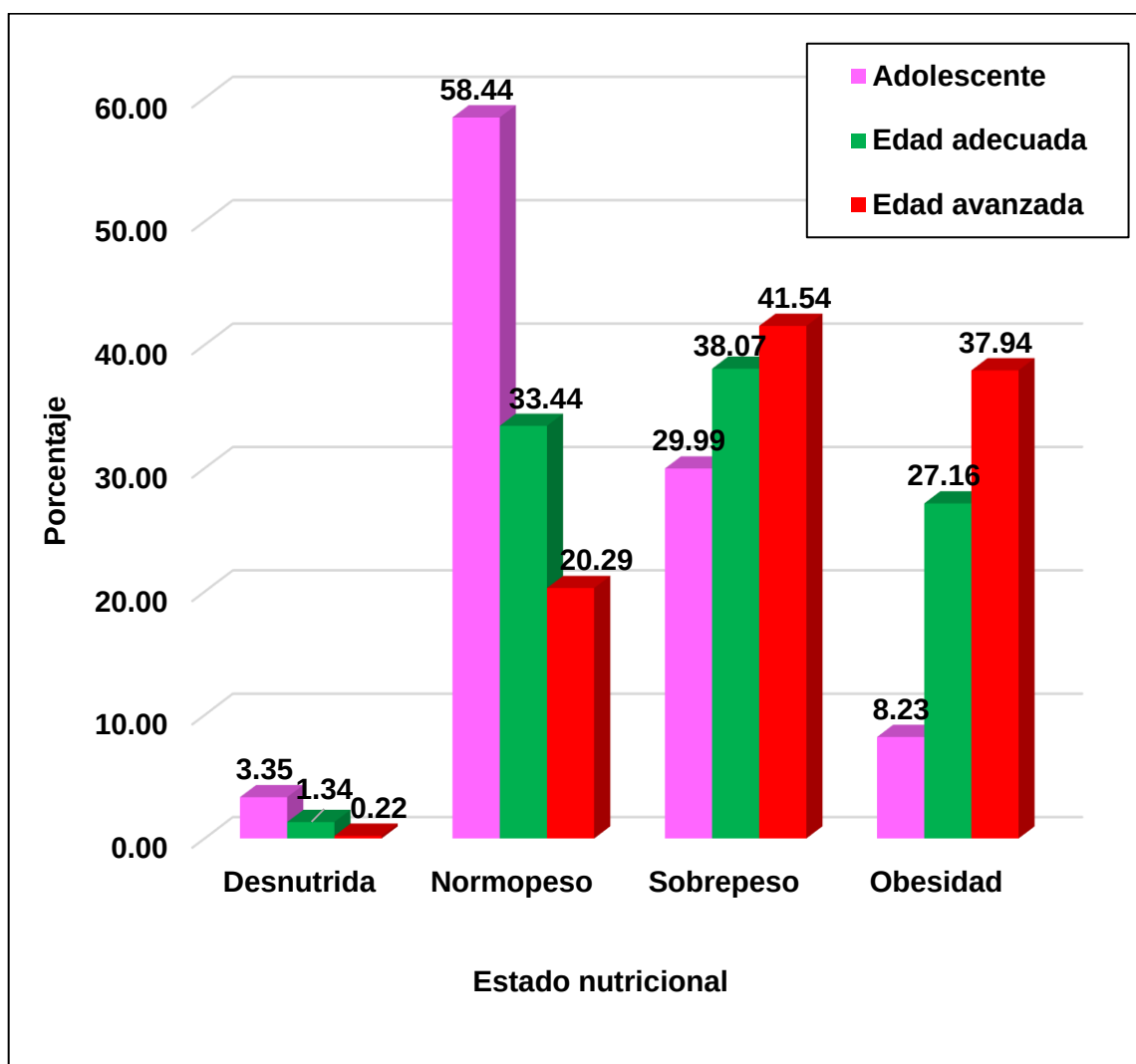
Fuente: Sistema Informático Perinatal. Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Interpretación:

En la tabla 9, se observa el estado nutricional pregestacional según grupo etáreo (gestante adolescente, de edad adecuada y de edad avanzada). En el grupo etáreo de gestante adolescente el 3.35% tuvo estado nutricional pregestacional desnutrida, el 58.44% normopeso, el 29.99% sobrepeso y el 8.23% obesidad. En el grupo etáreo de gestante de edad adecuada el 1.34% tuvo desnutrición, el 33.44% normopeso, el 38.07% sobrepeso y el 27.16% obesidad. En el grupo etáreo de gestante de edad avanzada el 0.22% tuvo desnutrición, el 20.29% normopeso, el 41.54% sobrepeso y el 37.94% obesidad.

GRAFICO N° 9

**ESTADO NUTRICIONAL PREGESTACIONAL Y MORBILIDAD MATERNA EN
EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023**



Fuente: Tabla N° 9

TABLA N° 10

CONTROL PRENATAL Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL

HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023

CONTROL PRENATAL	Adolescente		Edad adecuada		Edad avanzada	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sin control	209	29.15	1320	27.55	351	25.81
CPN inadecuado	122	17.02	705	14.72	218	16.03
CPN adecuado	386	53.84	2766	57.73	791	58.16
TOTAL	717	100.00	4791	100.00	1360	100.00

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

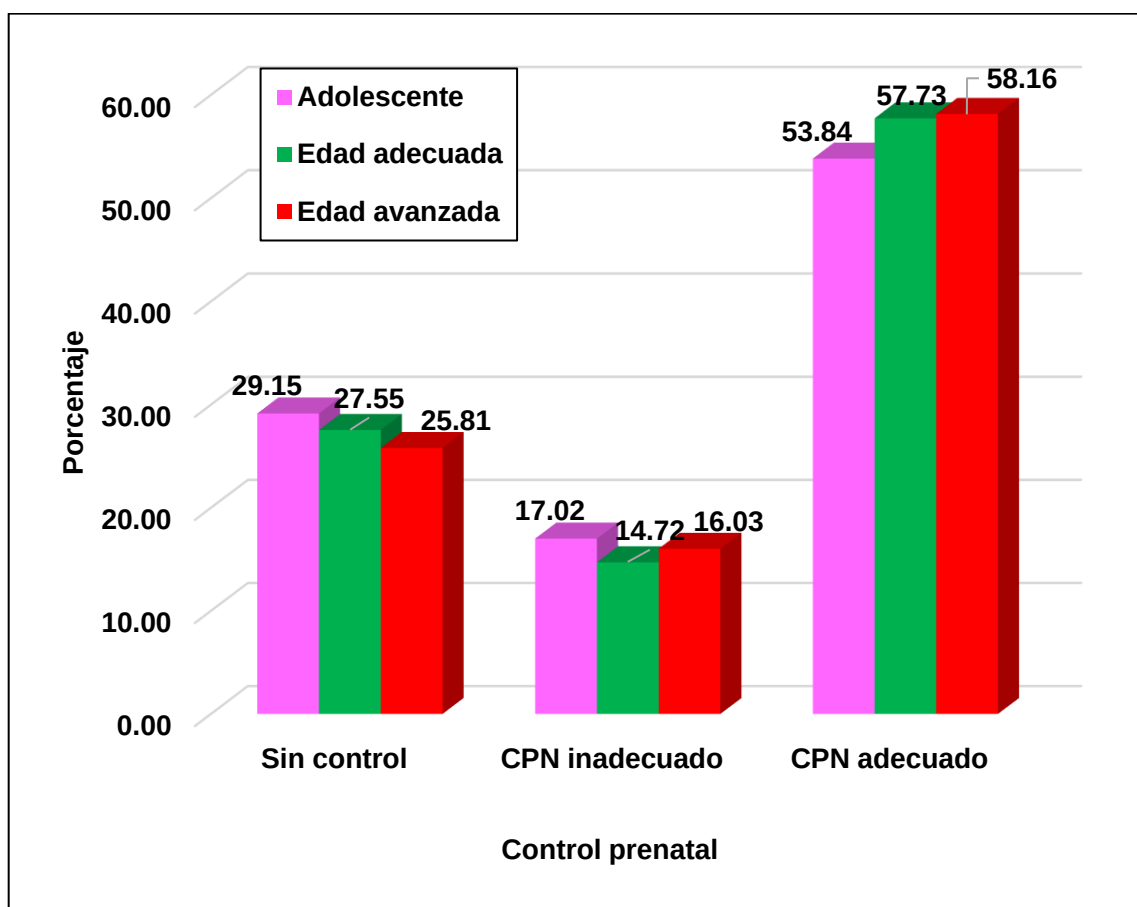
Interpretación:

En la tabla 10, se observa el control prenatal según grupo etéreo (gestante adolescente, de edad adecuada y de edad avanzada). En el grupo etéreo de gestante adolescente el 29.15% no tuvo control prenatal, el 17.02% tuvo control prenatal inadecuado y el 53.84% tuvo control prenatal adecuado. En el grupo etéreo de gestante de edad adecuada el 27.55% no tuvo control prenatal, el 14.72% tuvo control prenatal inadecuado y el 57.73% tuvo control prenatal adecuado. En el grupo etéreo de gestante de edad avanzada el 25.81% no tuvo control prenatal, el 16.03% tuvo control prenatal inadecuado y el 58.16% tuvo control prenatal adecuado.

GRAFICO N° 10

CONTROL PRENATAL Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL

HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023



Fuente: Tabla N° 10

TABLA N° 11

INICIO DE PARTO Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO

UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023

INICIO DE PARTO	Adolescente		Edad adecuada		Edad avanzada	
	N°	%	N°	%	N°	%
Espontaneo	704	98.19	4655	97.16	1317	96.84
Inducido	0	0.00	21	0.44	8	0.59
Cesárea electiva	13	1.81	115	2.40	35	2.57
TOTAL	717	100.00	4791	100.00	1360	100.00

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

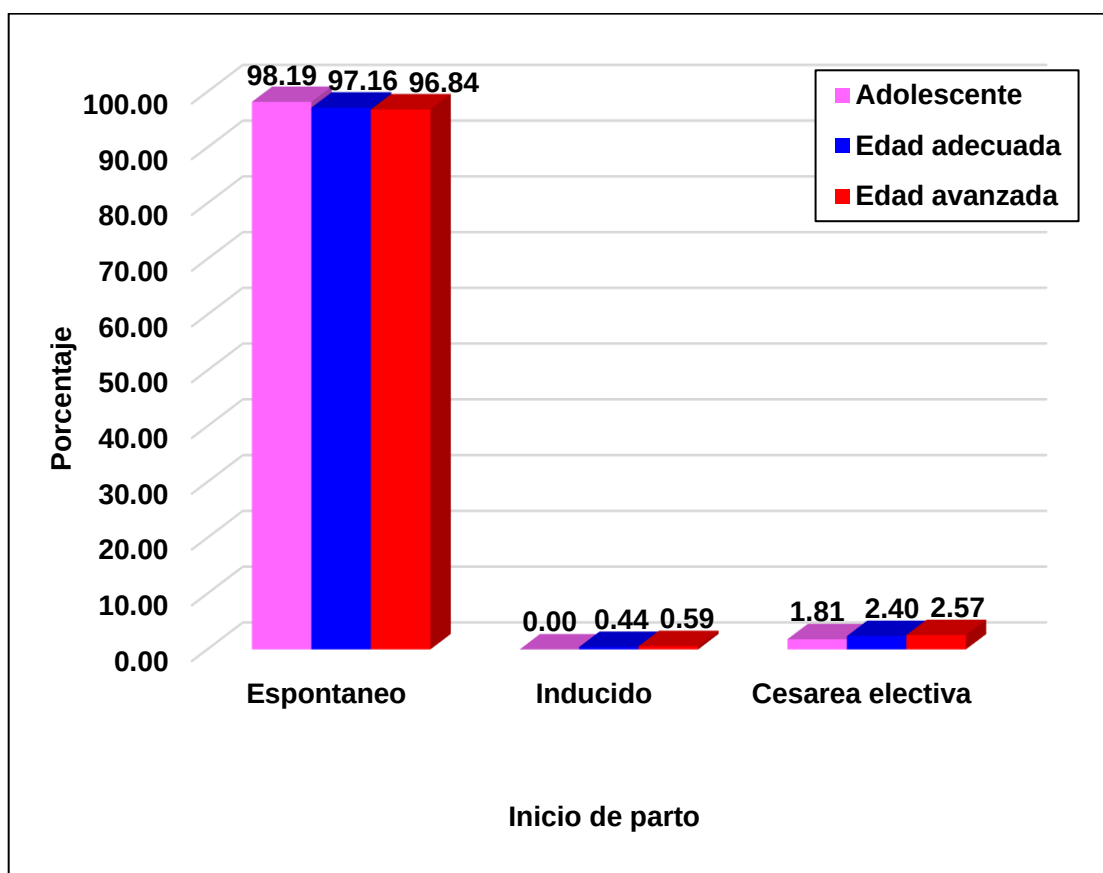
Interpretación:

En la tabla 11, se observa el inicio de parto según grupo etáreo (gestante adolescente, de edad adecuada y de edad avanzada). En el grupo etáreo de gestante adolescente el 98.19% tuvo inicio de parto espontaneo, el 0.0% tuvo inicio inducido y el 1.81% cesárea electiva. En el grupo etáreo de gestante de edad adecuada el 97.16% tuvo inicio de parto espontaneo, el 0.44% tuvo inicio inducido y el 2,40% cesárea electiva. En el grupo etáreo de gestante de edad avanzada el 96.84% tuvo inicio de parto espontaneo, el 0.59% tuvo inicio inducido y el 2,57% cesárea electiva.

GRAFICO N° 11

INICIO DE PARTO Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO

UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023



Fuente: Tabla N° 11.

TABLA N° 12

VÍA DE PARTO Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO

UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023

VÍA DE PARTO	Adolescente		Edad adecuada		Edad avanzada	
	N°	%	N°	%	N°	%
Cesárea	345	48.12	2786	58.15	868	63.82
Vaginal	372	51.88	2005	41.85	492	36.18
TOTAL	717	100.00	4791	100.00	1360	100.00

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

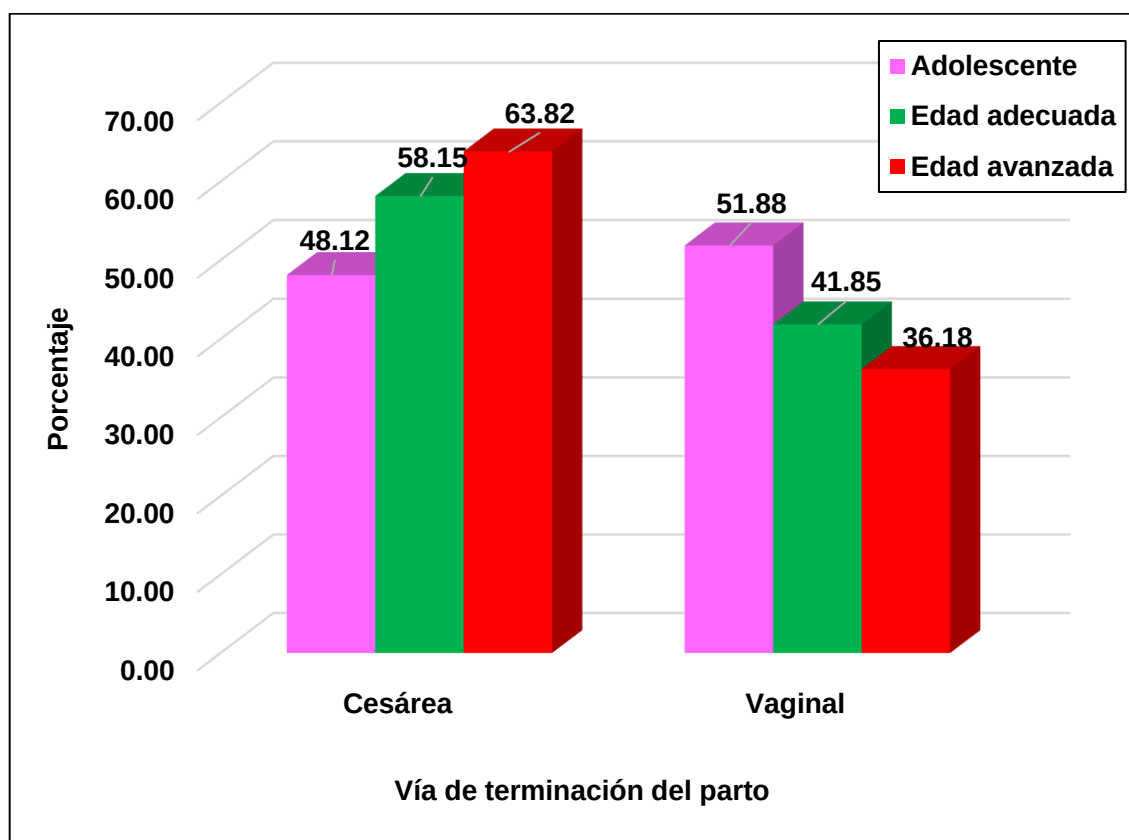
Interpretación:

En la tabla 12, se observa la vía del parto según grupo etáreo (gestante adolescente, de edad adecuada y de edad avanzada). En el grupo etáreo de gestante adolescente el 48.12% tuvo como vía de parto la cesárea y el 51.88% la vía vaginal. En el grupo etáreo de gestante de edad adecuada el 58.15% tuvo como vía de parto la cesárea y el 41.85% la vía vaginal. En el grupo etáreo de gestante de edad avanzada el 63.82% tuvo como vía de parto la cesárea y el 36.18% la vía vaginal.

GRAFICO N° 12

VÍA DE PARTO Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO

UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023



Fuente: Tabla N° 12

TABLA N° 13

PRESENTACIÓN Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO

UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023

PRESENTACIÓN	Adolescente		Edad adecuada		Edad avanzada	
	N°	%	N°	%	N°	%
Cefálica	703	98.05	4623	96.49	1297	95.37
Podálica	14	1.95	99	2.07	40	2.94
Transversa	0	0.00	69	1.44	23	1.69
TOTAL	717	100.00	4791	100.00	1360	100.00

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

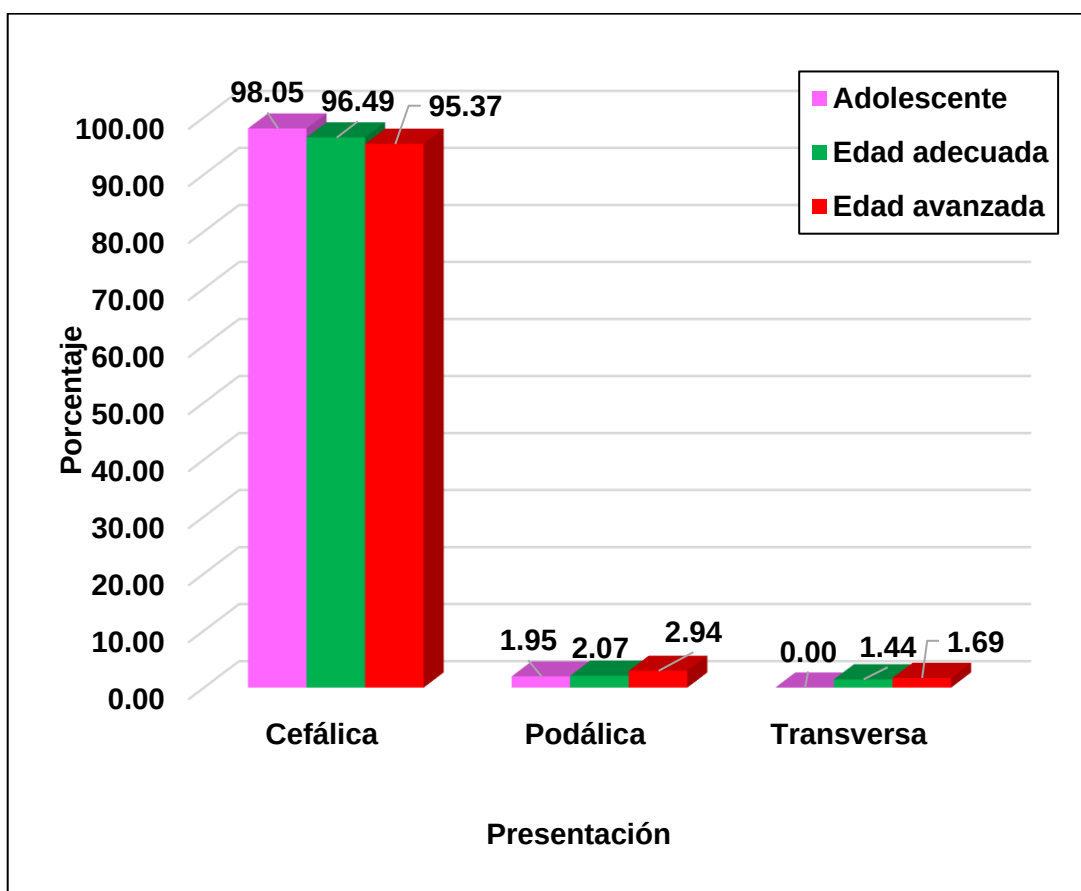
Interpretación:

En la tabla 13, se observa la presentación en el parto según grupo etáreo (gestante adolescente, de edad adecuada y de edad avanzada). En el grupo etáreo de gestante adolescente el 98.05% tuvo presentación cefálica, el 1.95% podálica y el 0.0% transversa. En el grupo etáreo de gestante en edad adecuada el 96.49% tuvo presentación cefálica, el 2.07% podálica y el 1.44% transversa. En el grupo etáreo de gestante de edad avanzada el 95.37% tuvo presentación cefálica, el 2.94% podálica y el 1.69% transversa.

GRAFICO N° 13

PRESENTACIÓN Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO

UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023



Fuente: Tabla N° 13.

MORBILIDAD MATERNA

TABLA N° 14

PATOLOGIAS DEL EMBARAZO Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL

HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023

PATOLOGIAS DEL EMBARAZO	Adolescente		Edad adecuada		Edad avanzada	
	N°	%	N°	%	N°	%
Anemia	378	52.72	2337	48.78	605	44.49
Infecciones	362	50.49	1909	39.85	454	33.38
Infección del tracto urinario	350	48.81	1857	38.76	440	32.35
SIDA	4	0.56	21	0.44	3	0.22
Sífilis	6	0.84	12	0.25	6	0.44
Infección tracto genital	2	0.28	17	0.35	4	0.29
Corioamnionitis	0	0.00	2	0.04	1	0.07
Alteraciones del líquido amniótico	71	9.90	455	9.50	143	10.51
Oligoamnios	70	9.76	428	8.93	118	8.68
Polihidramnios	1	0.14	27	0.56	25	1.84
Ruptura prematura de membranas	53	7.39	409	8.54	92	6.76
Enfermedad hipertensiva del embarazo	48	6.69	343	7.16	141	10.37
Preeclampsia s/signos severidad	10	1.39	68	1.42	35	2.57
Preeclampsia c/SS	36	5.02	254	5.30	103	7.57
Eclampsia	1	0.14	3	0.06	0	0.00
Síndrome de Hellp	1	0.14	18	0.38	3	0.22
Amenaza parto prematuro	52	7.25	285	5.95	96	7.06
Hemorragias de la 2da mitad	12	1.67	103	2.15	48	3.53
Desprendimiento prematuro de placenta	9	1.26	27	0.56	16	1.18
Inminencia Rotura de útero	0	0.00	41	0.86	11	0.81
Placenta previa	2	0.28	27	0.56	18	1.32
Otras hemorragias	1	0.14	8	0.17	3	0.22
Embarazo múltiple	4	0.56	67	1.40	25	1.84
Retardo de crecimiento intrauterino	10	1.39	55	1.15	24	1.76
Amenaza aborto	8	1.12	57	1.19	14	1.03
Hiperemesis gravídica	5	0.70	27	0.56	2	0.15
Embarazo prolongado	4	0.56	22	0.46	6	0.44
Diabetes mellitus	0	0.00	13	0.27	15	1.10
Cardiopatía	0	0.00	9	0.19	7	0.51
Hipertensión preexistente	3	0.42	6	0.13	5	0.37

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

Interpretación:

En la tabla 14, se observa las patologías del embarazo según grupo etáreo (gestante adolescente, gestante de edad adecuada y gestante de edad avanzada).

En el grupo etáreo de gestante adolescente el 52.72% presento anemia, el 50.49% algún tipo de infección, el 9.90% alteraciones del líquido amniótico, el 7.39% ruptura prematura de membranas, el 6.69% enfermedad hipertensiva del embarazo, el 7.25% amenaza de parto prematuro, el 1.67% algún tipo de hemorragias de la segunda mitad del embarazo, el 0.56% embarazo múltiple, el 1.39% retardo de crecimiento uterino, el 1.12% de amenaza de aborto, el 0.70% de hiperemesis gravídica, el 0.56% de embarazo prolongado, y el 0.42% de hipertensión preexistente.

En el grupo etáreo de gestante de edad adecuada el 48.78% presento anemia, el 39.85% algún tipo de infección, el 9.50% alteraciones del líquido amniótico, el 8.54% ruptura prematura de membranas, el 7.16% enfermedad hipertensiva del embarazo, el 5.95% amenaza de parto prematuro, el 2.15% algún tipo de hemorragias de la segunda mitad del embarazo, el 1.40% embarazo múltiple, el 1.15% retardo de crecimiento uterino, el 1.19% de amenaza de aborto, el 0.56% de hiperemesis gravídica, el 0.46% de embarazo prolongado, el 0.27% diabetes mellitus, el 0.19% cardiopatía y el 0.13% de hipertensión preexistente.

En el grupo etáreo de gestante de edad avanzada el 44.49% presento anemia, el 33.38% algún tipo de infección, el 10.51% alteraciones del líquido

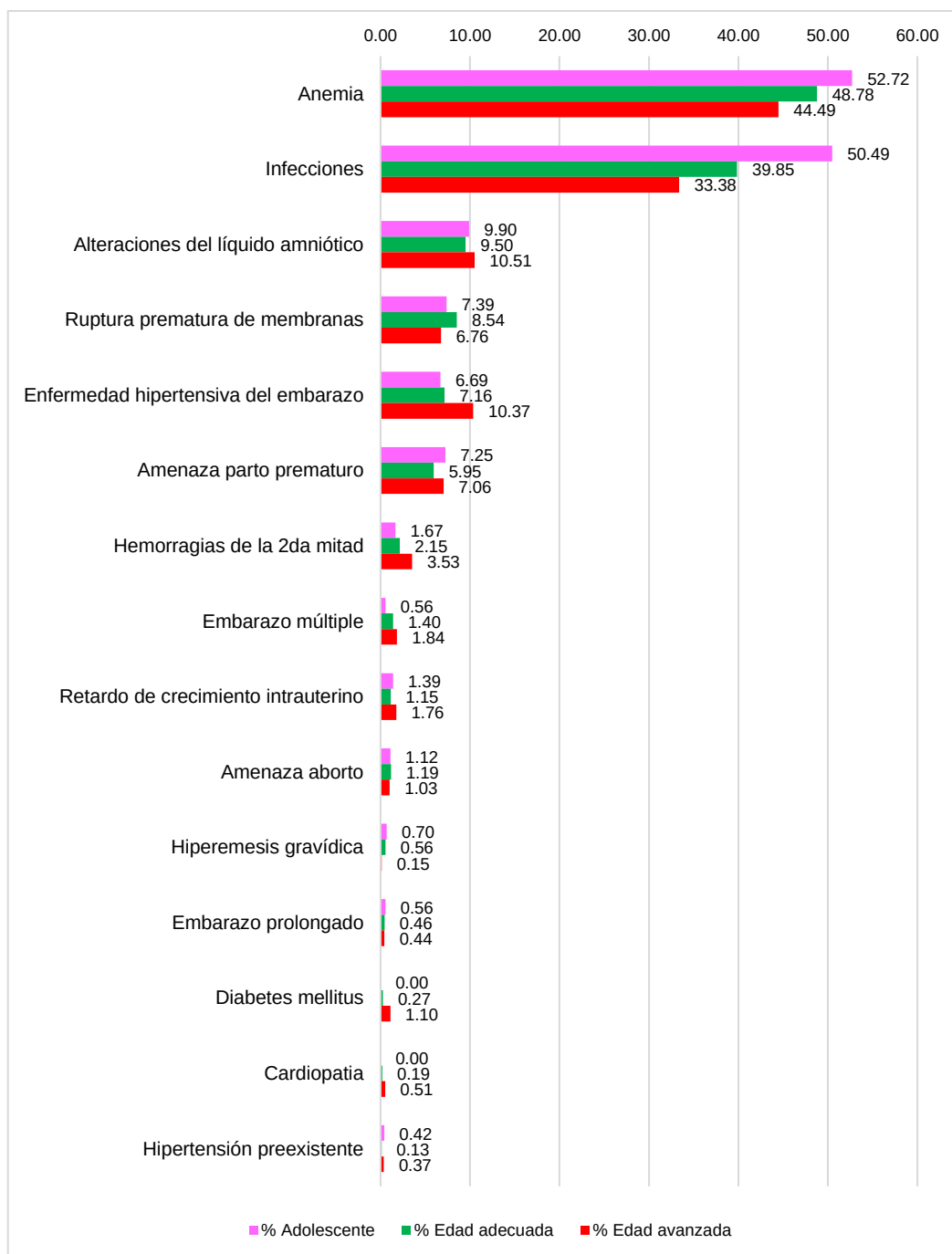
amniótico, el 6.76% ruptura prematura de membranas, el 10.37% enfermedad hipertensiva del embarazo, el 7.06% amenaza de parto prematuro, el 3.53% algún tipo de hemorragias de la segunda mitad del embarazo, el 1.84% embarazo múltiple, el 1.76% retardo de crecimiento uterino, el 1.03% de amenaza de aborto, el 0.15% de hiperemesis gravídica, el 0.44% de embarazo prolongado, el 1.10% diabetes mellitus, el 0.51% cardiopatía y el 0.37% de hipertensión preexistente.

Se debe precisar que la variable COVID-19 no es reportada por el Sistema Informático Perinatal, por lo que el análisis se menciona en lo correspondiente a la tabla 1.

GRAFICO N° 14

PATOLOGIAS DEL EMBARAZO Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL

HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023

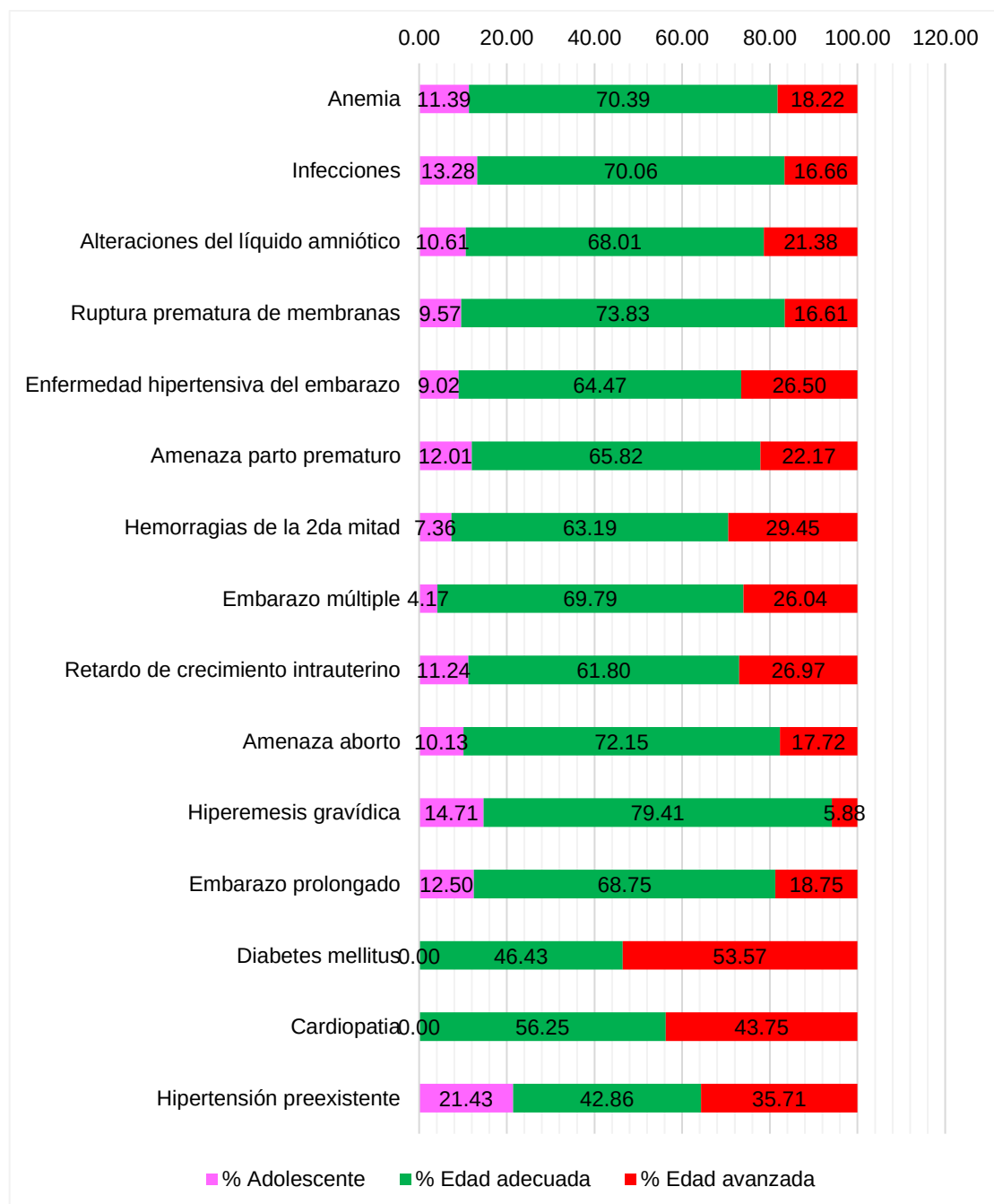


Fuente: Tabla N° 14

GRAFICO N° 15

PATOLOGIAS DEL EMBARAZO Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL

HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023



Fuente: Tabla N° 14

TABLA N° 15

PATOLOGIAS DEL PARTO Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL

HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023

PATOLOGIAS DEL PARTO	Adolescente		Edad adecuada		Edad avanzada	
	N°	%	N°	%	N°	%
Desgarro perineal	28	3.91	382	7.97	152	11.18
Complicación de cordón umbilical	47	6.56	359	7.49	84	6.18
Mala posición fetal	18	2.51	138	2.88	54	3.97
Sufrimiento fetal agudo	10	1.39	64	1.34	11	0.81
Trabajo parto prolongado	1	0.14	22	0.46	4	0.29
Desgarro cérvix	1	0.14	6	0.13	4	0.29

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

Interpretación:

En la tabla 15, se observa las patologías del parto según grupo etáreo (gestante adolescente, gestante de edad adecuada y gestante de edad avanzada).

En el grupo etáreo de gestante adolescente el 3.91% presento desgarro perineal, el 6.56% complicaciones del cordón umbilical, el 2.51% mala posición fetal, el 1.39% sufrimiento fetal agudo, el 0.14% trabajo de parto prolongado y el 0.14% desgarro de cérvix.

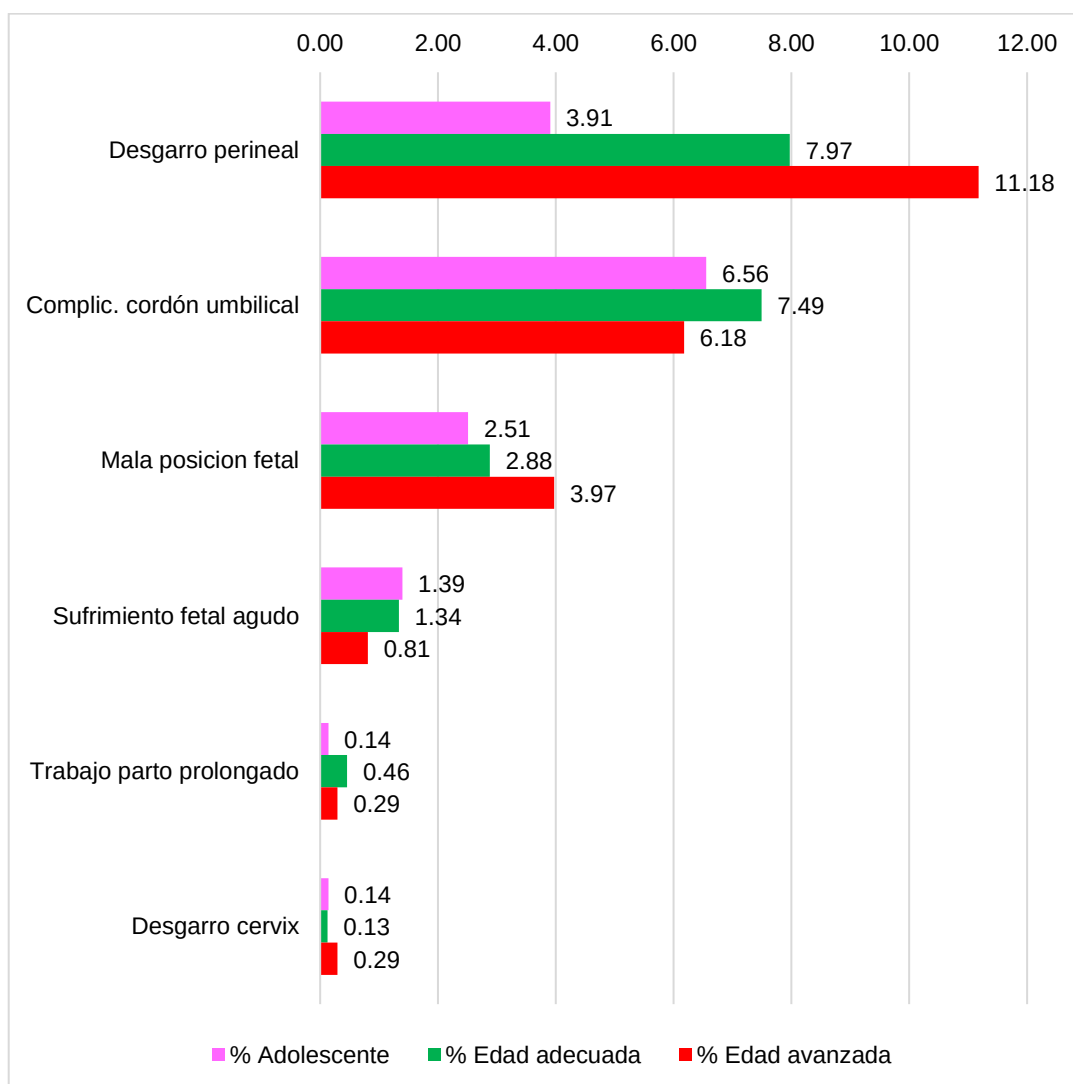
En el grupo etáreo de gestante de edad adecuada el 7.97% presento desgarro perineal, el 7.49% complicaciones del cordón umbilical, el 2.88% mala posición fetal, el 1.34% sufrimiento fetal agudo, el 0.46% trabajo de parto prolongado y el 0.13% desgarro de cérvix.

En el grupo etáreo de gestante de edad avanzada el 11.18% presento desgarro perineal, el 6.18% complicaciones del cordón umbilical, el 3.97% mala posición fetal, el 0.81% sufrimiento fetal agudo, el 0.29% trabajo de parto prolongado y el 0.29% desgarro de cérvix.

GRAFICO N° 16

PATOLOGIAS DEL PARTO Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL

HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023

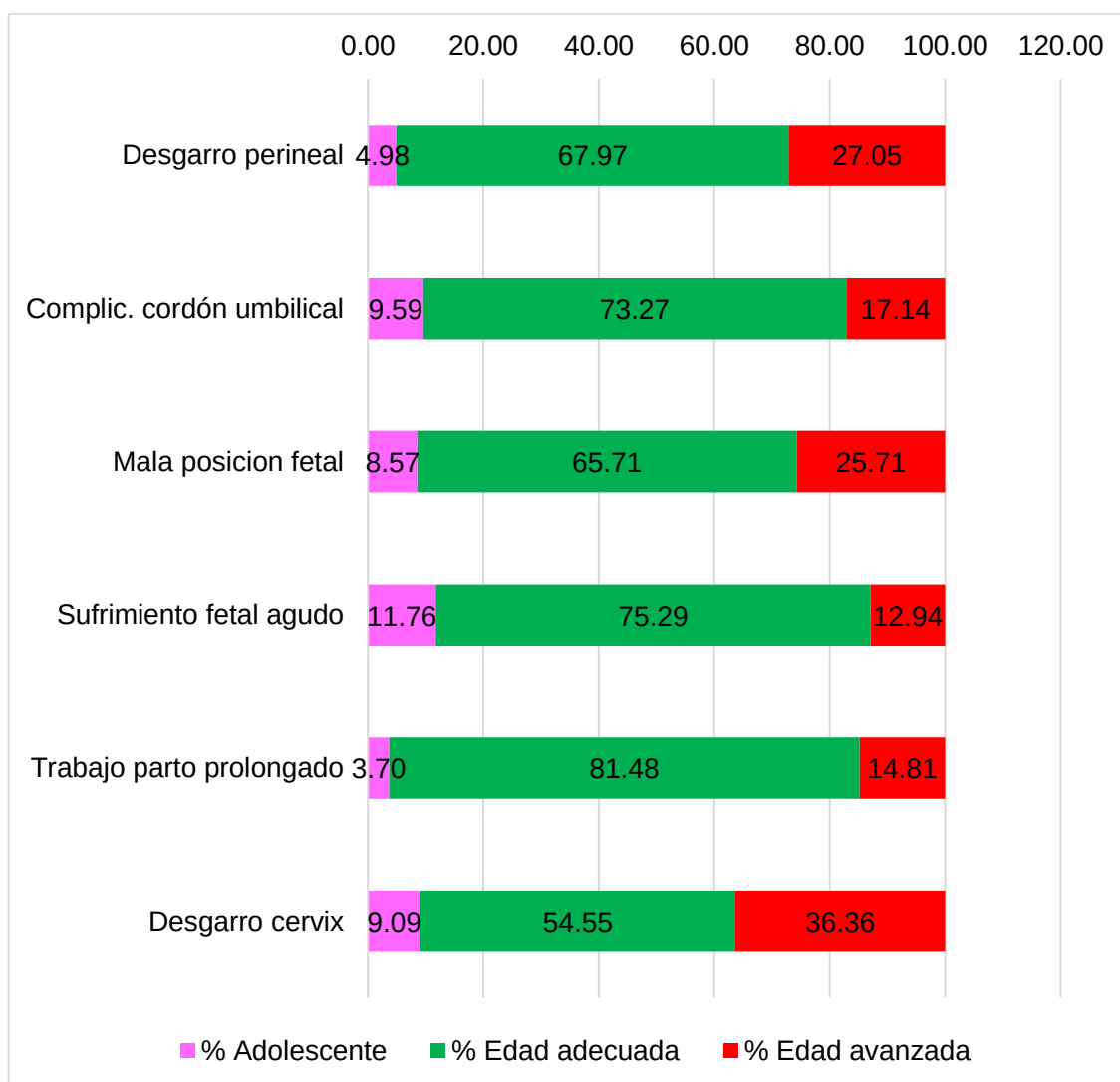


Fuente: Tabla N° 15

GRAFICO N° 17

PATOLOGIAS DEL PARTO Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL

HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023



Fuente: Tabla N° 15

TABLA N° 16

PATOLOGIAS DEL PUERPERIO Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL

HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023

PATOLOGIAS DEL PUERPERIO	Adolescente		Edad adecuada		Edad avanzada	
	N°	%	N°	%	N°	%
Atonía uterina	9	1.26	35	0.73	13	0.96
Retención membranas	5	0.70	37	0.77	11	0.81
Retención placenta	2	0.28	4	0.08	2	0.15
Endometritis	2	0.28	2	0.04	2	0.15

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

Interpretación:

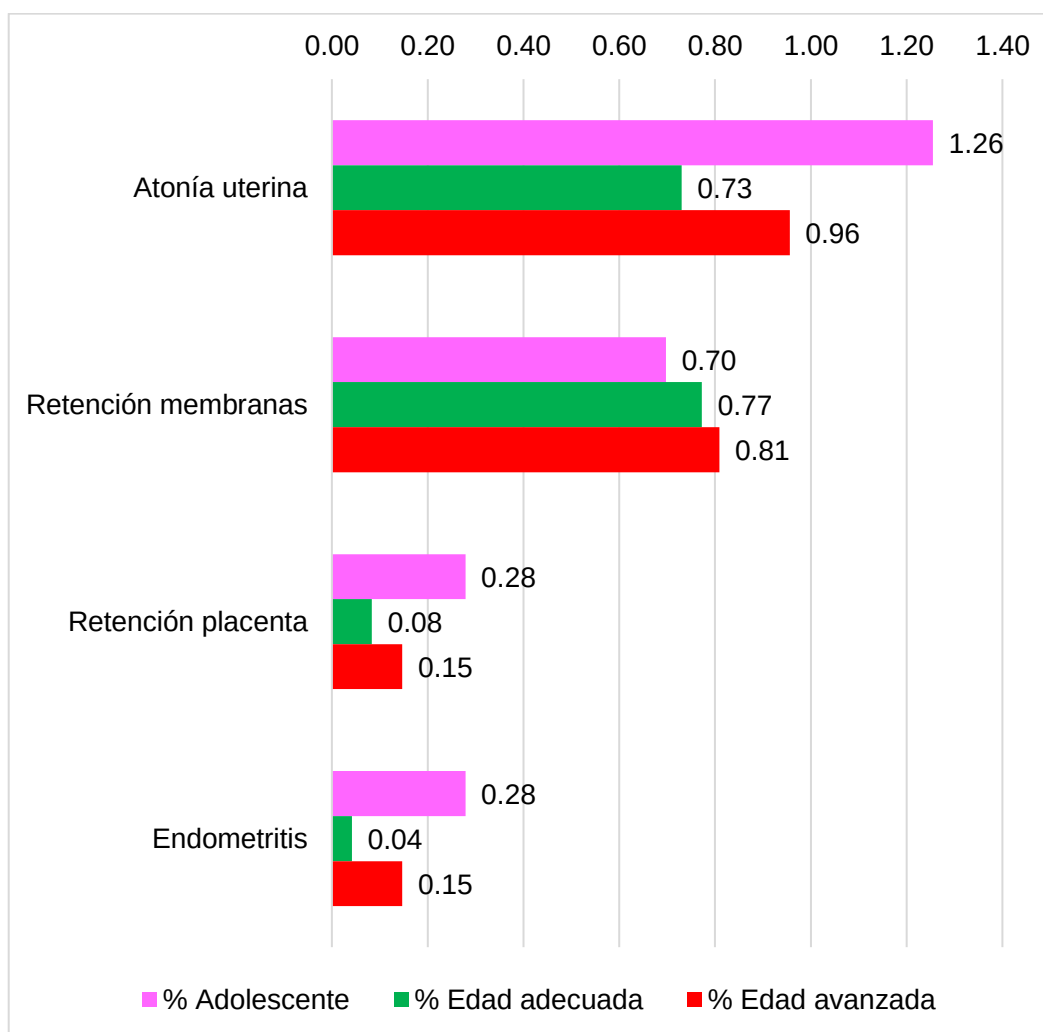
En la tabla 16, se observa las patologías del puerperio según grupo etáreo (gestante adolescente, gestante de edad adecuada y gestante de edad avanzada).

En el grupo etáreo de gestante adolescente el 1.26% presento atonía uterina, el 0.70% retención de membranas, el 0.28% retención de placenta y el 0.28% endometritis. En el grupo etáreo de gestante de edad adecuada el 0.73% presento atonía uterina, el 0.77% retención de membranas, el 0.08% retención de placenta y el 0.04% endometritis. En el grupo etáreo de gestante de edad avanzada el 0.96% presento atonía uterina, el 0.81% retención de membranas, el 0.15% retención de placenta y el 0.15% endometritis.

GRAFICO N° 18

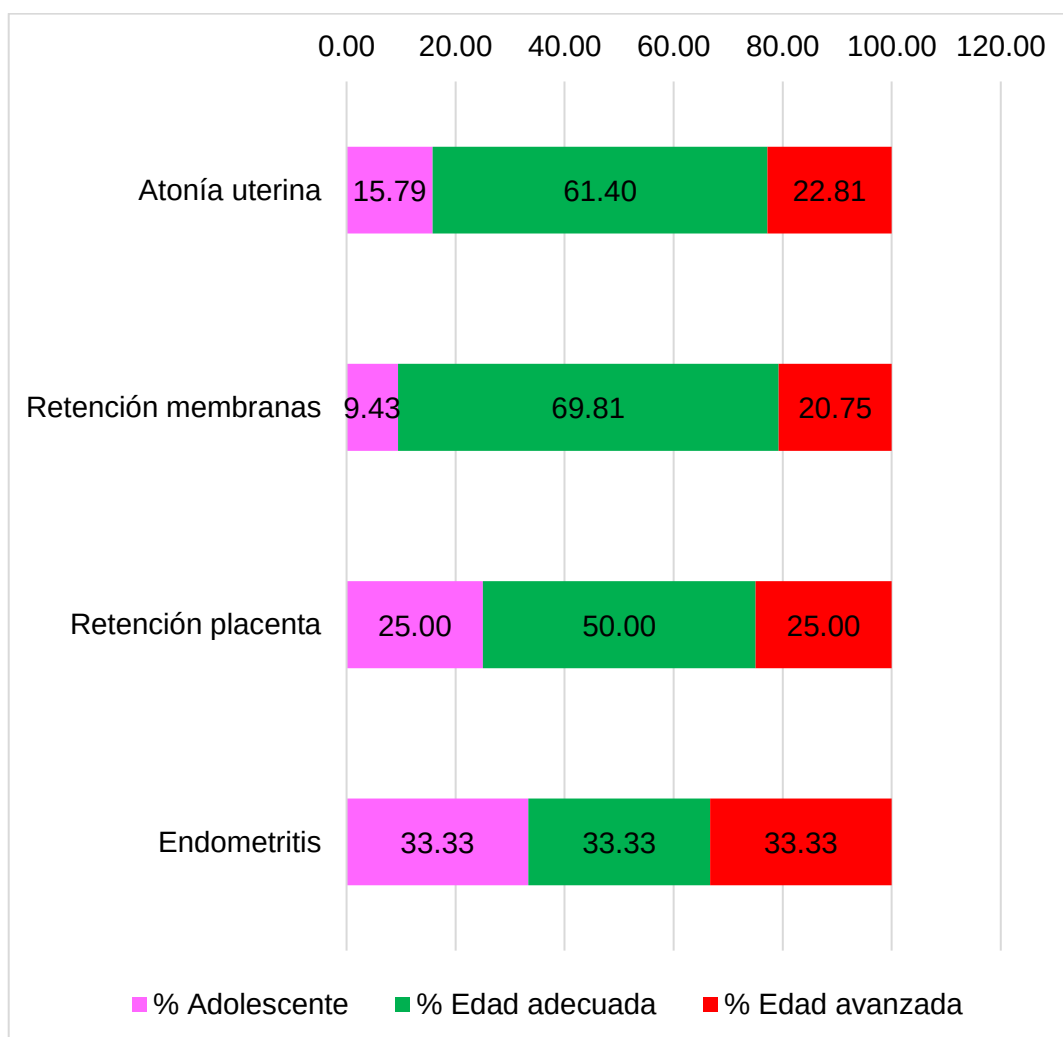
PATOLOGIAS DEL PUERPERIO Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL

HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023



Fuente: Tabla N° 16

GRAFICO N° 19
PATOLOGIAS DEL PUERPERIO Y MORBILIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023



Fuente: Tabla N° 16

4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En la tabla 1, sobre grupo etáreo y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023, se observa que el número de partos entre 2019 y 2023 que fueron 6868. El 10.44% tuvo entre 10 y 19 años, el 69.76% tuvo entre 20 a 34 años, y el 19.80% tuvo de 35 años a más.

A nivel internacional, Almeida en su artículo “Prematuridad y embarazo adolescente en Brasil, 2011-2012”, realizado en Brasil con una población de estudio de 23.894 mujeres en posparto y sus recién nacidos, encontró que el 5.75% tuvo entre 12 a 16 años y el 13.37% tuvo entre 17 y 19 años, es decir, el 19.12% de gestantes tuvo menos de 20 años (37). Este resultado de 19.12% frente al 10.44% encontrado en esta tesis difiere en una relación de 2 a 1, este hecho de encontrar más gestantes adolescentes en Brasil respecto a la región Tacna, se explicaría por la diferente cultura y características propias de ambas poblaciones de estudio.

En otro estudio internacional, Kim et al., en su artículo titulado “Edad materna avanzada y morbilidad materna grave en Corea del Sur: un estudio de cohorte poblacional”, realizado entre 2003 y 2019 en Corea, con una población de 2,113,615 gestantes, el 0.30% tuvo entre 15 a 19 años, el 71.39% tuvo entre 20 a 34 años (el 4.07% tuvo entre 20 a 24 años, el 19.23% tuvo entre 25 a 29 años, el 48.07% tuvo entre 30 a 34 años), y el 28.29% tuvo de 35 años a mas (el 24.61% tuvo entre 35 a 39 años, el 3.57% tuvo entre 40 a 44 años, y el 0.11% tuvo de 45

años a mas) (38). Los resultados hallados por Kim et al., frente a los encontrados en esta tesis: 0.30% frente a 10.44% en menores de 20 años; 71.39% frente a 69.76% en gestantes de 20 a 34 años; y 28.29% frente a 19.80% en gestantes de 35 años a mas guardan relación solo en gestantes en edad adecuada (de 20 a 34 años), pero no en gestantes adolescentes o de edad materna avanzada, donde la frecuencia de gestantes adolescentes es casi nula en Corea, pero la frecuencia de gestantes de edad avanzada es bastante alta aun en comparación con la región Tacna, que de por sí ya registra una frecuencia alta en comparación a nivel nacional. Este hecho, de encontrar mayor cantidad de gestantes de edad avanzada en Corea se explicaría por las características diferentes de sus mujeres y su percepción frente a la gestación.

En otro estudio internacional, Nyongesa et al., en su artículo titulado “Extremos de edad materna y resultados adversos del embarazo en entornos de bajos recursos”, realizo una cohorte poblacional en la República Democrática del Congo, Guatemala, India, Kenia, Pakistán y Zambia entre 2010 y 2020, con la inclusión de 602.884 partos. Encontraron que el 13.0% tuvo menos de 20 años (78,584 pacientes), el 40.7% tuvo entre 20 a 24 años (245,289 pacientes), el 27.1% tuvo entre 25 a 29 años (163,583 pacientes), el 14.4% tuvo entre 30 a 35 años (86,751 pacientes), y el 4.8% tuvo de 35 años a mas (28,677 pacientes) (39). Lo encontrado por Nyongesa et al., frente a lo encontrado en esta tesis: 13.0% para menores de 20 años frente a 10.44%; 82.2% para pacientes entre 20 a 34 años frente a 69.76%; y 4.8% para pacientes de 35 años a mas frente a 19.80%; difiere

en términos porcentuales, en esta tesis se encontró menos gestantes adolescentes, menos gestantes de edad adecuada y más gestantes de edad avanzada, estas diferencias se explicarían por tratarse de poblaciones con diferentes características sociales, demográficas, culturales y económicas.

A nivel nacional, Palomino Saravia en su tesis titulada “Embarazo de edad avanzada relacionado a complicaciones materno perinatales en gestantes que se atendieron en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano enero abril 2015”, realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal, analítico en 50 gestantes y encontró que el 34% de pacientes tuvieron 35 años o más (40). Este resultado es mucho más alto al 19.8% encontrado en la presente tesis. La mayor proporción de gestantes de edad materna avanzada en Huánuco se explicaría por las características propias de su población y a estrategias en la elección de la muestra.

También a nivel nacional, Jacinto Garay en su tesis titulada “Características morfológicas de la placenta en gestantes con morbilidad asociada al embarazo. Centro de Salud “Las Moras”- Huánuco, 2022”, trabajó con una población muestral de 33 casos. Encontró que el 9% fueron adolescentes (10 a 19 años), el 54.5% jóvenes (20 a 29 años) y el 36.4% adultas (30 a 39 años) (41). Respecto a los grupos etáreos investigados por Jacinto Garay en comparación a los resultados de la presente tesis, existe coincidencia en el grupo adolescente (9% frente a 10.44%), no es posible la comparación con el grupo de 20 a 34 años y el grupo de 35 años

a mas por no corresponder. Sin embargo, la comparación en el grupo adolescente nos habla de una tendencia nacional.

A nivel local, Linares Davalos en su tesis titulada “Relación entre gestantes de edad avanzada con anemia y bajo peso al nacer en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023”, realizada sobre una población de 13060 partos registrados en el Sistema Informático Perinatal, encontró que la población menor de 35 años (10512) represento el 80.49% y la población de 35 años a mas (2548) represento el 19.51% (42). Considerando que el autor citado divide su población en dos grupos etáreos, estos al ser comparados con la presente tesis, coinciden en sus resultados. Se explicaría por tratarse del mismo ámbito geográfico y una temporalidad muy parecida.

Al respecto de la variable COVID-19 que influye en el análisis de esta tabla y de los resultados del mismo, se debe mencionar que el primer registro o registro inicial de COVID-19 fue en diciembre 2019 en Wuhan - China, la cual se propago velozmente por todo el mundo, por lo que la OMS declaro el estado de emergencia el 30-01-2020 al 04-02-2024. Se reportaron más de 774 millones de casos y 7 millones de muertes a nivel global. En 2022, en América Latina ocurrieron 447 muertes maternas asociadas al COVID-19. Hasta marzo 2024, en Perú se reportaron 224 gestantes que murieron por COVID-19. El síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) produjo el incremento de mortalidad de gestantes, puérperas y neonatos. Peru estuvo en 5to lugar con un aumento del 50% de morbilidad en América Latina. Al respecto, la OMS, explica que la mortalidad

materna se debió a la interacción entre la gestante y el virus (muertes obstétricas indirectas), y las complicaciones de la gestación no prevenidas, identificadas o tratadas por alteración en la prestación del servicio sanitario (35).

En la región Tacna, las implicancias de la pandemia también afectaron los servicios de salud, tanto de nivel hospitalario como de periferie. Según disposición sanitaria nacional, el personal de salud en situación de riesgo, dejó de laborar en virtud del Decreto de urgencia N° 026-2020, Decreto de urgencia que establecía diversas medidas excepcionales y temporales para prevenir la propagación del coronavirus (COVID-19) en el territorio nacional, en su artículo 16 mencionaba “El trabajo remoto se caracteriza por la prestación de servicios subordinada con la presencia física del trabajador en su domicilio o lugar de aislamiento domiciliario, utilizando cualquier medio o mecanismo que posibilite realizar las labores fuera del centro de trabajo, siempre que la naturaleza de las labores lo permita”.

Mediante esta disposición nacional, muchos trabajadores del Hospital Hipólito Unanue de Tacna dejaron de laborar presencialmente y con ello se afectó la prestación del servicio a las gestantes. Es por eso, para suplir la labor de esos trabajadores de planta, se procedió a contratar personal, que, frente a la baja disponibilidad de profesionales especialistas, la mayoría estuvo compuesta por médicos generales.

Asimismo, la atención de partos ha ido disminuyendo paulatinamente desde el año 2000, y en este periodo de tiempo se han realizado investigaciones que

monitorean este descenso. Tal como lo señala Vargas Zeballos (36), en la investigación institucional que se enmarca en el periodo de tiempo en cuestión, el investigador señala un descenso marcado desde el año 2019 al año 2021. Este descenso podría explicarse mediante dos hipótesis: debido a la pandemia por COVID-19 y por la tendencia de disminución de partos que viene experimentando la región ya desde el año 2020.

Asimismo, el Dr. Vargas Zeballos, realizó un análisis sobre el número de partos, pero considerando la totalidad de prestadores de salud que atienden partos e inclusive el número de partos domiciliarios (36). Se observa que entre el año 2018 y 2021, los partos en el Hospital Hipólito Unanue, Hospital III Daniel Alcides Carrión, y el Centro de Salud Tarata, han disminuido. Por el contrario, en el C.S. Candarave, C.S. La Esperanza, C.S. Ciudad Nueva, C.S. San Francisco y los partos domiciliarios de la Dirección Regional de Salud Tacna, han aumentado (36).

Sin embargo, la diferencia entre la disminución y el aumento no se refleja en la tendencia registrada en el Hospital Hipólito Unanue, es decir no explicaría completamente la disminución, lo que permite presumir que existen otras variables en el contexto regional que incluyen explicaciones de carácter social, económico, cultural, biológico, mórbido y de prestación de salud.

Finalmente, respecto a la tabla 1, se puede concluir que la tendencia etárea de la mujer actual se centra aun en el grupo de 20 a 34 años, sin embargo, el grupo etáreo de 10 a 19 años presenta un leve crecimiento y por otro lado el grupo etáreo

de 35 años a más si se viene incrementando de manera importante en los últimos años.

En la tabla 2, sobre grado de instrucción y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023; observo el nivel de instrucción según grupo etáreo (gestante adolescente, gestante de edad adecuada y gestante de edad avanzada). En el grupo etáreo de gestante adolescente el 0.00% tuvieron grado de instrucción analfabeta, el 3.07% primaria, el 86.05% secundaria y 10.88% superior. En el grupo etáreo de gestante de edad adecuada el 0.04% tuvieron grado de instrucción analfabeta, el 3.82% primaria, el 62.41% secundaria y 33.73% superior. En el grupo etáreo de gestante de edad avanzada el 0.22% tuvieron grado de instrucción analfabeta, el 12.50% primaria, el 62.06% secundaria y 25.22% superior.

A nivel internacional, Nyongesa et al., en su artículo titulado “Extremos de edad materna y resultados adversos del embarazo en entornos de bajos recursos”, se revisó una cohorte poblacional en República Democrática del Congo, Guatemala, India, Kenia, Pakistán y Zambia entre 2010 y 2020, logrando incluir en el estudio a 602.884 partos. Encontró que en las gestantes menores de 20 años el 9.6% no tenían escolarización formal, el 88.3% tenían primaria o secundaria y 2.1% tenían universidad. En las gestantes de 20 a 34 años el 25.14% no tenían escolarización formal, el 66.94% tenían primaria o secundaria y 7.93% tenían universidad (en gestantes de 20 a 24 años el 14.7% no tenían escolarización formal, el 76.7% tenían primaria o secundaria y 8.6% tenían universidad; en gestantes de

25 a 29 años el 31.4% no tenían escolarización formal, el 60.2% tenían primaria o secundaria y 8.4% tenían universidad; en gestantes de 30 a 35 años el 42.8% no tenían escolarización formal, el 52.2% tenían primaria o secundaria y 5.0% tenían universidad), en las gestantes de 35 años a mas el 39.1% no tenían escolarización formal, el 58.2% tenían primaria o secundaria y 2.7% tenían universidad (39).

También a nivel internacional, Kim et al., en su artículo “Edad materna y riesgo de mortalidad neonatal temprana: un estudio de cohorte nacional”, realizado en Corea entre 2011 a 2015 con la participación de 2.161.908 gestantes. Se encontró un 27.38% con nivel educativo secundario o inferior y el 72.61% tuvo nivel superior (43). Los resultados reportados por Kim et al., de Corea no guardan relación con los encontrados en la región Tacna, en Corea se registra 27.38% para secundaria o menos frente a 86.05% en gestante adolescente, 62.41% en gestante de edad adecuada y 62.06% en gestante de edad avanzada; por el contrario, Corea presenta 72.61% para nivel superior frente a 10.88% en gestante adolescente, 33.73% en gestante de edad adecuada y 25.22% en gestante de edad avanzada. Estas marcadas diferencias se explican por el nivel educativo tan desarrollado en Corea en contraposición a la realidad en Perú, específicamente Tacna.

A nivel nacional, Chico Iguaro en su tesis titulada “Factores asociados a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en gineco obstetricia - Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017”, mediante un diseño de investigación no experimental y de corte transversal, con la inclusión de 132 unidades de estudio, encontró que, el 9.8% fueron analfabetas, el 34.1% concluyo primaria, el 31.8%

secundaria, y el 24.2% superior (18). Al comparar la variable nivel de instrucción, los resultados reportados por el autor citado resultan inferiores a los hallados en la presente tesis. Chico Iguaro respecto a esta tesis encontró: analfabetismo 9.8% frente a 0.22%, primaria 34.1% frente a 12.50%, secundaria 31.8% frente a 62.06%, y superior 24.2% frente a 25.22%. Estos resultados se explican por el nivel de instrucción superior registrado en la región de Tacna, región que en los últimos 5 años ha ocupado el primer o segundo lugar en aprovechamiento escolar.

También a nivel nacional, Mendoza Manrique en su tesis titulada “Morbilidad materna y peso del recién nacido de un Hospital de Huancayo-2018”, realizada con un estudio retro prospectivo, transversal, descriptivo, no experimental relacional en 327 unidades de análisis (gestantes), encontró que respecto a la variable nivel de instrucción, el 0.61% fueron analfabetas, el 8.56% alcanzó el nivel primario, 76.14% secundaria, 11% superior técnico y el 3.66% superior universitario (44). Los resultados encontrados por Mendoza Manrique fueron ligeramente inferiores frente a los hallados en esta tesis: analfabetismo 0.61% frente a 0.07%, primaria 8.56% frente a 5.46%, secundaria 76.14% frente a 64.80%, superior 14.66% frente a 29.65%. Podemos observar que el analfabetismo tiene una relación de 9 a 1, la primaria 8 a 5, la secundaria resulta porcentualmente casi igual, y el nivel de instrucción superior es mayor en la región Tacna con una relación de 1 a 2. Estos resultados resultan más adecuados en relación al nivel de instrucción en la región Tacna, región que mantiene los primeros lugares en aprovechamiento escolar durante los últimos años.

A nivel local, Julca Maquera, en su tesis titulada “Factores de Riesgo Asociados a Morbilidad Materna Extrema en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna Año 2017-2018”, realizado en 238 unidades de estudio, respecto a la variable nivel de instrucción, encontró que el 7.98% alcanzo el nivel primario, 65.54% el nivel secundario, el 12.60% el nivel superior no universitario, y el 13.86% alcanzo el nivel superior (25). Los resultados reportados por Julca Maquera son ligeramente inferiores en comparación a los hallados en esta tesis: nivel primario 7.98% frente a 5.46%, secundaria 65.54% frente a 64.80%, nivel superior 26.46% frente a 29.65%. Estos resultados de estudios realizados en el mismo hospital guardan relación y las variaciones positivas en el tiempo se explicarían por la mejora del nivel educativo regional, el cual se refleja en los estándares nacionales que año a año se realizan.

A manera de conclusión, respecto al nivel educativo, se puede decir que el nivel educativo en las pacientes atendidas en el hospital Hipólito Unanue es elevado respecto a otras realidades nacionales.

En la tabla 3, sobre estado civil y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023; observaron el estado civil según gestante adolescente, gestante de edad adecuada y gestante de edad avanzada. En el grupo etáreo de gestante adolescente el 38.08% tuvieron estado civil soltera, el 1.39% casada, el 60.53% conviviente y 0.00% otro. En el grupo etáreo de gestante de edad adecuada el 15.38% tuvieron estado civil soltera, el 9.60% casada, el 74.97% conviviente y 0.04% otro. En el grupo etáreo de gestante de edad avanzada el

12.21% tuvieron estado civil soltera, el 18.01% casada, el 69.78% conviviente y 0.00% otro.

A nivel internacional, Andhavarapu et al., en su artículo titulado “Factores sociodemográficos maternos y estrés prenatal”, estudiaron a 150 gestantes en Kenia. Se encontró que el 8.11% tuvieron estado civil soltera, el 27.70% convivencia, 47.97% matrimonio tradicional, 5.41% matrimonio civil, y 10.81% matrimonio religioso (45). Los resultados de Kenia no coinciden con los de Tacna, en Kenia se registran mucho menos solteras y menos convivientes; por otro lado, en Tacna se registran más matrimonios civiles.

También a nivel internacional, Morakinyo et al., en su artículo titulado “Asociación entre las condiciones ambientales del hogar y el estado nutricional de las mujeres en edad fértil en Nigeria”, realizado en 40.680 hogares, encontraron que el 36.4% (8496 pacientes) tuvieron estado civil soltera, el 57.2% (13352 pacientes) fueron casadas y/o convivientes, y el 6.4% (1496 pacientes) separadas (46). Los resultados reportados en Nigeria frente a los reportados en esta tesis: estado civil soltera 36.4% frente a 38.08 para gestante adolescentes, 15.38 para gestante de edad adecuada, y 12.21% para gestante de edad avanzada, guardan relación solo para gestantes adolescentes; para estado civil casada y/o conviviente 57.2% frente a 61.92% para gestante adolescente, 84.57% para gestante de edad adecuada, y 87.79% para gestante de edad avanzada, guardan relación solo para gestantes adolescentes. Estas diferencias se explicarían por las características propias de ambas poblaciones.

A nivel nacional, Chico Iguaro en su tesis titulada “Factores asociados a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en gineco obstetricia - Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017”, respecto a la variable estado civil, encontró que el 18.9% fueron solteras, el 28.0% fueron casadas, el 5.3% divorciadas, el 2.3% viudas, y el 45.5% convivientes (18). Estos resultados frente a los hallados en esta tesis son: estado civil soltera 18.9% frente a 15.54%, estado civil casada 28.0% frente a 17.12%, estado civil o tipo de unión conviviente 45.5% frente a 72.43%, y estado civil divorciada o viuda 7.60% frente a 0.02%. La comparación entre ambos estudios resulta ambigua, pero sobresale el alto porcentaje de convivencia en las unidades de estudio de esta tesis.

A nivel local, Julca Maquera, en su tesis titulada “Factores de Riesgo Asociados a Morbilidad Materna Extrema en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna Año 2017-2018”, realizado en 238 unidades de estudio, respecto a la variable estado civil, encontró que el 15.54% fueron solteras, el 73.94% fueron convivientes y el 10.50% fueron casadas (25). Los resultados reportados por Julca Maquera en comparación a los hallados en esta tesis son: solteras 15.54% frente a 17.12%, casadas 10.50% frente a 10.41%, y convivientes 73.94% frente a 72.43%. Los resultados resultan muy parecidos y se explicarían por corresponder al mismo ámbito de estudio, pero con otra temporalidad. La convivencia teóricamente no es un estado civil, sin embargo, se reporta en la mayoría de estudios. Llama la atención del alto porcentaje de unión “conviviente”, con todas las características de este tipo de unión.

Respecto a la variable estado civil, resulta importante detallar que la condición de “convivencia” registrada en esta tesis es bastante alta en comparación a otras realidades. Esta condición incrementaría la condición de morbilidad en las gestantes, debido a su inestabilidad jurídica propiamente dicha y a la inestabilidad social y familiar con las consecuencias que genera a la paciente.

En la tabla 4, sobre dependencia económica y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023, se observó a la gestante por grupo etáreo (gestante adolescente, gestante de edad adecuada y gestante de edad avanzada). En el grupo etáreo de gestante adolescente el 88.56% si tuvieron dependencia económica y el 11.44% no la tuvieron. En el grupo etáreo de gestante en edad adecuada el 72.11% si tuvieron dependencia económica y el 27.44% no la tuvieron. En el grupo etáreo de gestante en edad avanzada el 65.81% si tuvieron dependencia económica y el 34.19% no la tuvieron. La dependencia económica disminuyo conforme aumentaba la edad de la paciente entrevistada, es decir, eran inversamente proporcionales.

A nivel internacional, Arizo-Luque et al., en su artículo titulado “Efecto del empleo y de la carga doméstica en el desarrollo fetal y en la duración de la gestación en una cohorte de mujeres embarazadas”, realizado en Asturias, Guipúzcoa, Sabadell y Valencia, con la participación de 2506 pacientes. Encontró que para los partos pre término el 79.78% no trabaja, es decir son dependientes económicamente y el 20.21% si trabaja, es decir no son dependientes económicamente (47). Entonces, lo reportado por Arizo-Luque et al., frente a los

resultados de esta tesis, para “si dependencia” de 79.78% frente a 88.56% en gestante adolescente, 72.11% en gestante adecuada y 65.81% en gestante de edad avanzada, si guardan relativa relación porcentual. Sin embargo, la relación porcentual varía según el grupo etáreo, donde es mayor en adolescentes y menor en gestantes de edad adecuada y edad avanzada.

A nivel nacional, Chico Iguaro en su tesis titulada “Factores asociados a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en gineco obstetricia - Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017”, realizada en 132 unidades de estudio, encontró que el 55.3% tenía un ingreso económico familiar menor de 850 soles y el 44.7% un ingreso mayor de 850 soles (18). Indirectamente podríamos inferir que la mayoría de pacientes dependen económicamente y la minoría no lo hace, sin embargo, la diferencia no es marcada, siendo la relación aproximadamente 1 a 1. Estos resultados son muy parecidos a los hallados en esta tesis, donde se encontró que el 65.81% depende económicamente y el 34.19% no lo hace. Esta realidad se replica en la mayoría de estudios, donde la mujer gestante o puérpera depende económicamente de su pareja.

También a nivel nacional, De La Cruz Ramos en su tesis titulada “Violencia intrafamiliar en gestantes atendidas en el centro de salud Chupaca, 2022”, realizada en 144 unidades de estudio, encontró que el 11% dependía económicamente de sí misma, el 67% dependía de su pareja, y el 22% dependía de su madre y/o padre y/o ambos (48). Estos resultados difieren radicalmente con los hallados en esta tesis. Por ejemplo, De La Cruz Ramos refiere haber encontrado que solo el 11.0%

no tiene dependencia económica frente a 34.19% hallado en esta tesis, con una relación de 3 a 1. Este hecho se explicaría porque Chupaca es un distrito de la sierra de Huánuco y la realidad social y económica es totalmente diferente a la región Tacna, así como a las diferencias sociales, culturales y económicas de sus mujeres gestantes.

A nivel local, Lozano Vargas en su tesis titulada “Repercusiones materno perinatales en gestantes sin control prenatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2005 – 2009”, mediante un estudio analítico y comparativo incluyó a 1625 gestantes sin control prenatal atendidas en el Hospital Hipólito Unanue del 2005 al 2009. Respecto a la variable dependencia económica encontró que la dependencia económica fue del 76,62% (49). Este dato reportado por Lozano Vargas guarda cierta relación con lo encontrado en esta tesis: 76.62% frente a 65.81%. Este hecho se explicaría por ser estudios realizados en el mismo ámbito y tomando como fuente el sistema informático perinatal, con la diferencia de la temporalidad, podemos decir que la dependencia económica ha descendido en 10 años aproximadamente un 10%.

A manera de conclusión se puede decir que la dependencia económica viene disminuyendo, esto concuerda con el hecho de que la mujer cada vez es más independiente y cumple otros roles que antes no los realizaba, entre ellos el trabajo remunerado fuera del hogar. Esto puede resultar beneficioso para el ingreso familiar y la dependencia económica, pero compromete el tiempo que la mujer permanecía en el cuidado y supervisión de los hijos en el hogar.

En la tabla 5, sobre paridad y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023; se observa la paridad según grupo etáreo (gestante adolescente, gestante de edad adecuada y gestante de edad avanzada). En el grupo etáreo de gestante adolescente el 90.10% tuvieron paridad primípara, el 9.90% múltipara y 0.0% gran múltipara. En el grupo etáreo de gestante en edad adecuada el 39.55% tuvieron paridad primípara, el 59.19% múltipara y 1.25% gran múltipara. En el grupo etáreo de gestante en edad avanzada el 12.87% tuvieron paridad primípara, el 77.13% múltipara y 10.00% gran múltipara. Al comparar los 3 grupos etáreos se observa que la primiparidad disminuye conforme aumenta la edad y por el contrario la multiparidad y gran multiparidad aumenta conforme aumenta la edad de los grupos etáreos.

A nivel internacional, Kim et al., en su artículo titulado “Edad materna avanzada y morbilidad materna grave en Corea del Sur: un estudio de cohorte poblacional”, realizado entre 2003 y 2019 en Corea, con una población de 2,113,615 gestantes, encontró que el 52.4% fueron nulíparas y el 47.6% fueron múltiparas, asimismo entre 15 a 19 años el 92.0% era nulípara y 8.0% múltipara, entre 20 a 34 años el 50.50% era nulípara y 49.29% múltipara (entre 20 a 24 años: 75% y 25% respectivamente, entre 25 a 29 años: 69.5% y 30.5% respectivamente, entre 30 a 34 años: 53.5% y 46.6% respectivamente), entre 35 a 39 años el 35.7% era nulípara y 64.3% múltipara, entre 40 a 44 años el 32.4% era nulípara y 67.6% múltipara, y de 45 años a mas el 29.6% era nulípara y 70.4% múltipara (38).

También a nivel internacional, Arizo-Luque et al., en su artículo titulado “Efecto del empleo y de la carga doméstica en el desarrollo fetal y en la duración de la gestación en una cohorte de mujeres embarazadas”, realizado en Asturias, Guipúzcoa, Sabadell y Valencia, con la participación de 2506 pacientes. Encontró que para la variable paridad se encontró datos para 2431 pacientes, de este total, el 56.68% fueron primíparas y el 43.31% fueron multíparas (47). Entonces, lo reportado por Arizo-Luque et al., frente a los resultados de esta tesis, para primíparas fue de 56.68% frente a 39.5% de la región Tacna (90.10% para gestantes adolescentes, 39.55% en gestantes de edad adecuada y 12.87% en gestantes de edad avanzada). Asimismo, para multíparas fue de 43.31% frente a 60.45% de la región Tacna (9.90% para gestantes adolescentes, 60.44% en gestantes de edad adecuada y 87.13%% en gestantes de edad avanzada). Como se observa, no hay correspondencia en los resultados de ambos estudios. Estas diferencias se explicarían por tratarse de dos estudios con ámbitos geográficos diferentes.

A nivel nacional, Mendoza Manrique en su tesis titulada “Morbilidad materna y peso del recién nacido de un Hospital de Huancayo-2018”, respecto a la variable paridad, encontró que el 33.3% de las pacientes incluidas en el estudio fueron nulíparas, el 24.77% fueron primíparas, y el 41.89% fueron multíparas (44). Al comparar lo encontrado por Mendoza Manrique y los resultados de esta tesis, tenemos que para nulíparas se reportó 33.3% frente a 12.87%, para primíparas y multíparas se reportó 66.66% frente a 87.13%. Estos resultados nos indican que en

el estudio de Huancayo se presentaron un mayor porcentaje de nulíparas y en Tacna se reportaron un mayor porcentaje de multíparas.

A nivel local, Julca Maquera en su tesis titulada “Factores de Riesgo Asociados a Morbilidad Materna Extrema en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna Año 2017-2018”, respecto a la variable paridad, encontró que el 46.21% fueron nulíparas, el 31.09% fueron primíparas, y el 22.68% fueron multíparas (25). Al comparar resultados entre lo reportado por Julca Maquera y lo hallado en esta tesis, tenemos para nulípara 46.21% frente a un 39.55% y para multíparas 52.77% frente a 60.45%. Los resultados se asemejan porcentualmente, este hecho se explicaría por el mismo ámbito de ambos estudios, pero con una variación en la temporalidad. En términos generales, los resultados de ambos guardan cierta relación de correspondencia.

A manera de conclusión podemos mencionar que el grupo de nulíparas es un grupo importante y dominante cuando se estudia la paridad. Es decir, las mujeres que por primera vez ejercen su maternidad. La nuliparidad se relaciona con morbilidad propia de esta condición.

En la tabla 6, sobre antecedente de abortos y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023; se observó el antecedente de aborto según grupo etáreo (gestante adolescente, de edad adecuada y de edad avanzada). En el grupo etáreo de gestante adolescente el 88.01% no registraron antecedentes de aborto, el 11.16% registro 1 aborto, el 0.84% registro 2 abortos y

el 0.0% registro 0.0% 3 a más. En el grupo etéreo de gestante de edad adecuada el 68.65% no registraron antecedentes de aborto, el 25.67% registro 1, el 4.32% registro 2 y el 1.36% 3. En el grupo etéreo de gestante de edad avanzada el 59.19% no registraron antecedentes de aborto, el 29.78% registro 1, el 8.53% registro 2 y el 2.50% 3. El antecedente de aborto disminuyo conforme aumento la edad de los grupos etéreos; de la misma forma el tener 1 antecedente de aborto aumento conforme aumentaba la edad de los grupos etéreos, de la misma forma al tener 2 antecedentes de aborto y también con antecedente de 3 o más abortos.

A nivel internacional, Rodríguez Blanco et al., en su artículo titulado “Estudio sobre aspectos epidemiológicos que influyen en el aborto espontáneo”, realizado en Cuba, con la participación de 109 pacientes. Encontró que el 19.27% no tuvo antecedentes de aborto, el 21.1% tuvo 1 antecedente de aborto, el 33.03% tuvo 2 antecedentes de aborto, y el 26.61% tuvo 3 o más antecedentes de aborto (50). Los resultados reportados por Rodríguez Blanco et al., frente a los hallados en esta tesis: para ningún antecedente de aborto 19.27% frente a 68.80%, 1 antecedente de aborto el 21.1% frente a 24.97%, 2 antecedentes de aborto el 33.03% frente a 4.79%, y antecedentes de 3 o más abortos de 26.61% frente a 1.44; no corresponden o no se encuentra coincidencias, solo se encuentra cierta similitud en el antecedente de 2 abortos. Se observa que hay más abortos en el estudio de Cuba en comparación a la tesis realizada en Tacna.

A nivel nacional, Chico Iguaro en su tesis “Factores asociados a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en gineco obstetricia - Hospital

Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017”, respecto al número de abortos como antecedente, encontró que el 78.0% no tuvo abortos, el 8.3% tuvo un aborto, el 10.6% tuvo dos abortos, y el 3.0% tuvo 3 o más abortos (18). Al comparar los resultados reportados por Chico Iguaro y los hallados en esta tesis, observamos que para ningún antecedente de aborto se tiene un 78.0% frente a 68.80%, para un antecedente de aborto 8.3% frente a 24.97%, para dos abortos 10.6% frente a 4.79%, y para tres o más abortos 3.0% frente a 1.44%. Los resultados resultan similares para ningún antecedente de aborto, sin embargo, son totalmente diferentes para antecedentes de uno, dos o tres o más abortos, principalmente para antecedente de un aborto, donde se encontró un porcentaje mayor en Tacna con una proporción de 3 a 1 con respecto a Huaraz. Esto se explicaría por el diferente ámbito geográfico y temporalidad.

A nivel local, Julca Maquera en su tesis titulada “Factores de Riesgo Asociados a Morbilidad Materna Extrema en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna Año 2017-2018, respecto a la variable antecedente de aborto, encontró que el 71.0% no tuvo antecedente de aborto, el 24.78% tuvo 1 antecedente de aborto, y el 4.2% tuvo 2 o más antecedente de aborto (25). Al comparar los resultados reportados por Julca Maquera con los hallados en esta tesis, se tiene para pacientes que no tenían antecedente de aborto un 71.0% frente a 68.8%, un antecedente de aborto 24.78% frente a 24.97% y dos a mas antecedentes de aborto 4.2% frente a 6.23%. considerando que Julca Maquera realizo su estudio entre

2017 a 2018 y esta tesis tiene una temporalidad entre 2019 a 2023, se puede observar que el antecedente de aborto se viene incrementando en su ocurrencia.

Se puede decir a manera de conclusión, que el aborto es un antecedente muy importante en la historia clínica de una mujer, sin embargo, cuando es reportado por la paciente no siempre refleja la realidad acerca del pasado ginecológico, debido a factores tales como el pudor, la vergüenza, el desconocimiento, entre otros. Por ello, puede existir un sub registro del número real de abortos, tal como lo dispone la ley en el Peru, el aborto no es legal, y su indagación puede ser influenciado por este hecho. Al momento de realizar la historia clínica se debe empatizar y establecer un nexo fuerte de confianza con la paciente para conseguir información lo más veraz posible. El aborto sigue siendo un problema de salud pública y tiene una connotación sanitaria, biológica, cultural, política, económica, psicológica y religiosa.

En la tabla 7, sobre antecedente de bajo peso al nacer y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023, se observó el antecedente de bajo peso al nacer según grupo etáreo (gestante adolescente, de edad adecuada y de edad avanzada). En el grupo etáreo de gestante adolescente el 0.0% si registraron antecedentes de bajo peso al nacer y el 100.00% no registraron. En el grupo etáreo de gestante de edad adecuada el 0.27% si registraron antecedentes de bajo peso al nacer y el 99.73% no registraron. En el grupo etáreo de gestante de edad avanzada el 0.66% si registraron antecedentes de bajo peso al nacer y el 99.34% no registraron. No se encontraron diferencias porcentuales en

los 3 grupos etáreos para la presencia o ausencia de antecedente de bajo peso al nacer.

A nivel internacional, Akseer et al., en su artículo titulado “Características y resultados del parto de adolescentes embarazadas en comparación con mujeres mayores: un análisis de datos a nivel individual de 140 000 madres de 20 ECA”, realizó una revisión de 20 ensayos que representaron a 140749 pacientes. Encontró que las madres adolescentes representaron el 31,6% de los datos. El nacimiento prematuro, el tamaño pequeño para la edad gestacional (PEG), el bajo peso al nacer (BPN) y la mortalidad neonatal siguieron una tendencia en forma de U en la que la prevalencia fue mayor entre las madres más jóvenes (10 a 14 años) y luego se redujo gradualmente, pero volvió a aumentar. para madres mayores (40+ años). En comparación con las madres de 20 a 29 años, hubo un 23% más de riesgo de parto prematuro, un 60% más de riesgo de mortalidad perinatal, un 63% más de riesgo de mortalidad neonatal, un 28% más de riesgo de BPN y un 22% más de riesgo de parto prematuro. % de aumento del riesgo de PEG entre madres de 10 a 14 años. Las madres de 40 años o más experimentaron un 22% más de riesgo de parto prematuro y un 103% más de riesgo de muerte fetal en comparación con el grupo de 20 a 29 años (51).

A nivel nacional, Tocno López en su tesis titulada “Anemia gestacional como factor de riesgo para bajo peso al nacer en neonatos a término en el Hospital San Juan Bautista de Huaral, 2020 – 2022”, realizado en 138 recién nacidos, encontró que el 4.4% presentaron menos de 2500 gramos y el 95.6% tuvieron peso

adecuado, es decir 2500 o más gramos de peso al momento del nacimiento. Al momento de indagar por la variable “antecedente de bajo peso al nacer”, el autor encontró que el 7.2% tuvo el antecedente (52). El resultado hallado por Tocno López, en comparación a lo encontrado en esta tesis es sumamente mayor, 7.2% frente a 0.32% (para adolescentes 0.0%, gestantes de edad adecuada 0.27% y gestantes de edad avanzada 0.66%). Estas diferencias se explicarían por el diferente ámbito geográfico y las características diferentes de la población estudiada.

También a nivel nacional, Cabanillas Espinoza en su tesis titulada “Índice de masa corporal pregestacional y bajo peso al nacer, Centro de Salud Progreso, 2019”, encontró que el bajo peso fue más frecuente cuando la madre tenía índice de masa corporal normal, seguido de IMC sobrepeso, IMC obesidad y por último IMC bajo (53). Estos resultados no son comparables con lo encontrado en esta tesis, pero llama la atención encontrar mayor frecuencia de bajo peso al nacer en gestantes con IMC normal y la menor frecuencia en gestantes con IMC pregestacional bajo.

A nivel local, Linares Dávalos en su tesis titulada “Relación entre gestantes de edad avanzada con anemia y bajo peso al nacer en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023”, realizada con población que atendió su parto entre 2019 y 2023, encontró que el bajo peso al nacer estuvo presente en el 4.99%, peso adecuado 74.93% y recién nacidos macrosómicos 20.08% (42). Si bien es cierto, el autor citado en su tesis no indaga sobre “antecedente de bajo peso al nacer”, nos

ilustra acerca de la frecuencia de bajo peso al nacer en gestantes de edad avanzada, reportando un 4.99%, porcentaje muy superior al 0.32% global encontrado en esta tesis.

La literatura de Cunningham, señala que un recién nacido cuyo peso es menor a 2500 gramos se cataloga como bajo peso al nacer (54). Asimismo, señala que las tres causas principales de muerte infantil son: a) las malformaciones congénitas, b) el bajo peso al nacer y c) el síndrome de muerte súbita del lactante; estas tres entidades representaron casi la mitad de todas las muertes infantiles. En Estados Unidos alcanza hasta un 8.0% del total de nacimientos. Esto nos habla de la importancia de su conocimiento y consideración al analizar investigaciones que incluyan esta variable.

A modo de resumen, diremos que el antecedente de bajo peso al nacer nos brinda una idea de que la paciente estuvo inmersa en un problema de salud mórbido que comprometió la estabilidad de la gestación y afectó al peso del producto al momento del nacimiento. Pudiendo repetirse en el actual embarazo.

En la tabla 8, sobre antecedente de prematuridad y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023, se observó el antecedente de prematuridad según grupo etáreo (gestante adolescente, de edad adecuada y de edad avanzada). En el grupo etáreo de gestante adolescente el 0.14% si registraron antecedentes de prematuridad y el 99.86% no registraron. En el grupo etáreo de gestante de edad adecuada el 0.15% si registraron antecedentes de prematuridad

y el 99.85% no registraron. En el grupo etáreo de gestante de edad avanzada el 0.15% si registraron antecedentes de prematuridad y el 99.85% no registraron. No se encontraron diferencias porcentuales en los 3 grupos etáreos para la presencia o ausencia de antecedente de prematuridad.

A nivel internacional, Almeida en su artículo “Prematuridad y embarazo adolescente en Brasil, 2011-2012”, realizado en Brasil con una población de estudio de 23.894 mujeres en posparto y sus recién nacidos, encontró que en gestantes de 12 a 16 años el 14.2% presento prematuridad (< 37 semanas) y en gestantes de 17 a 19 el 11.5% presento prematuridad (37).

A nivel nacional, Llanos Céspedes en su tesis titulada “Factores de riesgo asociados con prematuridad extrema en neonatos del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima 2020-2022”, realizada a través de un estudio observacional, explicativo, retrospectivo y transversal, analítico de casos y controles, con una población de 96 casos de neonatos prematuros extremos y 192 controles. Encontró que dentro de los factores obstétricos se evidencio asociación con antecedente de prematuros previos ($P= 0.003$, $OR= 3.47$). el autor concluyo que los factores de riesgo que se asocian a prematuridad extrema son la edad materna menor de 20 años, controles prenatales insuficientes (<6), embarazo múltiple, antecedente de abortos previos y antecedente de prematuros previos, estados hipertensivos como preeclampsia y eclampsia, y con patologías infecciosas RPM prolongado, ITU y corioamnionitis (55).

También a nivel nacional, Del Águila Ocampo en su tesis titulada “Factores asociados a prematuridad en el hospital apoyo Iquitos enero a diciembre del 2001”, encontró que los factores que se asociaron a prematuridad fueron madres adolescentes, solteras, procedencia de la zona rural, con 4 a más partos, con antecedente de abortos, antecedente de parto prematuro, y morbilidad durante el embarazo (anemia crónica, infección del tracto urinario, pre eclampsia, amenaza de parto prematuro y embarazo múltiple (56).

En otra tesis a nivel nacional, Reyes Aguirre en su tesis titulada “Factores maternos atribuibles a prematuridad en un hospital del III nivel de la ciudad de Iquitos 2020 – 2021”, encontró que los factores que contribuyen con la prevalencia de la prematuridad fueron madres adolescentes (27.7% OR 2.83, 0.003), instrucción primaria (31.9% OR 3.22; 0.000); soltera (36.0%,OR 3.34; 0.000); antecedente de prematuridad (23.4%, OR 6.31; 0.011);periodo intergenésico menos de 2 años (16.4%, OR 1.85; 0.042); bajo peso pregestacional (16.4%, OR 1.85; 0.042); la no ganancia de peso madres con bajo peso (60.0%, OR 2.27, 0.037); la no ganancia de peso en madres con peso normal (23.0%, OR 2.07, 0.034); nulíparas (16.6%, OR 1.90, 0.038); primíparas (17.9%, OR 1.73, 0.046); menos de 6 atenciones prenatales (17.9%, OR 1.79, 0.039); anemia (35.0%, OR 2.09, 0.041), ITU (37.2%, OR 2.12, 0.047); y la preeclampsia (43.0%, OR 2.94, 0.022) (57).

A nivel local, Ticona Machaca en su tesis titulada “Resultados neonatales de gestantes que presentaron hiperemésis gravídica. Hospital III Daniel Alcides

Carrión – EsSalud – Tacna, periodo 2014-2015”, encontró que en el grupo de pacientes sin hiperemésis el 8.1% presento antecedente de prematuridad (58). El valor reportado por Ticona Machaca resulta ser mucho más alto que el hallado en esta tesis: 8.1% frente a 0.15% encontrado en la presente tesis. Se explicaría por la población con características totalmente diferentes a las pacientes que se atienden en el Ministerio de Salud.

A manera de resumen, la recomendación sería optimizar el sistema de captación de gestantes, la calidad de atención que se brinda y la vigilancia epidemiológica de la gestante teniendo en cuenta el enfoque de riesgo para cada grupo etáreo en específico.

En la tabla 9, sobre estado nutricional pregestacional y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023, se observó el estado nutricional pregestacional según grupo etáreo (gestante adolescente, de edad adecuada y de edad avanzada). En el grupo etáreo de gestante adolescente el 3.35% tuvo estado nutricional pregestacional desnutrida, el 58.44% normopeso, el 29.99% sobrepeso y el 8.23% obesidad. En el grupo etáreo de gestante de edad adecuada el 1.34% tuvo desnutrición, el 33.44% normopeso, el 38.07% sobrepeso y el 27.16% obesidad. En el grupo etáreo de gestante de edad avanzada el 0.22% tuvo desnutrición, el 20.29% normopeso, el 41.54% sobrepeso y el 37.94% obesidad. La condición de desnutrición disminuyo conforme aumentaba la edad de los grupos etáreos. De igual forma en la condición de normopeso, esta disminuyo conforme aumentaba la edad de los grupos etáreos. Para las condiciones de

sobrepeso y obesidad, estas aumentaron conforme aumentaba la edad de los grupos etáreos.

A nivel internacional, Almeida en su artículo “Prematuridad y embarazo adolescente en Brasil, 2011-2012”, realizado en Brasil con una población de estudio de 23.894 mujeres en posparto y sus recién nacidos, encontró que en gestantes de 12 a 16 años el 19.0% tuvo bajo peso pregestacional ($IMC \leq 18,5$), el 67.5% tuvo peso normal ($IMC 18,5-24,9$), el 11.5% tuvo sobrepeso ($IMC 25-29,9$) y el 2.0% tuvo obesidad ($IMC \geq 30$); asimismo, en las gestantes de 17 a 19 años se encontró que el 13.3% tuvo bajo peso pregestacional ($IMC \leq 18,5$), el 70.4% tuvo peso normal ($IMC 18,5-24,9$), el 13.1% tuvo sobrepeso ($IMC 25-29,9$) y el 3.0% tuvo obesidad ($IMC \geq 30$) (37).

A nivel nacional, Cori Ramos y Rafael Alvarado en su tesis titulada “Índice de masa corporal y complicaciones obstétricas en el embarazo en gestantes del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022”, estudiaron a 168 gestantes y encontraron que un índice de masa corporal de bajo peso en un 2.98%, sobrepeso en un 55.95% y obesidad en un 41.07% (59). Lo reportado por los autores citados y lo hallado en esta tesis no concuerdan respecto al estado nutricional pregestacional bajo peso o desnutrida con un porcentaje de 2.98% frente a 8.05% (relación 1 a 3), sobrepeso 55.95% frente a 72.14% (relación 5 a 7), y obesidad 41.07% frente a 13.75% (relación 3 a 1). Es decir, en Tacna encontramos mas IMC pregestacional bajo peso, mas IMC sobrepeso y menos IMC obesidad.

También a nivel nacional, Guerrero Jaime en su tesis titulada “Índice de masa corporal pregestacional en gestantes asociado al peso del recién nacido en un establecimiento de salud, Piura – 2023”, utilizó un diseño no experimental, analítico y transversal en el que incluyó a 114 historias clínicas de gestantes atendidas en un establecimiento de salud de Piura. Encontró que el 17.1% presentó índice de masa corporal pregestacional bajo peso, el 78.1% tuvo IMC normal, el 4.9% IMC sobrepeso, y el 0.0% IMC obesidad, es decir no se registró obesidad (60). Al comparar lo reportado por Guerrero Jaime con lo hallado en esta tesis, tenemos para IMC bajo peso 17.1% frente a 3.34%, para IMC sobrepeso 4.9% frente a 29.99% y para IMC obesidad 0.0% frente a 8.22%. Esto nos indica que, en la población estudiada de Tacna, se registra mucho menos IMC bajo peso (relación 5 a 1), mucho más IMC sobrepeso (relación 6 a 1), y muchísimo más IMC obesidad (relación 1 a 8). Estas diferencias se explicarían por el elevado índice de masa corporal que mantiene la población en la ciudad de Tacna, principalmente niños y gestantes.

A nivel local, Osco Ramos en su tesis titulada “Índice de masa corporal pregestacional y ganancia de peso al término del embarazo en relación al peso del recién nacido, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2014-2015”, estudió a 2715 gestantes. Encontró que el 0.9% presentó índice de masa corporal pregestacional bajo peso, el 42.3% presentó peso normal, el 38.0% presentó sobrepeso, y el 18.7% presentó obesidad (61). Al comparar lo reportado por Osco Ramos con lo hallado en esta tesis tenemos un IMC pregestacional bajo peso 0.9%

frente a 3.34%, IMC pregestacional peso normal 42.3% frente a 58.44%, IMC pregestacional sobrepeso 38.0% frente a 29.99%, e IMC obesidad 18.7% frente a 8.22%. Encontramos que en esta tesis hay más IMC bajo peso (relación 1 a 4), casi igual IMC peso normal (relación 4 a 5), casi igual IMC sobrepeso (relación 4 a 3), y menos obesidad (relación 2 a 1). Ambos estudios fueron realizados en el mismo ámbito geográfico con diferente temporalidad, y observamos que el sobrepeso y obesidad tiene una ligera tendencia a la disminución.

A manera de resumen, diremos que aun el sobrepeso y la obesidad son estados nutricionales pre gestacionales que predominan en nuestra población gestante, con todos los efectos en la morbilidad materna y perinatal. Esta situación se debería corregir en los siguientes quinquenios con un trabajo articulado con el primer nivel de atención donde el médico debe liderar el trabajo preventivo promocional.

En la tabla 10, sobre control prenatal y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023, se observó el control prenatal según grupo etáreo (gestante adolescente, de edad adecuada y de edad avanzada). En el grupo etáreo de gestante adolescente el 29.15% no tuvo control prenatal, el 17.02% tuvo control prenatal inadecuado y el 53.84% tuvo control prenatal adecuado. En el grupo etáreo de gestante de edad adecuada el 27.55% no tuvo control prenatal, el 14.72% tuvo control prenatal inadecuado y el 57.73% tuvo control prenatal adecuado. En el grupo etáreo de gestante de edad avanzada el 25.81% no tuvo control prenatal, el 16.03% tuvo control prenatal inadecuado y el 58.16% tuvo

control prenatal adecuado. La ausencia de control prenatal disminuyó conforme aumentaba la edad de los grupos etáreos, por el contrario, el control prenatal aumento conforme aumentaba la edad de los grupos etáreos. Para el control prenatal inadecuado no se observó mayor diferencia porcentual.

A nivel internacional, Camargo-Reta et al., en su artículo titulado “Factores de riesgo de complicaciones perinatales en el embarazo de adolescentes”, realizado en México entre 2020 y 2021 con la participación de 287 pacientes. Se observó que el 12.9% no tuvo control prenatal, el 17.1% 1 a 3 controles prenatales, 47.0% 4 a 7 controles prenatales, 21.6% 8 a 10 controles prenatales, y 1.4% 11 o más controles prenatales (62). Al comparar lo reportado por Camargo-Reta et al., frente a lo hallado en esta tesis: sin control prenatal 12.9% frente a 27.37%; control prenatal inadecuado 17.1% frente a 15.22%; y control prenatal adecuado 70.0% frente a 57.41%. Los resultados de ambos estudios muestran una similitud leve solo en el control prenatal inadecuado, y diferencia marcada en ausencia de control prenatal y en control prenatal adecuado. Esto se explicaría por la diferencia en los puntos de corte para determinar el tipo de control prenatal.

A nivel nacional, Echeverría Villavicencio en su tesis titulada “Control prenatal inadecuado asociado a morbilidad obstétrica en gestantes”, realizada en Trujillo en 2023 con un diseño de investigación no experimental, retrospectivo, casos y controles, incluyó a 114 gestantes. Encontró que el 54.4% presento control prenatal inadecuado y el 45.6% presento control prenatal adecuado (63). Respecto a lo reportado por Echevarría Villavicencio en comparación a lo hallado en esta tesis

se tiene un 54.4% de control prenatal inadecuado frente a 42.59% y un 45.6% de control prenatal adecuado frente a 57.41%. Al realizar la comparación, observamos que los resultados para control prenatal adecuado son más altos en la región Tacna, es decir, la población estudiada en esta tesis registra un mejor control prenatal.

También a nivel nacional, Salazar Portocarrero en su tesis titulada “Control prenatal tardío como factor de riesgo para mortalidad materna en El Instituto Nacional Materno Perinatal periodo 2010-2020”, realizado en la ciudad de Lima con la inclusión de 329 gestantes. Se encontró que el 26% presentó control prenatal adecuado y el 74% presentó control prenatal inadecuado (64). Estos resultados son diferentes a los hallados en esta tesis. En el hospital de Lima, donde se realizó el estudio se encontró un 26% de control prenatal adecuado frente al 57.41% hallado en esta tesis; y un 74% de control prenatal inadecuado frente al 42.59% hallado también en esta tesis. Estos resultados se deberían a que la población gestante asignada a la Red de Salud Tacna y al Hospital Hipólito Unanue está bien circunscrita y concentrada, lo que favorece su concurrencia, además de ser el único prestador de salud del Ministerio de Salud.

A nivel local, Lozano Vargas en su tesis titulada “Repercusiones materno perinatales en gestantes sin control prenatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2005 – 2009”, estudio a 18179 pacientes que atendieron su parto en ese hospital y encontró que 1625 no tuvieron control prenatal, es decir el 8.94%. De ese 8.94%, el 18.22% fueron menores de 20 años, el 70.52% tuvieron de 20 a 34 años

y el 11.26% tuvieron de 35 años a mas (49). El porcentaje comparable es el 8.94% que corresponde a gestantes sin control prenatal frente al 27.37% encontrado en esta tesis, representa un valor muy alto para una región en la que el 95% de la población está concentrada y con acceso geográfico.

Tal como señala Cunningham en la literatura “La frontera entre la salud y la enfermedad se marca con menor claridad durante la gestación y, por tanto, se hace necesario mantener a las pacientes embarazadas bajo estricta supervisión, y estar constantemente en alerta por la aparición de síntomas inadecuados” (54), esto quiere decir que la tecnología perinatal como es el control prenatal debe ser utilizada por los médicos permanentemente en la atención a gestantes de manera precoz, oportuna, completa y sistemática para minimizar alteraciones que devengan en morbilidad o mortalidad de la madre o de su producto.

Como resumen podemos afirmar que, el cumplimiento del control prenatal es un indicador que se relaciona con la salud de la madre y su producto, es decir, a mayor número de controles prenatales o por encima de 6 controles prenatales se consigue mejores condiciones para el desarrollo de la gestación.

En la tabla 11, sobre inicio de parto y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023, se observó el inicio de parto según grupo etáreo (gestante adolescente, de edad adecuada y de edad avanzada). En el grupo etáreo de gestante adolescente el 98.19% tuvo inicio de parto espontaneo, el 0.0% tuvo inicio inducido y el 1.81% cesárea electiva. En el grupo etáreo de gestante de

edad adecuada el 97.16% tuvo inicio de parto espontaneo, el 0.44% tuvo inicio inducido y el 2,40% cesárea electiva. En el grupo etáreo de gestante de edad avanzada el 96.84% tuvo inicio de parto espontaneo, el 0.59% tuvo inicio inducido y el 2,57% cesárea electiva. Las diferencias porcentuales en los 3 grupos etáreos para inicio de parto son muy sutiles, para el parto espontaneo disminuyo el porcentaje conforme aumenta la edad de los grupos etáreos, para un inicio de parto inducido o cesárea electiva, el porcentaje aumento conforme aumentaba la edad de los grupos etáreos.

A nivel internacional, Heras Pérez et al., en su artículo “La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada”, realizado en España entre 2007 a 2008 con la participación de 1455 pacientes. Encontraron que el 75.35% de pacientes presentaron un parto espontaneo y un 24.64% presento un parto inducido (65). Estos resultados con concuerdan con ningún grupo etáreo estudiado en Tacna, asimismo, el porcentaje de parto inducido reportado por Heras Pérez et al., es bastante alto en comparación a esta tesis. Estas diferencias se explicarían porque ambos estudios difieren en su ámbito y características propias de sus poblaciones de estudio.

También a nivel internacional, Arango-Montoya en su artículo titulado “Parto vaginal exitoso y resultados maternos y perinatales en pacientes con antecedente de cesárea y prueba de trabajo de parto: estudio de corte transversal”, realizado en Bogotá mediante un estudio de corte transversal y descriptivo, incluyo a 286 embarazadas. Respecto a la variable inicio de trabajo de parto encontró que fue

espontaneo en el 90.7% en el parto vaginal y en el 9.3% en el parto por cesárea; asimismo, fue inducido en el 56.6% en el parto vaginal y en el 43.4% en el parto por cesárea (66).

También a nivel internacional, Briozzo et al., en su artículo titulado “Análisis de la vía del parto en los diferentes escenarios asistenciales en Uruguay”, en el sector público con la participación de 15648 gestantes, encontró que el 67.96% presento inicio de parto vaginal espontaneo, el 15.50% presento inicio de parto inducido, y el 16.52% presento inicio de parto como cesárea electiva (67). Estos resultados reportados por Briozzo et al., comparados con los hallados en esta tesis, para inicio de parto espontaneo con 67.96% frente a 97.20; inicio de parto inducido 15.50% frente a 0.42%; e inicio de parto como cesárea electiva de 16.52% frente a 2.37%, resultan totalmente diferentes. En Uruguay se reporta un porcentaje bajo de inicio de parto espontaneo y porcentajes muy altos para inicio de parto inducido y cesárea electiva. Este hecho se explicaría por las características diferentes de las unidades de estudio. Cabe destacar que un inicio de parto espontaneo puede progresar a cesárea electiva.

A nivel nacional, Olivares Martos y Flores Mercado en su tesis titulada “Estudio comparativo entre el trabajo de parto con acompañante capacitado, acompañante informado y sin acompañante en el Instituto Nacional Materno Perinatal: Lima - Perú, 2011”, realizada en la ciudad de Lima con la inclusión de 185 gestantes divididas en tres grupos (capacitados, informados, y sin acompañante), en el tercer grupo encontró que el 74% presentaron inicio de trabajo

de parto espontaneo y el 25% presento inicio de parto inducido (68). El inicio de parto espontaneo reportado por los autores citados es mucho menor, 74% frente a 97.20%; y el inicio de parto inducido es mucho mayor, 26% frente a 0.42%. Estas diferencias se explicarían debido a que ambos estudios fueron realizados en diferente ámbito geográfico y temporal, así como diferente nivel de atención.

A nivel local, Choquecota Choquegonza en su tesis titulada “Factores de riesgo asociados a la hemorragia post parto en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2010 – 2021”, realizo un diseño de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo, con la inclusión de 124 gestantes atendidas por parto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Respecto a la variable tipo de inicio de parto, encontró que el 96.8% presento inicio espontaneo, el 1.6% presento inducción para el parto, y el 1.6% presento inicio a través de una cesárea electiva (69). Los resultados reportados por Choquecota Choquegonza comparados con los hallazgos de esta tesis guardan relación: para inicio de parto espontaneo un 96.8% frente a 97.20%, inicio inducido 1.6% frente a 0.42%, e inicio como cesárea electiva 1.6% frente a 2.37%. ambos estudios se realizaron en el mismo ámbito geográfico o establecimiento de salud, pero con diferente temporalidad. Se diferencia debido a que en esta tesis se dio menor inicio de parto inducido (relación 4 a 1), y mayor inicio de parto por cesárea electiva (relación 1 a 2).

A manera de resumen se puede mencionar que el inicio de trabajo de parto predominante en le región Tacna es espontaneo, lo cual corresponde a las condiciones fisiológicas de cualquier trabajo de parto normal. Cabe señalar que un

inicio de trabajo de parto espontaneo puede convertirse a una cesárea electiva de emergencia.

En la tabla 12, sobre vía de parto y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023, se observó la vía del parto según grupo etáreo (gestante adolescente, de edad adecuada y de edad avanzada). En el grupo etáreo de gestante adolescente el 48.12% tuvo como vía de parto la cesárea y el 51.88% la vía vaginal. En el grupo etáreo de gestante de edad adecuada el 58.15% tuvo como vía de parto la cesárea y el 41.85% la vía vaginal. En el grupo etáreo de gestante de edad avanzada el 63.82% tuvo como vía de parto la cesárea y el 36.18% la vía vaginal. En términos generales, la cesárea aumento conforme aumentaba la edad de las gestantes, pasando de 48.12% en adolescentes a 58.15% en gestantes de edad adecuada y llegando a 63.82% en gestantes de edad avanzada; por el contrario, en parto vaginal disminuyo porcentualmente conforme aumentaba la edad.

A nivel internacional, Kim et al., en su artículo titulado “Edad materna avanzada y morbilidad materna grave en Corea del Sur: un estudio de cohorte poblacional”, realizado en Corea con la participación de 2,113,615 gestantes, encontró que para gestantes menores de 20 años, el 36.60% presento parto vaginal, el 38.70% parto instrumental y el 24.70% parto por cesárea; para gestantes de 20 a 34 años, el 30.32% presento parto vaginal, el 35.70% parto instrumental y el 33.98% parto por cesárea; para gestantes de 35 a más años, el 27.36% presento parto vaginal, el 27.02% parto instrumental y el 45.62% parto por cesárea (38).

También a nivel internacional, Antoine y Young, en su artículo titulado “Cesárea cien años 1920-2020: el bueno, el feo y el malo”, señala que, en la obstetricia actual, el parto por cesárea ocurre en una de cada tres mujeres en los Estados Unidos y en hasta cuatro de cada cinco mujeres en algunas regiones del mundo. La historia de la cesárea se extiende a lo largo de cuatro siglos. Hasta finales del siglo XIX, la operación se evitó debido a su alta tasa de mortalidad (70).

También a nivel internacional, Briozzo et al., en su artículo titulado “Análisis de la vía del parto en los diferentes escenarios asistenciales en Uruguay”, en el sector público con la participación de 40664 pacientes (15648 gestantes del sector público y 25016 gestantes del sector privado), encontró que el 44.4% presentó como vía de parto la cesárea y el 55.59% presentó vía de parto vaginal (67). Al comparar lo reportado por Briozzo et al., con los hallazgos de esta tesis, tenemos para parto por vía cesárea un 44.4% frente a 58.23% y para vía de parto vaginal un 55.59% frente a 41.77%. Es decir, en esta tesis se encontró mayor porcentaje de cesáreas y menor porcentaje de partos por vía vaginal. Resulta alarmante la alta tasa de cesáreas realizadas en la región Tacna por el Ministerio de Salud.

A nivel nacional, Velásquez Silva en su tesis titulada “Influencia del apoyo del acompañante en el proceso de trabajo de parto en las usuarias del hospital III EsSalud – Iquitos 2020”, realizada mediante un estudio de tipo descriptivo, diseño no experimental, de corte transversal y retrospectivo en la ciudad de Iquitos con la inclusión de 45 pacientes. Respecto a la variable vía de parto o finalización de parto, encontró que un 71% tuvo un parto vaginal y un 29% tuvo un parto abdominal o por

cesárea (71). Al comparar lo reportado en Iquitos frente a lo hallado en Tacna, tenemos para vía de parto vaginal un 71.0% frente a un 41.77% y para vía de parto por cesárea un 29.0% frente a un 58.23%. Podemos observar que, en Tacna, el porcentaje de cesáreas es mucho más alto que en Iquitos, prácticamente en una relación de 2 a 1 (el doble).

A nivel local, Choquecota Choquegonza en su tesis titulada “Factores de riesgo asociados a la hemorragia post parto en puérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2010 – 2021”, realizó un diseño de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo, con la inclusión de 124 gestantes atendidas por parto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Respecto a la variable vía de parto o terminación del parto, encontró que el 59.7% terminó como parto espontáneo o vaginal, el 2.4% terminó como cesárea electiva, y el 37.9% terminó como cesárea de emergencia (69). Al comparar lo reportado por la autora citada con los hallazgos de esta tesis, para vía de parto vaginal, tenemos un 59.7% frente a un 58.23% y para vía de parto por cesárea tenemos un 40.3% frente a 41.77%. Ambos estudios tienen resultados casi similares, este hecho se explicaría debido a que corresponden al mismo ámbito geográfico o establecimiento de salud, pero con diferente temporalidad.

A nivel local, Vargas Zeballos en su informe titulado “Evaluación Anual 2021: Indicadores Materno Perinatales”, nos da a conocer que a partir del año 2015 se da el cruce de 2 curvas de tendencia, la curva tendencia de cesáreas que se viene incrementando y la curva tendencia de partos espontáneos que viene

disminuyendo. Para el año 2021, el porcentaje de partos espontáneos descendió a 40.3% y el porcentaje de partos por cesárea ascendió a 59.7% (36). Resulta alarmante el alto porcentaje de partos por cesárea, considerando que la Organización Mundial de la Salud solo considera un 15% como normal para la prevalencia del parto por cesárea.

Podemos concluir mencionando que el parto por cesárea registra un porcentaje sumamente alto en la Región Tacna, hecho que debe ser analizado y tomado en cuenta en las políticas de salud regionales.

En la tabla 13, sobre presentación y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue De Tacna, 2019 a 2023, se observó la presentación en el parto según grupo etáreo (gestante adolescente, de edad adecuada y de edad avanzada). En el grupo etáreo de gestante adolescente el 98.05% tuvo presentación cefálica, el 1.95% podálica y el 0.0% transversa. En el grupo etáreo de gestante en edad adecuada el 96.49% tuvo presentación cefálica, el 2.07% podálica y el 1.44% transversa. En el grupo etáreo de gestante de edad avanzada el 95.37% tuvo presentación cefálica, el 2.94% podálica y el 1.69% transversa. No se encontraron mayores diferencias porcentuales entre las presentaciones del feto al momento del parto.

A nivel internacional, Panduro-Barón et al., en su artículo titulado “Cambios en la estática fetal y factores predisponentes durante el embarazo”, realizado en México en 2017, con la inclusión de 7500 ultrasonidos. Se encontró que la

presentación fetal fue cefálica en 6,046 casos (80.6%), pélvica en 1,176 casos (15.7%) y transversa (hombros) en 278 casos (3.7%) pacientes. En cuanto a posturas anormales, se encontró dorso fetal izquierda en 3,981 casos (53.1%), derecha 3,026 casos (40.4%) y otras posiciones en 493 casos (6.5%) (72). Lo reportado por Panduro-Barón et al., frente a los hallazgos de esta tesis: en presentación cefálica 80.6% frente a 98.05% en gestante adolescente, 96.49% en gestante de edad adecuada y 95.37% en gestante de edad avanzada; en presentación podálica 15.7% frente a 1.95% en gestante adolescente, 2.07% en gestante de edad adecuada y 2.94% en gestante de edad avanzada; en presentación transversa 3.7% frente a 0.0% en gestante adolescente, 1.44% en gestante de edad adecuada y 1.69% en gestante de edad avanzada; se observa diferencias porcentuales importantes. Tacna supera a México en el porcentaje de presentación cefálica, y México supera ampliamente a Tacna en porcentaje de presentación podálica y transversa.

También a nivel internacional, Briozzo et al., en su artículo titulado “Análisis de la vía del parto en los diferentes escenarios asistenciales en Uruguay”, en el sector público con la participación de 40664 pacientes (15648 gestantes del sector público y 25016 gestantes del sector privado), encontró que la presentación cefálica (39019) fue del 95.95%, la presentación podálica (1498) fue del 3.68%, y la presentación oblicua o transversa (147) fue del 0.36% (67). Los resultados reportados por el autor se asemejan a los hallados en esta tesis: para presentación

cefálica 95.95% frente a 96.43%, para presentación podálica 3.68% frente a 2.23%, y para presentación transversa 0.36% frente a 1.34%.

A nivel nacional, Urrunaga Moreno en su tesis titulada “Epidemiología del parto por cesárea en gestantes atendidas en el hospital Santa Rosa, Lima en el periodo enero-junio 2021”, realizada mediante un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, e incluyeron a 174 gestantes atendidas de parto por cesárea. Encontraron que el 78.2% presento parto con presentación cefálica y el 21.8% tuvo presentación anómala (podálica o transversa) (73). Al comparar lo reportado por Urrunaga Moreno en comparación a los hallazgos de esta tesis, tenemos para presentación cefálica un 78.2% frente a 96.43% y para presentación anómala (podálica y transversa) un 21.8% frente a un 3.57%. se observa que en la región Tacna se registra mayor porcentaje de presentación normal y menos presentación anómala.

A nivel local, Suxo Chipana en su tesis titulada “Incidencia y principales indicaciones de cesárea en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud – Tacna, 2015”, realizada en 1354 unidades de estudio. Encontró que el 58.4% presento parto vaginal y el 41.6% presento parto por cesárea; respecto a la variable presentación al momento del parto, encontró que la presentación cefálica (1264) fue el 93.35%, la presentación podálica (58) fue el 4.28%, la situación oblicua (20) fue el 1.47%, y la situación transversa (12) fue el 0.88% (74). Al comparar lo reportado por Suxo Chipana con los hallazgos de esta tesis, tenemos para presentación cefálica un 93.35% frente a 96.43%, para presentación podálica

tenemos un 4.28% frente a un 2.23%, y para presentación transversa / oblicua tenemos un 2.35% frente a un 1.34%. Los resultados provenientes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, son ligeramente mejores que los registrado en el Hospital Daniel Alcides Carrión de EsSalud.

En conclusión, observamos que la presentación cefálica en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna representa para la temporalidad de estudio un 96.43%, en teoría un porcentaje aproximado debería terminar en parto vaginal, sin embargo, no resulta así, debido a múltiples factores que determinan un parto por cesárea.

En la tabla 14, se observa patologías del embarazo y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023, según grupo etáreo (gestante adolescente, gestante de edad adecuada y gestante de edad avanzada).

En el grupo etáreo de gestante adolescente el 52.72% presento anemia, el 50.49% algún tipo de infección, el 9.90% alteraciones del líquido amniótico, el 7.39% ruptura prematura de membranas, el 6.69% enfermedad hipertensiva del embarazo, el 7.25% amenaza de parto prematuro, el 1.67% algún tipo de hemorragias de la segunda mitad del embarazo, el 0.56% embarazo múltiple, el 1.39% retardo de crecimiento uterino, el 1.12% de amenaza de aborto, el 0.70% de hiperemesis gravídica, el 0.56% de embarazo prolongado, y el 0.42% de hipertensión preexistente.

En el grupo etáreo de gestante de edad adecuada el 48.78% presento anemia, el 39.85% algún tipo de infección, el 9.50% alteraciones del líquido

amniótico, el 8.54% ruptura prematura de membranas, el 7.16% enfermedad hipertensiva del embarazo, el 5.95% amenaza de parto prematuro, el 2.15% algún tipo de hemorragias de la segunda mitad del embarazo, el 1.40% embarazo múltiple, el 1.15% retardo de crecimiento uterino, el 1.19% de amenaza de aborto, el 0.56% de hiperemésis gravídica, el 0.46% de embarazo prolongado, el 0.27% diabetes mellitus, el 0.19% cardiopatía y el 0.13% de hipertensión preexistente.

En el grupo etáreo de gestante de edad avanzada el 44.49% presento anemia, el 33.38% algún tipo de infección, el 10.51% alteraciones del líquido amniótico, el 6.76% ruptura prematura de membranas, el 10.37% enfermedad hipertensiva del embarazo, el 7.06% amenaza de parto prematuro, el 3.53% algún tipo de hemorragias de la segunda mitad del embarazo, el 1.84% embarazo múltiple, el 1.76% retardo de crecimiento uterino, el 1.03% de amenaza de aborto, el 0.15% de hiperemésis gravídica, el 0.44% de embarazo prolongado, el 1.10% diabetes mellitus, el 0.51% cardiopatía y el 0.37% de hipertensión preexistente.

A nivel internacional, Kim et al., en su artículo titulado “Edad materna avanzada y morbilidad materna grave en Corea del Sur: un estudio de cohorte poblacional”, realizado entre 2003 y 2019 en Corea, con una población de 2,113,615 gestantes, encontró que el 42.8% de pacientes no presento alguna comorbilidad durante la gestación y el 57.2% presento 1 o más comorbilidades durante la gestación (38).

También a nivel internacional, Camargo-Reta et al., en su artículo titulado “Factores de riesgo de complicaciones perinatales en el embarazo de adolescentes”, realizado en México entre 2020 a 2021 con la inclusión de 287 pacientes. Se encontró que durante el embarazo, el 32.0% presento abortos, el 15.0% enfermedad hipertensiva, el 14.0% infección de las vías urinarias, el 12.0% ruptura prematura de membranas, el 8.0% oligohidramnios, el 5.0% cérvico vaginitis, y el 14.0% otras patologías (62).

A nivel nacional, Gamarra López y Aparicio Oré en su tesis titulada “Resultados maternos y perinatales del embarazo en adolescentes del Centro Salud San Juan Bautista, Ayacucho, Perú, 2018-2020”, realizada mediante un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y retrospectivo; incluyeron a 134 pacientes. Encontraron que el 9.0% presento patologías maternas durante el embarazo: el 3.73% presento diabetes mellitus, el 2.98% presento anemia, el 2.98% presento infección del tracto urinario, y el 0.74% presento enfermedades cardiovasculares (75).

A nivel nacional, Pantigoso Gutiérrez en su tesis titulada “Edad materna avanzada en primigestas como factor de riesgo para complicaciones materno – perinatales”, realizada mediante un estudio de tipo cuantitativo, analítico, observacional, longitudinal y de cohorte retrospectivo. Incluyo a 86 primigestas de 35 años a mas (grupo expuesto) y 86 primigestas de 20 a 34 años (grupo no expuesto), con registro en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Vitarte. Encontró que la principal complicación durante el embarazo fue la anemia con un

37.2%, seguido de rotura prematura de membranas con 23.3%, infección urinaria 22.1%; otras causas fueron la hemorragia de la primera mitad del embarazo: aborto 6.98%; dentro de las hemorragias de la segunda mitad del embarazo: el desprendimiento prematuro de placenta 2.33% y la placenta previa 1.16%; dentro del trastorno hipertensivo del embarazo: la HTA crónica más preeclampsia 1.16%, la HTA gestacional 10.5%, la preeclampsia 6.98%; en otras causas figuran el Polihidramnios 1.16%, oligohidramnios 9.3%, diabetes 1.16%, embarazo prolongado 4.65%, embarazo múltiple 3.49% (76).

A nivel local, Rondón Pérez en su tesis titulada “Control prenatal tardío y patologías del embarazo en gestantes del puesto de salud cono norte del distrito de Ciudad Nueva –Tacna, 2015”, realizada mediante un diseño no experimental, relacional, retrospectivo, incluyó a 100 gestantes. Encontró que el 34.56% presento anemia, el 30.88% presento infecciones del tracto urinario, el 31.34% presento infecciones de transmisión sexual, el 1.38% presento retardo de crecimiento intrauterino, el 0.92% presento Polihidramnios y el 0.92% presento oligohidramnios (77).

Según el Instituto de Estadística e Informática, el embarazo en adolescentes asciende a 9.2%. En el Perú del total de adolescentes de 15 a 19 años de edad, el 9,2% ya estuvo alguna vez embarazada; es decir que ya son madres o que están embarazadas por primera vez; según área de residencia, el porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas del área rural (18,4%) fue considerablemente mayor respecto del área urbana (6,8%) (3). Al comparar estos

resultados con los partos en el Hospital Hipólito Unanue se encuentra valores cercanos. Para los años 2019 a 2022, INEI registra 12.6%, 8.3%, 8.9% y 9.2% con un promedio de 9.75%, valor que se aproxima al 10.44% encontrado en la Región Tacna para el periodo de 2019 a 2023.

Realizando la revisión de la literatura y la morbilidad local, la anemia en el embarazo y la infección de las vías urinarias, son las dos patologías más frecuentes en la región Tacna, y se mantienen a pesar del pasar de los años y de las intervenciones realizadas para su disminución.

En la tabla 15, sobre patologías del parto y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue De Tacna, 2019 a 2023, se observó según grupo etáreo (gestante adolescente, gestante de edad adecuada y gestante de edad avanzada). En el grupo etáreo de gestante adolescente el 3.91% presento desgarro perineal, el 6.56% complicaciones del cordón umbilical, el 2.51% mala posición fetal, el 1.39% sufrimiento fetal agudo, el 0.14% trabajo de parto prolongado y el 0.14% desgarro de cérvix. En el grupo etáreo de gestante de edad adecuada el 7.97% presento desgarro perineal, el 7.49% complicaciones del cordón umbilical, el 2.88% mala posición fetal, el 1.34% sufrimiento fetal agudo, el 0.46% trabajo de parto prolongado y el 0.13% desgarro de cérvix. En el grupo etáreo de gestante de edad avanzada el 11.18% presento desgarro perineal, el 6.18% complicaciones del cordón umbilical, el 3.97% mala posición fetal, el 0.81% sufrimiento fetal agudo, el 0.29% trabajo de parto prolongado y el 0.29% desgarro de cérvix.

A nivel internacional, Camargo-Reta et al., en su artículo titulado “Factores de riesgo de complicaciones perinatales en el embarazo de adolescentes”, realizado en México entre 2020 a 2021 con la inclusión de 287 pacientes. Se encontró que durante el parto, el 34% presento desproporción céfalo pélvica, el 26.0% falta de evolución en la inducción del trabajo de parto, el 25.0% sufrimiento fetal, el 10.0% desgarro vaginal grado II, y el 5.0% otras patologías (62).

A nivel nacional, Napa Lévano en su tesis titulada “Complicaciones obstétricas presentadas en partos domiciliarios atendidos por parteras en la comunidad indígena de Megantoni, provincia de La Convención - Cusco 2017-2019”, encontró que el 56.3% presento desgarro del canal del parto, el 18.8% presento retención de restos placentarios, el 14.6% presento infección puerperal, el 8.3% presento retención de la placenta, y el 2.0% presento hemorragia obstétrica (78).

También a nivel nacional, Villanueva Ramos en su tesis titulada “Complicaciones del parto y del recién nacido de gestantes con anemia atendidas en el Hospital Rioja. 2018”, realizada con un estudio cuantitativo, de diseño descriptivo, corte transversal y retrospectivo; incluyo a 269 gestantes con diagnóstico de anemia. Encontró que el 44.83% no presento complicaciones, el 29.31% presento desgarros vulvo perineales, el 12.07% presento rotura de membranas previo al inicio de trabajo de parto, el 5.17% presento hemorragia durante el parto, el 3.35% presento parto prematuro, y el 1.72% presento expulsivo prolongado (79).

En otro antecedente nacional, Hernández Vega en su tesis titulada “Complicaciones durante el parto vaginal de adolescentes atendidas en el hospital La Caleta, Chimbote 2017”, realizada mediante un estudio de tipo cuantitativo, retrospectivo y de nivel descriptivo, incluyó a 90 pacientes adolescentes con registro completo en la historia clínica. Respecto a complicaciones durante el parto de origen materno encontró que el 24.4% presentó desgarro perineal, el 2.2% presentó atonía uterina, y el 1.1% presentó desgarro cervical. Respecto a las complicaciones de origen fetal, el 17.0% presentó circular de cordón, el 3.0% presentó sufrimiento fetal, y el 1.0% presentó muerte fetal intraparto (80).

En otro estudio nacional, Fernández Sandoval en su tesis titulada “Parto extra institucional asociado a complicaciones del parto y posparto en Perú según la ENDES del 2019 y el 2020”, realizada mediante un estudio analítico transversal, incluyó a 35 643 mujeres que han tenido al menos una gestación en los últimos 5 años y quienes respondieron a la ENDES de Perú del 2019 y el 2020. Encontró que el 13.2% presentó parto prolongado, el 9.5% presentó sangrado excesivo o hemorragia, el 2.4% presentó fiebre con sangrado vaginal, el 0.8% presentó convulsiones y el 4.0% presentó alguna otra complicación (81).

A nivel nacional, Pantigoso Gutiérrez en su tesis titulada “Edad materna avanzada en primigestas como factor de riesgo para complicaciones materno – perinatales”, realizada mediante un estudio de tipo cuantitativo, analítico, observacional, longitudinal y de cohorte retrospectivo. Incluyó a 86 primigestas de 35 años a más (grupo expuesto) y 86 primigestas de 20 a 34 años (grupo no

expuesto), con registro en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Vitarte. Encontró complicaciones durante el parto, tales como la desproporción céfalo pélvica 12.8%; dentro de las distocias óseas resalto la pelvis estrecha con 9.3%; en las complicaciones del trabajo de parto resalto la detención del descenso 10.5%, la detención de la dilatación 5.81%, el expulsivo prolongado 5.81%, el trabajo de parto prolongado 4.65%; dentro de las distocias fetales de presentación se tuvo feto oblicuo con un 1.16%, feto podálico 4.65%; y parto pretérmino 6.98% (76).

A nivel local, Yucra Palomino en su tesis titulada “Complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en gestantes con anemia atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2019”, realizada mediante un estudio con diseño descriptivo no experimental, retrospectivo y de corte transversal, incluyo a 310 gestantes con anemia durante el trabajo de parto. Encontró durante el trabajo de parto un 53.5% de infección del tracto urinario, un 11.3% de parto prematuro, 8.7% de trastornos hipertensivos del embarazo, 8.7% de rotura prematura de membranas, 2.6% de oligohidramnios, 1.9% de Polihidramnios, 1.3% de síndrome de Hellp, y 1.0% de placenta previa (82).

Como resumen, me permito señalar que la morbilidad o complicaciones durante el parto son de naturaleza diversa y depende del tipo de registro que realicen los profesionales, sobre todo del médico que atiende a las pacientes. Sin embargo, están presentes siempre la hemorragia, la hipertensión arterial y las infecciones como principales entidades patológicas durante el trabajo de parto.

En la tabla 16, sobre patologías del puerperio y morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 a 2023, se observó las patologías del puerperio según grupo etáreo (gestante adolescente, gestante de edad adecuada y gestante de edad avanzada). En el grupo etáreo de gestante adolescente el 1.26% presentó atonía uterina, el 0.70% retención de membranas, el 0.28% retención de placenta y el 0.28% endometritis. En el grupo etáreo de gestante de edad adecuada el 0.73% presentó atonía uterina, el 0.77% retención de membranas, el 0.08% retención de placenta y el 0.04% endometritis. En el grupo etáreo de gestante de edad avanzada el 0.96% presentó atonía uterina, el 0.81% retención de membranas, el 0.15% retención de placenta y el 0.15% endometritis.

A nivel internacional, Camargo-Reta et al., en su artículo titulado “Factores de riesgo de complicaciones perinatales en el embarazo de adolescentes”, realizado en México entre 2020 a 2021 con la inclusión de 287 pacientes. Se encontró que durante el puerperio, el 0.3% presentó hematoma vulvar (62).

También a nivel internacional, Schrey-Petersen et al., en su artículo “Enfermedades y complicaciones del puerperio”, realizó una revisión de artículos entre 2000 y 2020, señala que el puerperio es el período posterior al parto de la placenta y las 6 semanas posteriores se denominan período posparto o puerperio. Se subdivide en período posnatal inmediato, período posnatal temprano y período posnatal tardío (83). Asimismo, identifica las principales enfermedades y su incidencia regular: para atonía uterina tardía (>24 h posparto): 0,2–2,5%; para endometriitis (corioamnionitis y sepsis): corionamnionitis 3,9 %, endometriitis

1,6–1,9 %, y sepsis 0,05 %; para sepsis estreptocócica del grupo A: 6/100,000 nacimientos; para preeclampsia: trastornos hipertensivos en general 5–10%, preeclampsia 4.6%, eclampsia 1.4%; para trombosis/embolia: trombosis 0.05–0.3%, embolia 0.08/1000 nacimientos (posparto) y 0.14/1000 a 0.45/1000 (pre y posparto), embolia pulmonar 60.5 a 61.3% posparto (83).

A nivel nacional, Fernández Sandoval en su tesis titulada “Parto extra institucional asociado a complicaciones del parto y posparto en Perú según la ENDES del 2019 y el 2020”, realizada mediante un estudio analítico transversal, incluyó a 35 643 mujeres que han tenido al menos una gestación en los últimos 5 años y quienes respondieron a la ENDES de Perú del 2019 y el 2020. Encontró que el 13.2% presentó parto prolongado, el 9.5% presentó sangrado excesivo o hemorragia, el 2.4% presentó fiebre con sangrado vaginal, el 0.8% presentó convulsiones y el 4.0% presentó alguna otra complicación (79).

También a nivel nacional, Villanueva Ramos en su tesis titulada “Complicaciones del parto y del recién nacido de gestantes con anemia atendidas en el Hospital Rioja. 2018”, realizada con un estudio cuantitativo, de diseño descriptivo, corte transversal y retrospectivo; incluyó a 269 gestantes con diagnóstico de anemia. Respecto a las complicaciones del recién nacido, encontró que el 91.39% no presentó complicaciones, el 3.45% presentó prematuridad, el 1.72% presentó bajo peso al nacer, el 1.72% presentó retardo de crecimiento intrauterino, y el 1.72% presentó muerte neonatal o prematuridad o sepsis (79).

En otro estudio nacional, Gonzales Vásquez en su tesis titulada “Embarazo en adolescentes y sus complicaciones maternas y perinatales en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo”, realizado mediante un estudio observacional, analítico, retrospectivo de tipo caso-control, incluyó a 240 gestantes entre 10 a 34 años. Encontró que el 92.50% de puérperas adolescentes presento anemia post parto y el 60.0% de puérperas adultas presento anemia post parto (84).

También, Pantigoso Gutiérrez en su tesis titulada “Edad materna avanzada en primigestas como factor de riesgo para complicaciones materno – perinatales”, realizada mediante un estudio de tipo cuantitativo, analítico, observacional, longitudinal y de cohorte retrospectivo. Incluyó a 86 primigestas de 35 años a mas (grupo expuesto) y 86 primigestas de 20 a 34 años (grupo no expuesto), con registro en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Vitarte. Encontró que la principal complicación durante el puerperio en gestantes / parturientas de 35 años a mas fue la hemorragia con un 11.6%. En el grupo de menores de 35 años el 70.9% no presento complicaciones en el puerperio, el 10.5% presento retención placentaria, el 8.14% presento atonía uterina, el 5.81% presento desgarro perineal, el 3.49% presento hemorragia post parto, el 3.49% presento mastitis, y el 1.16% presento infección puerperal (76).

A nivel local, Yucra Palomino en su tesis titulada “Complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en gestantes con anemia atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2019”, realizada mediante un estudio con diseño

descriptivo no experimental, retrospectivo y de corte transversal, incluyó a 310 gestantes con anemia durante el trabajo de parto. En el puerperio encontró un 25.5% de desgarro perineal, un 15.8% de desgarro de cuello uterino, un 4.2% de hemorragia uterina, y un 2.9% de dehiscencia de episiorrafia (82).

En otro estudio local, Cáceres Mamani en su tesis titulada “Complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017”, realizada mediante un tipo de investigación fue cuantitativo, prospectivo, de corte transversal y de diseño descriptivo y no experimental. Incluyó a 124 gestantes adolescentes que presentaron complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio. En el puerperio encontró que el 39.52% presentó infección de las vías urinarias, el 26.61% presentó anemia, y 9.68% otras complicaciones (85).

A modo colofón, mencionare que las complicaciones obstétricas causan morbilidad y mortalidad materna y pueden ocurrir en la gestación, el parto o el puerperio. En nuestro país, para 2019 y 2020 la mayor cantidad de muerte materna se produjo en el puerperio y fue ocasionado por la hemorragia y la sepsis. Los departamentos más afectados fueron Lima Metropolitana, Loreto, Ucayali, Lambayeque, La Libertad, Junín y Cusco. Tacna no estuvo considerada, sin embargo frente a la morbilidad y mortalidad materna no se puede bajar la guardia, corresponde al médico liderar esta alerta permanente para evitar un hecho catastrófico como lo es la muerte materna (86).

CONCLUSIONES

- 1) Las características sociales que se han encontrado más frecuentes son: grupo etáreo de 20 a 34 años, grado de instrucción secundaria, condición “conviviente”, y dependencia económica.
- 2) Las características obstétricas que se han encontrado más frecuentes son: la multiparidad, el antecedente de un aborto, el estado de sobrepeso pre gestacional, tener 6 o más controles prenatales, iniciar parto espontáneamente, y terminar la gestación por cesárea.
- 3) Las principales causas de morbilidad materna que se han encontrado más frecuentes son anemia e infecciones durante el embarazo.

RECOMENDACIONES

- 1) Continuar brindando la atención de salud con acceso adecuado y calidad en la atención prenatal con enfoque de riesgo para cada grupo etáreo, como estrategia de logro de salud materna y perinatal.
- 2) Promover la atención materna diferenciada a gestante adolescente.
- 3) En la ciudad de Tacna, la población gestante se caracteriza por el sobrepeso, obesidad, anemia e infección de las vías urinarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Li J, Yan J, Jiang W. The role of maternal age on adverse pregnancy outcomes among primiparous women with singleton birth: a retrospective cohort study in urban areas of China. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 15 de diciembre de 2023;36(2):2250894.
2. Statista. Statista Daily Data. 2023 [citado 5 de abril de 2024]. Infografía: ¿Con cuántos años son madres por primera vez las europeas? Disponible en: <https://es.statista.com/grafico/24320/edad-media-de-las-mujeres-al-dar-a-luz-a-su-primer-hijo-en-paises-europeos-seleccionados>
3. INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2024 [citado 5 de abril de 2024]. En el Perú más de ocho millones 777 mil mujeres son madres. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-mas-de-ocho-millones-777-mil-mujeres-son-madres-13575/#:~:text=Actualmente%20en%20el%20Per%C3%BA%2C%20la,era%20de%2021%2C9%20a%C3%B1os.>
4. Ávila C, Carvajal L, Arencibia R, Pérez J, Pérez M, Pérez A. Caracterización de gestantes en edades extremas de la vida. 16 Abril. 2021;60(280):1-7.
5. 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.
6. 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.
7. Chaura T, Mategula D, Gadama L. Adolescent pregnancy outcomes at Queen Elizabeth Central Hospital, Malawi: a cross-sectional study. *Malawi Med J*. diciembre de 2021;33(4):261-8.
8. Diabelková J, Rimárová K, Dorko E, Urdzík P, Houžvičková A, Argalášová L. Adolescent Pregnancy Outcomes and Risk Factors. *Int J Environ Res Public Health*. 25 de febrero de 2023;20(5):4113.
9. Sugai S, Nishijima K, Haino K, Yoshihara K. Pregnancy outcomes at maternal age over 45 years: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM* [Internet]. 1 de abril de 2023 [citado 27 de marzo de 2024];5(4).

Disponible en: [https://www.ajogmfm.org/article/S2589-9333\(23\)00027-7/fulltext](https://www.ajogmfm.org/article/S2589-9333(23)00027-7/fulltext)

10. Vasconcelos A, Bandeira N, Sousa S, Machado MC, Pereira F. Adolescent pregnancy in Sao Tome and Principe: ¿are there different obstetric and perinatal outcomes? BMC Pregnancy Childbirth. 31 de mayo de 2022; 22:453.
11. Zhang T, Wang H, Wang X, Yang Y, Zhang Y, Tang Z, et al. The adverse maternal and perinatal outcomes of adolescent pregnancy: a cross sectional study in Hebei, China. BMC Pregnancy Childbirth. 1 de junio de 2020; 20:339.
12. Gonzales-Carrillo O, Llanos-Torres C, Espinola-Sánchez M, Vallenas-Campos R, Guevara-Rios E, Gonzales-Carrillo O, et al. Morbilidad materna extrema en mujeres peruanas atendidas en una institución especializada. 2012- 2016. Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo. enero de 2020;13(1):8-13.
13. Bendezú G, Bendezú-Quispe G. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital del seguro social del Perú. Rev Peru Ginecol Obstet. octubre de 2014;60(4):291-8.
14. Chirinos J. La morbilidad y mortalidad materna en la altura en el Perú [Internet]. 1990 [citado 5 de abril de 2024]. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta_andina/v04_n1/morbilidad.htm
15. Gamboa M. Morbilidad materna extrema y muertes maternas evitadas en el Hospital San Juan de Kimbiri VRAEM, 2017-2018" [Internet]. [Huancavelica - Perú]: Universidad Nacional de Huancavelica; 2019 [citado 5 de abril de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/bitstreams/8032e8bd-147d-409d-a937-f9ac5d9d28f4/download>
16. Dávila-Aliaga C, Hinojosa-Pérez R, Espinola-Sánchez M, Torres-Marcos E, Guevara-Ríos E, Espinoza-Vivas Y, et al. Resultados materno-perinatales en gestantes con COVID-19 en un hospital nivel III del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 25 de junio de 2021;38:58-63.
17. Rioja J. Factores determinantes de la morbilidad materna extrema en las gestantes atendidas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Año 2016-2017. 2020 [citado 5 de abril de 2024]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3429307>
18. Chico E. Factores asociados a la morbilidad materna en gestantes hospitalizadas en gineco obstetricia - Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2017. Univ San Pedro [Internet]. 5 de marzo de 2019 [citado 5 de abril de 2024]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2683397>

19. Pastor S, Almora MJ. Mortalidad materna en pacientes con morbilidad materna extrema: estudio caso control en un establecimiento de tercer nivel del Peru 2010-2020. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2023 [citado 5 de abril de 2024]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3397779>
20. Urcia M. Calidad de la atención prenatal y su relación con la morbilidad materna en el Hospital Virú. Abril- junio, 2018. Univ César Vallejo [Internet]. 2018 [citado 5 de abril de 2024]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2953958>
21. Guerra M. Correlación de la morbilidad materna con la morbimortalidad perinatal en pretérminos nacidos por vía vaginal y cesárea en el Hospital Rezola Cañete durante el periodo 2014. Repos ACADÉMICO USMP [Internet]. 2015 [citado 5 de abril de 2024]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2853620>
22. Sevillano D. Demora obstétrica tipo I como un factor de la morbilidad materna extrema en segundigesta nulípara, Hospital III-1, Lima 2017. Univ José Carlos Mariátegui [Internet]. 2021 [citado 5 de abril de 2024]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3101798>
23. Guerrero D. Obesidad preconcepcional asociada a la morbilidad materna en gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero – diciembre 2015. Univ Priv S Juan Baut [Internet]. 2019 [citado 5 de abril de 2024]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3594037>
24. Chavez Z. Morbilidad materna y retraso de crecimiento intrauterino en un hospital de nivel II de la ciudad de Iquitos 2019. 10 de julio de 2021 [citado 5 de abril de 2024]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3433324>
25. Julca K. Factores de Riesgo Asociados a Morbilidad Materna Extrema en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna Año 2017-2018. Univ Priv Tacna [Internet]. 2019 [citado 5 de abril de 2024]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3144347>
26. Sánchez L. Características maternas y perinatales asociadas a morbilidad materna extrema en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 – 2021. Univ Nac Jorge Basadre Grohmann [Internet]. 2022 [citado 5 de abril de 2024]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3335383>
27. Chambilla M. Consecuencias negativas maternas y perinatales de la obesidad pregestacional en gestantes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2017. Univ Nac Jorge Basadre Grohmann [Internet]. 2019 [citado

5 de abril de 2024]; Disponible en:
<https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2805628>

28. OPS. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2013 [citado 5 de abril de 2024]. OPS/OMS | Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE). Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9161:2013-mopece-training-modules-epidemiology&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
29. Cáceres Z, Cornejo I, Chirinos M, Hernani M, Gutiérrez S, Gutiérrez A, et al. Salud Pública, Demografía, Realidad Sanitaria, Sociedad y Salud. 9na. edición. Arequipa - Perú: Facultad de Medicina, Universidad Nacional de San Agustín; 2013.
30. PAHO. Organización Panamericana de la Salud. 2018 [citado 5 de abril de 2024]. Compendio de estadísticas ambientales. Disponible en: https://apps1.semarnat.gob.mx:8443/dgeia/informe_2008/compendio_2008/compendio2008/10.100.8.236_8080/ibi_apps/WFServletcead.html
31. NICHD. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. 2020 [citado 5 de abril de 2024]. Sobre la morbilidad y la mortalidad maternas. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/maternal-morbidity-mortality/informacion>
32. Hospital Nacional Dos de Mayo. Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de infección del tracto urinario en gestantes [Internet]. 2022. Disponible en: https://portal.hdosdemayo.gob.pe/resoluciones/r_dir/2022/enero/RD_004_2022_D_HNDM.pdf
33. Ministerio de Salud. Norma Técnica: Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puerperas [Internet]. 2017. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
34. Gonzáles A. Amenaza de aborto. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2011;559:495-8.
35. Flores G, Fernández M. Incremento de mortalidad materna durante la pandemia SARS-CoV-2 en Perú. Una revisión sistemática. Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo [Internet]. 24 de junio de 2024 [citado 20 de agosto de 2024];17(2). Disponible en: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/2404>

36. Vargas J. Informe del Servicio de Gineco Obstetricia HHU Tacna. Tacna - Perú: Hospital Hipolito Unanue de Tacna; 2022 p. 50.
37. Almeida A, Gama S, Costa M, Carmo C, Pacheco V, Martinelli K, et al. Prematuridade e gravidez na adolescência no Brasil, 2011-2012. Cad Saúde Pública. 18 de diciembre de 2020;36:e00145919.
38. Kim J, Nam J, Park E. Advanced maternal age and severe maternal morbidity in South Korea: a population-based cohort study. Sci Rep. 9 de diciembre de 2022;12:21358.
39. Nyongesa P, Ekhuagere O, Marete I, Tenge C, Kemoi M, Bann C, et al. Maternal age extremes and adverse pregnancy outcomes in low-resourced settings. Front Glob Womens Health. 28 de noviembre de 2023;4:1201037.
40. Palomino S. Embarazo de edad avanzada relacionado a complicaciones materno perinatales en gestantes que se atendieron en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano enero abril 2015 [Internet]. [Huanuco Perú]: Universidad de Huanuco; 2016. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/80293137.pdf>
41. Jacinto S. Características morfológicas de la placenta en gestantes con morbilidad asociada al embarazo. Centro de Salud “Las Moras”- Huánuco, 2022. 2023 [citado 30 de junio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/9387>
42. Linares R. Relación entre gestantes de edad avanzada con anemia y bajo peso al nacer en el Hospital Hipolito Unanue de Tacna, 2019 a 2023. [Tacna - Perú]: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann - Tacna; 2024.
43. Kim Y, Choi D, Kim D, Park E, Kwon J. Maternal age and risk of early neonatal mortality: a national cohort study. Sci Rep. 12 de enero de 2021;11:814.
44. Mendoza W. Morbilidad materna y peso del recién nacido de un Hospital de Huancayo-2018. Univ Peru Los Andes [Internet]. 2019 [citado 30 de junio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1065>
45. Andhavarapu M, Orwa J, Temmerman M, Musana J. Maternal Sociodemographic Factors and Antenatal Stress. Int J Environ Res Public Health. 25 de junio de 2021;18(13):6812.
46. Morakinyo O, Adebawale A, Obembe T, Oloruntoba E. Association between household environmental conditions and nutritional status of women of childbearing age in Nigeria. PLoS ONE. 11 de diciembre de 2020;15(12):e0243356.

47. Arizo-Luque V, García A, Estarlich M, Ballester F, Fernández-Tardón G, Tardón A, et al. Efecto del empleo y de la carga doméstica en el desarrollo fetal y en la duración de la gestación en una cohorte de mujeres embarazadas. *Rev Esp Salud Pública*. 26 de octubre de 2018;92:e201808050.
48. De La Cruz Ramos. Violencia intrafamiliar en gestantes atendidas en el centro de salud Chupaca, 2022. 2022 [citado 30 de junio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.upecen.edu.pe/handle/20.500.14127/347>
49. Lozano A. Repercusiones materno perinatales en gestantes sin control prenatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2005 - 2009. Univ Nac Jorge Basadre Grohmann [Internet]. 2011 [citado 30 de junio de 2024]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3670326>
50. Rodríguez C, De los Ríos M, González A, Quintana D, Sánchez I, Rodríguez C, et al. Estudio sobre aspectos epidemiológicos que influyen en el aborto espontáneo. *Multimed*. diciembre de 2020;24(6):1349-65.
51. Akseer N, Keats E, Thuraiajah P, Cousens S, Bétran A, Oaks B, et al. Characteristics and birth outcomes of pregnant adolescents compared to older women: An analysis of individual level data from 140,000 mothers from 20 RCTs. *EClinicalMedicine*. 26 de febrero de 2022;45:101309.
52. Tocno G. Anemia gestacional como factor de riesgo para bajo peso al nacer en neonatos a término en el Hospital San Juan Bautista de Huaral, 2020 - 2022. 12 de febrero de 2024 [citado 9 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/20.500.14067/8932>
53. Cabanillas J. Índice de masa corporal pregestacional y bajo peso al nacer, Centro de Salud Progreso, 2019. 28 de marzo de 2020 [citado 9 de julio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/14051>
54. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B, Casey B, et al. *Williams Obstetrica* [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>
55. Llanos J. Factores de riesgo asociados con prematuridad extrema en neonatos del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima 2020-2022. 18 de marzo de 2024 [citado 9 de julio de 2024]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3609322>

56. Del Aguila O. Factores asociados a prematuridad en el hospital apoyo Iquitos enero a diciembre del 2001 tesis. 27 de febrero de 2002 [citado 10 de julio de 2024]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3434292>
57. Reyes F. Factores maternos atribuibles a prematuridad en un hospital del III nivel de la ciudad de Iquitos 2020 - 2021. 22 de diciembre de 2022 [citado 10 de julio de 2024]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3434180>
58. Ticona E. Resultados neonatales de gestantes que presentaron hiperemesis gravídica. Hospital III Daniel Alcides Carrión – EsSalud – Tacna, periodo 2014-2015. 2016 [citado 10 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/355>
59. Cori Y, Rafael A. Índice de masa corporal y complicaciones obstétricas en el embarazo en gestantes del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022. 2024 [citado 10 de julio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/10106>
60. Guerrero I. Índice de masa corporal pregestacional en gestantes asociado al peso del recién nacido en un establecimiento de salud, Piura - 2023. Repos Inst - UCV [Internet]. 2023 [citado 10 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/131255>
61. Osco B. Índice de masa corporal pregestacional y ganancia de peso al término del embarazo en relación al peso del recién nacido, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo 2014-2015. 2017 [citado 10 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/373>
62. Camargo-Reta A, Estrada-Esparza S, Reveles-Manríquez I, Manzo-Castillo J, Luna-López M, Flores-Padilla L, et al. Factores de riesgo de complicaciones perinatales en el embarazo de adolescentes. Ginecol Obstet México. 2022;90(6):495-503.
63. Echeverría E. Control prenatal inadecuado asociado a morbilidad obstétrica en gestantes. Repos Inst - UCV [Internet]. 2023 [citado 10 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/131801>
64. Salazar L. Control prenatal tardío como factor de riesgo para mortalidad materna en el Instituto Nacional Materno Perinatal periodo 2010-2020. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2023 [citado 10 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/6637>
65. Heras B, Gobernado J, Mora P, Almaraz 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.

66. Arango-Montoya C, López-Arroyave M, Marín-Ríos M, Colonia-Toro A, Bareño-Silva M. Arango-Montoya C, et al. Parto vaginal exitoso y resultados maternos y perinatales en pacientes con antecedente de cesárea y prueba de trabajo de parto: estudio de corte transversal. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* diciembre de 2022;73(4):369-77.
67. Briozzo L, Tomasso G, Colistro V, Briozzo L, Tomasso G, Colistro V. Análisis de la vía del parto en los diferentes escenarios asistenciales en Uruguay. *Rev Médica Urug.* junio de 2019;35(2):4-31.
68. Olivares D, Flores M. Estudio comparativo entre el trabajo de parto con acompañante capacitado, acompañante informado y sin acompañante en el Instituto Nacional Materno Perinatal: Lima - Perú, 2011. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2012 [citado 10 de julio de 2024]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2869840>
69. Choquecota E. Factores de riesgo asociados a la hemorragia post parto en púérperas atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2010 – 2021. 2024 [citado 10 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/4007>
70. Antoine C, Young B. Cesarean section one hundred years 1920–2020: the Good, the Bad and the Ugly. *J Perinat Med.* 1 de enero de 2021;49(1):5-16.
71. Velásquez J. Influencia del apoyo del acompañante en el proceso de trabajo de parto en las usuarias del hospital III EsSalud – Iquitos 2020. 11 de junio de 2021 [citado 10 de julio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/1356>
72. Panduro-Barón J, Panduro-Moore E, Pérez-Molina J, Rosas-Gómez E, Peraza-Martínez D, Quezada-Figueroa N, et al. Cambios en la estática fetal y factores predisponentes durante el embarazo. *Ginecol Obstet México.* 2017;85(8):519-24.
73. Urrunaga G. Epidemiología del parto por cesárea en gestantes atendidas en el hospital Santa Rosa, Lima en el periodo enero-junio 2021. Univ Nac Federico Villarreal [Internet]. 2022 [citado 10 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6157>
74. Suño M. Incidencia y principales indicaciones de cesárea en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud – Tacna, 2015. 2016 [citado 10 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/858>
75. Gamarra Y, Aparicio M. Resultados maternos y perinatales del embarazo en adolescentes del Centro Salud San Juan Bautista, Ayacucho, Perú, 2018-

2020. Repos Académico USMP [Internet]. 2024 [citado 11 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/13672>

76. Pantigoso D. Edad materna avanzada en primigestas como factor de riesgo para complicaciones materno – perinatales. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2023 [citado 11 de julio de 2024]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3599235>
77. Rondón A. Control prenatal tardío y patologías del embarazo en gestantes del puesto de salud cono norte del distrito de Ciudad Nueva –Tacna, 2015. Univ José Carlos Mariátegui [Internet]. 2017 [citado 10 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/235>
78. Napa L. Complicaciones obstétricas presentadas en partos domiciliarios atendidos por parteras en la comunidad indígena de Megantoni, provincia de La Convención - Cusco 2017- 2019. Repos Académico USMP [Internet]. 2022 [citado 11 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/10782>
79. Villanueva L. Complicaciones del parto y del recién nacido de gestantes con anemia atendidas en el Hospital Rioja. 2018. Repos Académico USMP [Internet]. 2021 [citado 11 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/8771>
80. Hernández S. Complicaciones durante el parto vaginal de adolescentes atendidas en el hospital La Caleta, Chimbote 2017. 12 de julio de 2022 [citado 11 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/27982>
81. Fernández M. Parto extrainstitucional asociado a complicaciones del parto y posparto en Perú según la ENDES del 2019 y el 2020. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2022 [citado 11 de julio de 2024]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3213621>
82. Yucra K. Complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en gestantes con anemia atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2019. 2020 [citado 11 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/779>
83. Schrey-Petersen S, Tauscher A, Dathan-Stumpf A, Stepan H. Diseases and Complications of the Puerperium. Dtsch Ärztebl Int. mayo de 2021;118(25):436-46.
84. Gonzales A. Embarazo en adolescentes y sus complicaciones maternas y perinatales en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

Univ Priv Antenor Orrego [Internet]. 2023 [citado 11 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/15671>

85. Cáceres N. Complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017. 2019 [citado 11 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/20.500.12510/769>
86. Mauricio K, Huamán R, Espinoza R, Mauricio K, Huamán R, Espinoza R. Factores asociados a complicaciones post parto según la encuesta demográfica y de salud familiar en Perú 2019-2020. Rev Fac Med Humana. enero de 2023;23(1):61-72.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: MORBILIDAD MATERNA POR GRUPO ETÁREO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2019 A 2023 AUTOR: Bach. Jose Luis Beltran Chambilla					
PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	POBLACIÓN	METODOLOGÍA
Problema principal: ¿Cuál es la morbilidad materna por grupo etáreo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2019 a 2023? Problemas secundarios: 1. ¿Cuáles son las principales características maternas sociales de las gestantes por grupo etáreo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2019 a 2023? 2. ¿Cuáles son las principales características maternas obstétricas por grupo etáreo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2019 a 2023? 3. ¿Cuáles son las principales causas de morbilidad materna por grupo etáreo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2019 a 2023?	Objetivo General: Determinar la morbilidad materna por grupo etáreo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2019 a 2023 Objetivos específicos 1. Identificar las principales características maternas sociales de las gestantes por grupo etáreo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2019 a 2023. 2. Identificar las principales características maternas obstétricas por grupo etáreo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2019 a 2023. 3. Identificar las principales causas de morbilidad materna por grupo etáreo en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2019 a 2023.	La morbilidad materna en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de 2019 a 2023, presenta un comportamiento diferente por grupo etáreo	Variable 1: Características maternas sociales Variable 2 Características maternas obstétricas Variable 3 Morbilidad materna	Población Todas las gestantes que atendieron su parto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre 2019 a 2023. La presente investigación no presentará muestra, puesto que trabajara con toda la población. La población ascendió a 6868 gestantes que atendieron su parto en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, dividido en 3 grupos etáreos: - Gestante adolescente (10 a 19 años): 717 pacientes. - Gestante de edad adecuada (20 a 34 años): 4791 pacientes. - Gestante de edad avanzada (mayor igual a 35 años): 1360 pacientes. Criterios de selección Criterios de inclusión: - Gestantes cuyo parto fue atendido en el HHUT. - Gestantes de 22 semanas a más. - Peso al nacer de 500g a más. Criterios de exclusión: - Falta de información de la edad materna y morbilidad. - Puerperas hospitalizadas de parto extrahospitalario	Diseño: Observacional, descriptivo, comparativo. Técnica Análisis documental del Sistema Informático Perinatal. Instrumento Historia clínica materna perinatal del Sistema Informático Perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Estadística: Frecuencias y porcentajes Se usó tablas y gráficos de barras