

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“Embarazos \geq de 35 años asociados con riesgo de parto pre-
término. Hospital Regional de Ayacucho, 2004- 2008”**

TESIS PARA OPTAR:

TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Presentado por:

MEJÍA PALOMINO, William

GUERRA RODRÍGUEZ, Dustin Yerson

AYACUCHO, PERÚ

2009

DEDICATORIA

A mis queridos padres Máximo y Roberta, la eterna gratitud, por su denodado esfuerzo y abnegación por verme en la senda del éxito profesional.

*A mi hermana Doris,
por su apoyo incondicional.*

WILLIAM

DEDICATORIA

*A mi madre Martha Ireni, que es
símbolo de trabajo honradez y
honestidad.*

*A mi pareja Nilly Marisol,
a mis hijos Cristian Maicol
Zahorí Yuri .por su ternura y
fuente de mi inspiración.*

DUSTIN YERSON.

AGRADECIMIENTO

A la Tricentenaria Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, mi alma mater que me acogió y brindó, en sus aulas los conocimientos más profundos para apostar por el desarrollo social del Perú.

A la Facultad de Enfermería y su plana de docente por compartir sus sabias enseñanzas científicas a largo de mi formación profesional.

A mi asesora Enf. María Consuelo Quispe Loayza por sus orientaciones, aportes y sugerencias, en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Al Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” por facilitarme la información necesaria para la ejecución del presente trabajo de investigación.

A todas aquellas personas que de alguna u otra forma contribuyeron en el desarrollo de la presente investigación.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	06
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	12
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS	47

INTRODUCCIÓN

El embarazo en los extremos de la vida reproductiva es considerado como factor de riesgo, por el aumento de la morbi-mortalidad materno perinatal que se presenta^{1,2,3}.

La incidencia de gestaciones en estas edades está aumentando en las dos últimas décadas. El aumento de la incidencia de embarazos de las mujeres de 35 ó más años de edad en los países desarrollados y no desarrollados es debido a que ellas prefieren posponer su embarazo hasta lograr una mejor posición económica y/o educacional^{4,5}.

La patología materna más prevalente descrita en mujeres de 35 o más años son: la enfermedad hipertensiva del embarazo, las enfermedades crónicas y, dentro de ellas, la hipertensión arterial crónica y la diabetes, con un aumento de la cesárea durante la atención del parto⁶. Dentro de la patología neonatal más frecuente se encuentra el aumento de la incidencia de anomalías congénitas. Además todas las literaturas revisadas describen aumento del aborto espontáneo y una mayor proporción de infertilidad^{4,6}.

Igualmente, el embarazo en las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer ha sido objeto de curiosidad y preocupación científica^{5,1}, no sólo por su alta frecuencia en los últimos años⁶, sino por las afecciones que son propias para cada edad^{7, 8} y la innegable repercusión que la gestación tiene para la familia y la

sociedad. En los últimos años, cada vez, es más frecuente por razones sociales u otro, la mujer postergue su embarazo, en función de adquirir una mejor preparación y una mejor condición económica, además de procurar una pareja estable. La edad materna es una variable preponderante en el análisis de la epidemiología del parto prematuro⁹⁻¹⁰.

Algunos estudios sugieren que la mujer con edad igual o mayor de 35 años (embarazada añosa) posee mayor riesgo de complicaciones obstétricas^{11,12} con una mayor morbi-mortalidad materna y fetal, como consecuencia probablemente de enfermedades crónicas¹³ y hábitos psico-biológicos inadecuados.

Múltiples publicaciones^{9,10,12, 13,14} señalan que en las edades extremas de la vida materna existe riesgo de parto prematuro (PP) o pretérmino, definido como el que ocurre antes de las 37 semanas de gestación, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), conllevando a elevación en las tasas de morbilidad y mortalidad , neonatal y post-neonatal. En Latinoamérica, el parto pretérmino ha sido ampliamente estudiado, con una incidencia global de 9 % en 11 países¹⁴. En términos porcentuales en Venezuela, la primigestación en la mujer madura ha pasado de 1,4 %, en el sexenio 1975-1980, al 2,1% en el lapso 1986-1990, que representa un incremento significativo, similar al de los países desarrollados¹³.

Por tanto, la edad extrema de las embarazadas es un indicador de mortalidad materna altamente sensible para evaluar el desempeño de los sistemas de salud ya que cuestiona el desarrollo de sus funciones y la posibilidad de alcanzar los objetivos de capacidad de respuesta, equidad y buena salud que plantean. Mientras los niveles de

mortalidad infantil son en promedio 10 veces mayores en países en vías de desarrollo que en países desarrollados y, la mortalidad materna es 100 veces más alta. Asimismo, es sensible para medir la inequidad existente por razones de ruralidad del país, la posibilidad de morir en zonas rurales es mucho mayor que en las zonas urbanas.

Es necesario también considerar que, para los recién nacidos, el parto representa un riesgo. Según la OMS, la mortalidad ligada con embarazos añosos, el parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil¹⁰. Se estima que cada año en el mundo nacen muertos alrededor de 4,3 millones de niños y 3,3 millones mueren en la primera semana de vida; de estos 7,6 millones de muertes perinatales, el 98% ocurren en países en vías de desarrollo.

En el Perú¹⁵, desde la década de los 90 hasta 2000, la razón de mortalidad materna es de 185 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad perinatal es de 23,1 muertes perinatales por 1,000 nacidos vivos: la razón de mortalidad materna coloca al país dentro de aquellos con mayor mortalidad materna en Latinoamérica. A pesar de que a inicios de este siglo se han realizado adecuaciones normativas, se han operado cambios en el modelo de atención de la salud y se han implementado programas para reducir las barreras de acceso de las gestantes a los servicios de salud, principalmente referida a la barrera económica, embarazos añosos, ambas mortalidades casi no se han modificado, lo cual resulta preocupante y nos plantea el reto de reevaluar y redefinir nuestros enfoques, estrategias e intervenciones.

Sin embargo, existe controversia en cuanto a que la edad avanzada sea un factor de riesgo de prematuridad.^{14,16,17}

Por los datos que se dispone y de continuar esta situación, y al no plantear cambios en las estrategias de prevención en embarazadas añosas, puede afectar la salud del binomio madre y niño, entonces aumentará la prevalencia de morbi-mortalidad materna y perinatal en este grupo etario.

Asimismo, existen pocos trabajos de investigación en nuestro país, región y local que expliquen el aumento de gestaciones en este grupo poblacional y la presencia de partos pre-términos.

La situación problemática descrita permitió plantear algunas exigencias inmediatas: determinar el número de embarazos en mujeres ≥ 35 años con partos pre-términos, detectar otros factores asociados que mantienen y/o aumentan la prematuridad en embarazadas añosas. Según los resultados de ésta investigación nos permite sugerir la implementación de nuevas estrategias preventivo-promocional para las embarazadas en edad extrema. En consecuencia, se planteó la realización de la presente investigación, cuyo objetivo principal fue determinar la asociación entre prematuridad y embarazadas en edad avanzada, titulado **“Embarazadas ≥ 35 años asociados con riesgo de parto pre-término. Hospital Regional de Ayacucho, 2004-2008”**

Para cuyo efecto se planteó los objetivos siguientes:

General: Determinar la magnitud de embarazadas \geq de 35 años asociados con riesgo de parto pre-término, entre los años 2004-2008.

Específicos:

- Determinar el número de embarazadas \geq de 35 años atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, durante los años 2004 al 2008.
- Precisar el número de partos pre-término de las embarazadas \geq 35 años atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, durante los años 2004 al 2008.
- Determinar que el embarazo en mujeres \geq 35 años y otros son factores de riesgo asociado con el parto pre-término, entre los años 2004-2008.

El diseño metodológico empleado fue:

El estudio fue de tipo aplicativo, con nivel descriptivo y analítico, con enfoque cuantitativo retrospectivo. El área de estudio fue los archivos de la Oficina de Estadística e Informática del Hospital Regional de Ayacucho “**Mariscal Miguel Ángel Llerena**”, del distrito de Ayacucho, provincia de Huamanga del departamento de Ayacucho, entre el 1ro de enero de 2004 al 31 de diciembre de 2008, ingresadas a la base de datos del Sistema Informático Perinatal, del Centro de Cómputo del Departamento de Ginecología y Obstetricia. La población de estudio estuvo conformada por el análisis documental de la totalidad de Historias Clínicas Perinatales (151) de embarazadas \geq 35 años atendidas por partos en el periodo de 2004 al 2008.

La muestra fue no probabilística intencional constituida por el análisis documental de 121 Historias Clínicas de las embarazadas \geq de 35 años atendidos de parto en el Hospital Regional de Ayacucho, en el periodo de 2004 al 2008.

Los criterios de inclusión fueron todas las Historias Clínicas Perinatales de las mujeres embarazadas \geq de 35 años atendidas por partos durante los años 2004 al 2008; y se han excluido las Historias Clínicas Perinatales de todas las mujeres embarazadas $<$ de 35 años atendidos por parto en el Hospital Regional de Ayacucho.

La técnica e instrumentos de recolección de datos fueron:

- Análisis documental de las Historias Clínicas Perinatales.
- El instrumento fue la lista de cotejo de las Historias Clínicas Gineco-Obstétricas registradas durante los años 2004 al 2008.

El procesamiento de los datos se hizo con ayuda del paquete estadístico SPSS versión 15 y el análisis e interpretación de los mismos se utilizó técnicas de distribución de frecuencias, promedios y medidas de tendencia central. Se aplicó la prueba de significancia estadística (Ji cuadrado) para probar la hipótesis con una confiabilidad de 95% y un error estándar al 05%.

Las limitaciones que se tuvo durante el desarrollo de investigación fueron: las imprecisiones en las anotaciones encontradas en las Historias Clínicas Perinatales.

La presente investigación tiene la siguiente estructura: Introducción, Presentación – análisis e interpretación de resultados, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

como un riesgo obstétrico alto para complicaciones materno-perinatales y, en varias instituciones, estas pacientes son manejadas en cuidados de nivel especializado^{20,21}.

En otro estudio, el embarazo en mujeres ariasas estuvo asociado con una mayor frecuencia de muertes causadas por anticonceptivos orales, abortos espontáneos especialmente del segundo trimestre, anormalidades cromosómicas, defectos al nacimiento, especialmente asociados con trastornos cromosómicos. Sánchez y Col⁴⁻⁷ encontraron alto riesgo de anormalidades del parto en nulíparas ariasas. Seoud y Col^{7,4} demostraron un incremento estadísticamente significativo en la frecuencia de preeclampsia, hemorragias, abortos y partos prematuros en mujeres de más de 35 años cuando se comparó con un grupo control de 19 a 30 años. Studzinski⁹ encontró que la mortalidad materna fue más frecuente en mujeres ariasas, no blancas y solteras en el estudio realizado con los intervalos de 1970 -1974, 1974 -1979 y 1980-1984 en Carolina del Norte, Estados Unidos de Norte América.

Los resultados encontrado tienen similitud con los aportes bibliográficos, porque el porcentaje de partos en mujeres de edad avanzada atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, va en aumento progresivo año tras año, es decir, de 12,5% durante el 2004 al 27,2% en el año 2007, descendiendo ligeramente durante el año 2008 (19%), es decir, han aumentado anualmente un promedio de 4% en el grupo de gestantes \geq de 35 años atendidas en el HRA, esto probablemente por los cambios sociales, culturales y económicos que está dándose en nuestra región, especialmente en la ciudad de Ayacucho, por lo tanto, las mujeres que acuden al HRA para su atención está influenciados por los cambios que se dan a nivel nacional, latinoamericano y mundial.

Si bien, las mujeres están retrasando su embarazo para edades mayores en la ciudad de Ayacucho, es una oportunidad para los profesionales de salud, especialmente para los enfermeros, planear estrategias que permitan captar tempranamente y capacitar a las gestantes sobre los beneficios de los cuidados prenatales, caso contrario, aumentará partos pre-términos y representará un alto riesgo para la vida de la madre y el niño. Empero, el suministro de control prenatal con nuevo enfoque, cuyas actividades y procedimientos dirigidos para lograr como resultado madres y RN en buenas y óptimas condiciones.

CUADRO 02: FRECUENCIA DE PARTO PRE-TÉRMINO EN EMBARAZADAS CON EDADES \geq DE 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, EN EL PERIODO 2004-2008.

PERIODOS	PARTOS ATENDIDOS				Total	
	Pre-Térm.	%	Normal	%	N	%
2004	13	10,7	2	1,7	15	12,4
2005	19	15,7	3	2,5	22	18,2
2006	15	12,4	8	6,6	23	19,0
2007	26	21,5	7	5,8	33	27,3
2008	18	14,9	10	8,2	28	23,1
Total	91	75,2	30	24,8	121	100,0

Fuente: Elaboración propia, en base a la guía de análisis de Historia Clínica Gineco-Obstétrica del Hospital Regional de Ayacucho, 2004 al 2008.

Del total de partos atendidos, el 75,2% fueron partos pre-término; de los cuales el 21,5% correspondió al año 2007, el 15,7% al año 2005, el 14,9% al año 2008, respectivamente; y se atendieron sólo 24,8% de partos a término en los 5 años.

El embarazo en las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer ha sido objeto de curiosidad y preocupación científica¹⁻⁵, no sólo por su alta frecuencia en los últimos años⁶, sino por las afecciones que son propias para cada edad^{7,8} y la innegable repercusión que la gestación tiene para la familia y la sociedad. Cada vez es más frecuente que por razones sociales, la mujer postergue su embarazo, en función de adquirir una mejor preparación y una mejor condición económica, además de procurar una pareja estable. La edad materna es una variable preponderante en el análisis de la epidemiología del parto pre-término⁹⁻¹¹.

Las dos variables más importantes y determinantes de la mortalidad y morbilidad de los recién nacidos son el **parto pre-término** y el **bajo peso de nacimiento**²². Esto es fácilmente visible al cotejar edad gestacional o bajo peso con mortalidad. Aunque hay variaciones según los países y el desarrollo de la Neonatología, alrededor de un 30 a 60% de las muertes neonatales es causado por los niños nacidos con menos de 1.500 gr. y entre el 60 a 80% de todas las admisiones a las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatales (UCIN) están condicionadas por problemas derivados del parto pre-término.

Se calcula que en el mundo nacen al año alrededor de 20 millones de niños con peso menor de 2.500 g. (10 a 20% de los recién nacidos vivos), de los cuales el 40 a 70% son de partos pre-términos.

Múltiples publicaciones^{9-10,13,14,22} señalan que en las edades extremas de la vida materna existe riesgo de parto pre-término (PT), definido como el que ocurre antes de las 37 semanas de gestación (OMS), conllevando a elevación en las tasas de morbilidad y mortalidad neonatal y post-neonatal. En Latinoamérica, el parto pre-término ha sido ampliamente estudiado, con una incidencia global de 9 % en 11 países¹⁴. En términos porcentuales en Venezuela, la primigestación en la mujer madura ha pasado de 1,4 %, en el sexenio 1975-1980, aumentó al 2,1 % en el lapso 1986-1990, que representa un incremento significativo, similar al de los países desarrollados²³.

Otros estudios sugieren que la mujer con edad igual o mayor de 35 años (embarazadas añosas) poseen mayor riesgo de complicaciones obstétricas⁹⁻²⁴ con

una mayor morbi-mortalidad materna y fetal, como consecuencia probablemente de enfermedades crónicas ²⁵ y hábitos psicobiológicos inadecuados.

Por tanto, los resultados obtenidos coinciden con los autores señalados en párrafos anteriores, es decir han aumentado progresivamente los embarazos y partos en mujeres igual o mayores de 35 años, como se puede observar en el cuadro que antecede. Para ello, existen dos explicaciones: Las mujeres que acudieron para atención por el embarazo y parto al HRA, por razones sociales, profesionales y económicas han postergado su embarazo para edades mayores; las consecuencias observadas fueron el aumento en el riesgo de presentar parto pre-término y un aumento del riesgo de morbi-mortalidad perinatal. La segunda explicación tiene que ver con el control prenatal deficiente, alejados de requisitos básicos de oportuno, periódico e integral, es decir, con nuevo enfoque que permita identificar en forma oportuna las patologías propias de esta edad.

Es importante que la mujer embarazada reciba el monitoreo y vigilancia clínica, periódica y sistemática del estado grávido, con la finalidad de obtener el mejor estado de salud de la madre y su hijo, el contenido mínimo del control prenatal deberá garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la madre e su incorporación a la sociedad con un niño sano, permitiéndole un mejor ambiente que lo rodea e interactuar con otros niños y adultos, incluyendo su propia familia. Tan sólo esta ventaja permite entender que su desarrollo social será mejor.

CUADRO 03: RELACIÓN DE LA EDAD MATERNA SEGÚN CULMINACIÓN DEL PARTO EN EMBARAZADAS \geq DE 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL PERIODO 2004-2008. SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO EN EL PERIODO 2004-2008.

EDAD	PARTO ATENDIDOS				Total	
	Pre-Térm	%	Normal	%	N	%
35-40	48	39,7	12	9,9	60	49,6
>40	43	35,5	18	14,9	61	50,4
Total	91	75,2	30	24,8	121	100,0

Fuente: Elaboración propia, en base a la guía de análisis de Historia Clínica Gineco-Obstétrica del Hospital Regional de Ayacucho, 2004 al 2008.

$$X^2 = 1,4707 \quad gl = 1 \quad X^2 = 3,811$$

$$P_1 = 0,8 \quad P_2 = 0,705 \quad RR = 1,135 \quad RAP\% = 6,3\%$$

En el cuadro se observa, que del total de la población estudiada, el 50,4% fueron mujeres mayores de 40 años, de los cuales 35,5% fueron atendidos por parto pre-término. El 49,6% fueron mujeres entre 35 a 40 años, de los cuales el 39,7% fueron atendidos por parto pre-término.

Al someter al estadístico CH^2 no existe asociación longitudinal ($p = >0,05$), P_1 significa que las embarazadas \geq 35 años atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, tienen una probabilidad de tener 800 partos pre-términos de cada 1000 partos. En cambio P_2 , por el contrario las embarazadas menores de 35 años tienen una probabilidad de 705 partos de término de cada 1000 partos.

Por lo general los pre-términos al nacer pesan menor de 2.500 gramos; si está por debajo de los 1.500 gramos son de muy bajo peso lo que aumenta más los riesgos de morir, actualmente en el HRA, estos niños reciben una atención especializada que les permite en un tiempo prudencial recuperarse y vivir.

Por lo tanto, el riesgo de muerte perinatal aumenta cuando la madre se encuentra en edades extremas, menor de 18 y mayor de 35 años; dado por mayor incidencia y mayor frecuencia de aberraciones cromosómicas, sobre todo, en las mayores de 35 años, se ha visto que la incidencia de recién nacidos con pesos menores de 1500 gramos es el doble que en mujeres menores de 20 años, estas pacientes son de alto riesgo por la asociación de múltiples factores³¹.

Creemos en el derecho a procrear libremente, pero también creemos en el derecho de la paciente a conocer con claridad que se expone a mayores riesgos tanto maternos como fetales a edades avanzadas. También sostenemos que es una situación diferente el enfrentar los riesgos de un embarazo en esta edad, producto de la espontaneidad de la vida en pareja.

En conclusión, los resultados hallados concuerdan con los autores señalados en párrafos anteriores. Por tanto, las edades \geq de 35 años es un factor de riesgo de parto pre-término y existe la necesidad de priorizar mensajes educativos que deben dirigirse especialmente a las mujeres con edades mayores de 35 años para informar de su futuro desarrollo reproductivo y psicológico, como parte de la estrategia para reducir la prevalencia de partos pre-términos.

CUADRO 04: RELACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO SEGÚN CULMINACIÓN DEL PARTO EN EMBARAZADAS \geq DE 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO EN EL PERIODO 2004-2008.

Recién Nacidos (RN)	Culminación del Parto				Total	
	Pre-Term.	%	Normal	%	N	%
Pequeño para la Edad Gestacional (PEG)	77	63,6	7	5,8	84	69,4
Adecuado para la Edad Gestacional (AEG)	14	11,6	23	19,0	37	30,6
Total	91	75,2	30	24,8	121	100,0

Fuente: Elaboración propia, en base a la guía de análisis de Historia Clínica Gineco-Obstétrica del Hospital Regional de Ayacucho, 2004-2008.

En el cuadro se observa que del 100% de la población de mujeres \geq de 35 años, atendidas por parto en el HRA; el 69,4% de RN fueron pequeño para la edad gestacional, de los cuales 63,6% fueron de parto pre-término; de la misma forma el 30,6% fue adecuado para la edad gestacional de los cuales el 11,6% nacieron de parto pre-término.

Muchas son las investigaciones realizadas con relación a los recién nacidos con bajo peso y también otras que se relacionan la edad materna con el producto de la concepción. La mayoría de los autores^{31,32,33,34} señalan que tanto las edades precoces (menores de 18 años) como las tardías (mayores de 34 años) representan un factor de riesgo ya que producen afectaciones en el peso del neonato³⁴. Por lo que puede verse lo polémico de este aspecto. Si bien es cierto que en el grupo de este estudio,

predominó el bajo peso en aquellas mujeres mayores 34 años, tampoco se puede plantearse que están en edades muy lejanas del tiempo óptimo para la reproducción.

Al respecto, la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) considera clásicamente a la edad avanzada durante la gestación como un riesgo obstétrico alto para complicaciones materno-perinatales. Los trastornos hipertensivos gestacionales, la diabetes gestacional, la restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, nacimiento por cesárea, puntuación baja de APGAR, muerte perinatal y el peso bajo al nacer son ejemplos de factores que son asociados con la edad avanzada⁴⁻⁷.

Lohmann P. et al²⁸ señala la edad gestacional menor a 27 semanas, los cuidados prenatales, el uso de corticoides prenatales y surfactante son factores modificables que tendrían impacto en la mortalidad del RN. Síndrome de Distrés Respiratorio - membrana hialina, sépsis y hemorragia intraventricular, constituyen las entidades de morbilidad más frecuentes del RN.

Para el grupo NEOCOSUR²⁹ coinciden en que la edad gestacional constituye un factor protector para mortalidad. En este estudio, el tiempo de vida al fallecimiento disminuye a menor edad gestacional, siendo crítico en menores de 27semanas.

La edad avanzada es un factor de riesgo en el nacimiento de un niño con bajo peso, lo que coincide con nuestros resultados⁵. Sin embargo, Suárez¹⁹, Díaz Tabares³² y Cuba de la Cruz³² no encontraron asociación significativa entre esta variable y el BPN.

Otros autores ⁽³⁾ señalan que, los bebés nacidos con peso bajo son más proclives que los bebés de peso normal a tener problemas médicos y complicaciones del desarrollo. Un bebé prematuro y de peso bajo corre un riesgo mayor de desarrollar problemas de respiración. Anualmente, alrededor de 40.000 RN -la mayoría de los cuales, nacen antes de la semana 34 de gestación- sufren del síndrome de dificultad respiratoria (RDS: Respiratory Distress Syndrome), una de las causas más importantes de muerte e incapacidad entre bebés pre-términos. A estos RN les falta la sustancia surfactante, por eso no consiguen difundir suficiente oxígeno en la sangre o despojarse del dióxido de carbono adecuadamente. El uso extendido y reciente de surfactante artificial o de surfactante animal purificado está contribuyendo a salvar a muchos de estos RN.

Algunos recién nacidos con peso bajo poseen un desequilibrio en la cantidad de sales o de agua, o insuficiente cantidad de azúcar en la sangre (hipoglicemia), que pueden causar daño cerebral. Los RN pre-términos son más proclives a desarrollar ictericia y a ponerse amarillos porque su hígado puede tardar en comenzar a funcionar independientemente. Si el problema es grave puede causar daños cerebrales.

Un bebé pre-termino puede ser anémico (no tener suficientes glóbulos rojos). Lo normal es que un feto haya almacenando hierro durante el embarazo y lo utilice después de nacer para producir glóbulos rojos. Los bebés que nacen antes de tiempo, pueden no haber tenido tiempo suficiente como para almacenar el hierro.

Los RN de bajo peso al nacer pueden no poseer suficiente grasa como para mantener la temperatura normal del cuerpo. La baja temperatura del cuerpo puede a su vez causar cambios bioquímicos en la sangre y provocar crecimiento más lento.

En conclusión, los resultados del presente estudio concuerdan con los estudios realizados señalados en los párrafos anteriores. Por tanto, los recién nacidos con bajo peso (aquellos que pesan menos de 2,5 kg.) tienen más probabilidades de morir durante los primeros meses o los primeros años. Los que sobreviven tienen disminuidas las funciones del sistema inmunológico y corren mayor riesgo de padecer posteriormente varias enfermedades, incluida la diabetes y diversas cardiopatías. Tienen también propensión a seguir malnutridos y a tener menores coeficientes de inteligencia además de discapacidades cognoscitivas.

El peso al nacer refleja la experiencia intrauterina; no sólo es un buen indicador del estado de salud y la nutrición de la madre, sino también de las probabilidades de supervivencia, crecimiento, salud a largo plazo y desarrollo psicosocial del recién nacido.

CUADRO 05: RELACIÓN DEL CONTROL PRENATAL DE LAS EMBARAZADAS \geq DE 35 AÑOS SEGÚN CULMINACIÓN DEL PARTO ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, EN EL PERIODO 2004-2008.

CONTROL PRENATAL	CULMINACIÓN DEL PARTO				Total	
	Pre-Término	%	Normal	%	N	%
Sin control Prenatal	27	22,3	1	0,8	28	23,1
CPN incompleto (<5 controles)	51	42,2	23	19,0	74	61,2
CPN completo (>=>6 controles)	13	10,7	6	5,0	19	15,7
Total	91	75,2	30	24,8	121	100,0

Fuente: Elaboración propia, en base a la guía de análisis de Historia Clínica Gineco-Obstétrica del Hospital Regional de Ayacucho, 2004 al 2008.

Del total de la muestra estudiada, el 61,2% recibieron menos de 5 controles, de los cuales el 42,2% tuvieron parto pre-término; del mismo modo se observa que el 23,1 no recibieron control prenatal, de los cuales el 22,3% tuvieron parto pre-término.

Al respecto, en el estudio de Hobar et al³⁵, las pacientes controladas superaban el 90% entre 1991 y 1999. Luke y Brown mostraron que el control prenatal es un factor protector para Riesgo Materno así como para Hemorragia Intraventricular y necesidad de ventilación mecánica.

En un estudio realizado en el Hospital Berta Calderón de Nicaragua en 1998³⁶ sobre muerte fetal tardía, encontraron 86 % de los casos no se realizó CPN y en un 12.4 % solo se realizaron de 1 – 2 controles. Igualmente, en otro estudio se ha encontrado asociación con la no realización de controles prenatales o la realización de controles deficientes, en este estudio se encontró un riesgo de 2.55 veces óbito fetal en las que

síndrome hipertensivo del embarazo, macrosomía fetal, amenaza de parto pre-término, malformaciones congénitas, etc).

En el Servicio de Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica, la secuencia establecida es mensualmente hasta las 28 semanas de amenorrea, cada tres semanas hasta las 34 semanas de amenorrea, cada dos semanas hasta las 36 semanas de amenorrea, y posteriormente, cada siete días hasta las 41 semanas de amenorrea. Esto significa que si una paciente ingresa a las 8 semanas y resuelve su parto a las 40 semanas, contabilizará trece controles prenatales que pueden ser considerados un exceso, a no ser que al menos tres de ellos sean destinados exclusivamente a educación materna.

Si los recursos humanos son escasos se puede realizar un adecuado control prenatal concentrando las atenciones en el tercer trimestre (ejemplo: antes de las 20 semanas, 28, 34, 36, 38 y 40 semanas), pero con una importante educación materna (individual o grupal), especialmente en lo relevante a síntomas y signos de alarma.

En conclusión, encontramos una asociación altamente significativa, entre las pacientes con parto pre-término sin y control prenatal inadecuado, similar a lo reportado en otros estudios de tipo observacional^(23,24). Sin embargo, algunos estudios controlados de intervención han mostrado resultados desalentadores^{25,26}; lo cual hace que las intervenciones de control prenatal necesarias para lograr un impacto real permanezcan aún poco claras. En países en desarrollo como el nuestro, el impacto del control prenatal en la prevención del parto pre-término puede ser mayor.²⁷

CUADRO 06: RELACIÓN DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EMBARAZADAS \geq DE 35 AÑOS SEGÚN CULMINACIÓN DEL PARTO ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO EN EL PERIODO 2004-2008.

RPM	CULMINACIÓN DEL PARTO				Total	
	Pre-Términ.	%	Normal	%	N	%
Sí tuvieron	61	50,4	10	8,3	71	58,7
No tuvieron	30	24,8	20	16,5	50	41,3
Total	91	75,2	30	24,8	121	100,0

Fuente: Elaboración propia, en base a la guía de análisis de Historia Clínica Gineco-Obstétrica del Hospital Regional de Ayacucho, 2004 al 2008.

Del 100% de la muestra estudiada, el 58,7% presentaron RPM, de los cuales el 50,4% tuvieron parto pre-término; asimismo, el 41,3% no presentaron ruptura prematura de membranas (RPM), de los cuales el 24,8% tuvieron parto pre-término.

Se denomina ruptura prematura de membranas cuando ocurre antes del comienzo del trabajo de parto inclusive 1 hora antes. Esta oscila alrededor del 10 %, aumentando la morbi-mortalidad a expensas de la infección cuya gravedad se encuentra estrechamente vinculada con la duración del periodo de latencia, con mayor riesgo de prolapso de cordón o partes fetales, tienen un índice de mortalidad fetal del 15% antes de las 26 semanas^{17, 27, 28}.

La ruptura prematura de membranas³⁹ es aún importante evento que desencadena situaciones con un gran impacto en la morbilidad y mortalidad materna perinatal. Su diagnóstico todavía fundamentalmente clínico, aunque se han incorporado valoraciones ultrasonográfico que necesitan más investigaciones para probar

completamente su eficacia. Su frecuencia varía de 1,6 y el 21 de todos los nacimientos. Vásquez JC. En su estudio encontró 17,2 de frecuencia de RPM. Concluye señalando que la gestación en las mujeres con edad igual ó mayor de los 35 años debe ser considerada como de riesgo alto, porque encontramos una elevada incidencia de fetos macrosómicos y pequeños para la edad gestacional, recién nacidos de bajo peso, hipertensión arterial, RPM, parto pre-término y otros.

La rotura prematura de membranas ovulares (RPM) se define como la solución de continuidad espontánea de la membrana corio-amniótica antes el inicio del trabajo de parto. La RPM puede ocurrir en cualquier momento de la gestación, pero se asocia a mayor morbilidad cuando ocurre en el embarazo de pre-término⁴⁰. Ella representa la condición asociada a aproximadamente un tercio de los partos pre-términos.

Si la mujer gestante ha tenido anteriormente una infección de orina³⁴, se evalúa una muestra de su orina al inicio del embarazo. Si se detectan bacterias, se administran antibióticos para prevenir una infección renal, ya que ésta determinó la rotura prematura de las membranas.

Se concluye que los resultados encontrados muestran que las usuarias con mayor incidencia de RPM presentaron parto pre-término o que tienen predisposición de presentar parto pre-término. Por tanto, la RPM condiciona al parto pre-término y es un factor de riesgo en la salud de las mujeres mayores de 35 años, registrados en la Historia Clínica Obstétrica del HRA.

CUADRO 07: RELACIÓN DE DISTOCIA DE DINÁMICA UTERINA CON LA CULMINACIÓN DEL PARTO EN EMBARAZADAS \geq DE 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL PERIODO 2004-2008. SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO.

Distocia de Dinámica Uterina	CULMINACIÓN DEL PARTO				Total	
	Pre-Térm.	%	Normal	%	N	%
Presentó	19	15,7	6	5,0	25	20,7
No presentó	72	59,5	24	19,8	96	79,3
Total	91	75,2	30	24,8	121	100,0

Fuente: Elaboración propia, en base a la guía de análisis de Historia Clínica Gineco-Obstétrica del Hospital Regional de Ayacucho, 2004-2008.

En el cuadro que antecede, el 20,7% presentaron distocia de dinámica uterina, de los cuales el 15,7% tuvieron parto pre-término; asimismo, el 79,3% no presentaron distocia de la dinámica uterina, de los cuales el 59,5% presentaron parto pre-término.

Según O' Sullivan ⁴¹, el excesivo número de embarazos ha sido reconocido como un factor de riesgo para la salud materna y perinatal, debido a que a partir de la quinta gestación, se observa incremento en las tasas de morbimortalidad correspondiente. Dicho aumento se debe a una mayor prevalencia de distocias de contracción que conducen a la aparición de trabajos de partos prolongados y rupturas uterinas, hemorragias antes y post parto debido a una mayor frecuencia de inserciones anormales de la placenta e hipotonía post parto. Adicionalmente, es frecuente la aparición de enfermedades crónicas-degenerativas como la diabetes mellitus, condicionada probablemente por el efecto diabetógeno de múltiples embarazos.

La presencia de contracciones uterinas ha sido descripta como un factor de riesgo potencialmente importante en partos pre-términos. Joseph⁴² evaluó la actividad uterina en 2500 mujeres (se excluyeron aquéllas con sangrado vaginal, RPM, pre-término, gestación múltiple e hidramnios) que habían tenido partos de pre-término, de término y de post término. Los autores mencionados demostraron un aumento en la actividad uterina que comenzaba a las 6 semanas antes del parto, independientemente de la edad gestacional en el momento del nacimiento. Ocurría un aumento paulatino en la frecuencia de las contracciones uterinas dentro de las 72 horas del parto en los tres grupos. Lamentablemente, estas pacientes dependían de la tocodinamometría para determinar este aumento en la frecuencia. A pesar de haber sido instruidas para autores conocer las contracciones, ellas sólo pudieron identificar el 15 % de las detectadas por tocodinamometría. Copper y colaboradores⁴³ evaluaron el uso de la tocodinamometría y el examen del cuello a las 28 semanas en 589 primíparas, para identificar a las pacientes con riesgo de parto pre-término. Los investigadores notaron que la presencia de una consistencia cervical blanda o mediana fue el mejor predictor para el parto pre-término espontáneo. En este estudio, el riesgo de parto de pre-término espontáneo, aumentaba de 4.2% para aquellas mujeres sin contracciones a 18.2% para aquéllas que tenían cuatro o más contracciones en 30 minutos. Un estudio reciente de la Unidad de Medicina Materno-Fetal del Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano⁴⁴ también encontró una asociación entre la presencia de contracciones y parto pre-término.

Otros programas dirigidos a disminuir la incidencia de parto pre-término se han focalizado en el tamizaje para la detección de contracciones uterinas prematuras y

cambios cervicales antes del inicio del verdadero trabajo de parto. Estos programas incluyen: 1) educación de las pacientes para reconocer las contracciones prematuras, 2) la vigilancia continua por el profesional, de los cambios cervicales, y 3) el monitoreo domiciliario de la actividad uterina. Los programas educativos generalmente entrenan a las mujeres para reconocer los síntomas del trabajo de parto pre-término, como ser las contracciones uterinas, la presión pélvica y la pérdida vaginal. Además se han implementado los exámenes vaginales semanales con el fin de detectar cambios cervicales tempranos.

Según los resultados encontrados en nuestro estudio las mujeres igual o mayores de 35 años presentaron disocia de dinámica uterina, esto nos lleva a pensar que constituye un factor de riesgo para desarrollar un parto pre-término.

Por consiguiente, se concluye que la dinámica uterina, por el hecho de presentarse durante el trabajo de parto pre-término asociado al embarazo en mujeres de edad avanzada, es un factor que ponen en riesgo la salud de la propia mujer, el producto de la concepción y enfrentarse a un parto pre-término aumentando la probabilidad del riesgo de morbilidad y mortalidad materna perinatal.

CUADRO 08: RELACIÓN DE RECIEN NACIDOS CON MALFORMACIONES CONGÉNITAS CON CULMINACIÓN DEL PARTO EN EMBARAZADAS \geq DE 35 AÑOS, ATENDIDAS EN EL PERIODO 2004-2008. SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO.

Malformación congénita	CULMINACIÓN DEL PARTO				Total	
	Pre-Término	%	Normal	%	N	%
Sí	24	19,8	10	8,3	34	28,1
No	67	55,4	20	16,5	87	71,9
Total	91	75,2	30	24,8	121	100,0

Fuente: Elaboración propia, en base a la guía de análisis de Historia Clínica Gineco-Obstétrica del Hospital Regional de Ayacucho, 2004-2008.

Del total de gestantes estudiadas \geq de 35 años, el 28,1% de RN fueron registradas con diagnóstico de malformaciones congénitas, de los cuales 19,8% nacieron de parto pre-término.

En la etiología de las malformaciones congénitas pueden intervenir factores genéticos, teratogénicos o de ambos tipos, esto explica por qué estuvo presente por lo menos un factor de riesgos en todos los casos de las pacientes que presentaron recién nacidos con malformaciones congénitas incluidas en nuestro estudio.

Al respecto, muchas literaturas^{42,45} señalan que las edades extremas de las madres gatillan ciertas patologías, algunas de las cuales son muy severas. En las mujeres de mayor edad se presentan con más frecuencia casos de Síndrome de Down, anencefalia (ausencia de gran parte del cerebro y cráneo), espina bífida (en que la

médula espinal no tiene protección ósea), malformaciones múltiples y anomalías del sistema gastrointestinal.

En cambio, entre las adolescentes son más usuales las malformaciones craneofaciales, la hidrocefalia (acumulación de líquido en el cráneo), polidactilia (exceso de dedos), estenosis pilórica (estrechamiento del píloro, lo que provoca vómitos explosivos) y la gastrosquisis (en que los intestinos del recién nacido quedan fuera del abdomen, flotando en el líquido amniótico).

Según Sarmiento y Nazer^{46,47} “Los niños de mujeres mayores padecen, principalmente, de malformaciones de origen cromosómico, mientras que los hijos de adolescentes sufren de anomalías disruptivas, es decir, de alteraciones vasculares que afectan el desarrollo del embrión. Se sospecha que, en parte, esto estaría relacionado con los hábitos inadecuados de las jóvenes, incluida la mala alimentación y el consumo de tabaco y drogas”. En el caso de las madres más añosas, las enfermedades crónicas, posiblemente el envejecimiento ovular y un endometrio uterino desgastado por embarazos anteriores, pueden llegar a ser un factor de riesgo para concebir un hijo con defectos congénitos. “Si una mujer tiene más de 35 años y antecedentes de otros malformados en la familia el riesgo será mayor, es decir de cada 50 partos en mujeres mayores de 40 años nace un niño con Síndrome de Down. En cambio, en el grupo etario de 20 a 29 años, esto ocurre cada 600 nacimientos.

En otro estudio^{48,49} señala que el riesgo de que el pequeño nazca con Síndrome de Down o con otras alteraciones cromosómicas aumenta en gran medida a partir de los 35 años. Según un estudio publicado en el “British Medical Journal“, las

probabilidades de que el embarazo se produzca con éxito disminuyen a medida que aumenta la edad, independientemente del historial reproductivo. El estudio mencionado recoge que en esa franja de edad (entre los 30 y los 35 años) fracasan una quinta parte de los embarazos, mientras que a los 40 años, las posibilidades de aborto ascienden hasta la mitad de los casos totales.

En conclusión Un embarazo en una mujer mayor de 35 años aumenta el riesgo de presentar malformaciones congénitas, por tanto, se debe seguirse con mayor cuidado que en una mujer más joven, por lo que es conveniente aumentar la frecuencia de visitas periódicas al ginecólogo para asegurarse en todo momento del perfecto desarrollo del feto. Por sistema, se recomienda la realización de una ecografía por trimestre, aspecto que se respeta en los embarazos en madres “añosas“. Si bien, en estos casos se prestará especial atención a la ecografía que se realiza entre las semanas 11 y 14, el cual nos dará la idea de cuál es el riesgo de síndrome de Down del bebé. Es regular en mujeres que presentaron un aborto, debido a que es un aspecto que implica muchas apariencias personales de la mujer, y su relación con el medio que la rodea, esta relación está determinada y puede estudiarse a partir de diferentes factores que hacen parte de la complejidad de la existencia del ser humano, como pueden ser la relación afectiva con su pareja, la familia, la influencia de la economía existente, motivos reproductivos, motivaciones personales, entre otros.

CONCLUSIONES

1. Se estudiaron 121 embarazadas ≥ 35 años atendidas en el Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” de Huamanga, cuya característica fue 27,2% corresponden al año 2007, 23,2% al 2008, 19% al 2006, 18,2% al 2005 y 12,5% al 2004, respectivamente.
2. El número de partos pre-términos atendidos en el Hospital Regional de Huamanga fueron 75,2% (91), distribuidos: 21,5% al año 2007, 15,7% al 2005, 14,9% al 2008, 112,4% al 2006 y 10,7% al año 2004, respectivamente.
3. La edad mayor o igual a 35 años fue un factor de riesgo asociado al parto pre-término durante los años 2004 al 2008.
4. Los factores de riesgo que determinaron el parto pre-término fueron: Edad \geq de 35 años, perinato pequeño para la edad gestacional, sin control y control prenatal inadecuado, ruptura prematura de membranas, distocia de la dinámica uterina, y malformaciones congénitas.

RECOMENDACIONES

1. El Hospital Regional de Huamanga debe priorizar mensajes de sensibilización educativa dirigidas especialmente a las mujeres con edades mayores de 35 años para informar sobre el futuro desarrollo reproductivo y psicológico, y embarazadas, para el control prenatal estricto; para identificar los factores de riesgo y patologías que pueden provocar el parto pre-término como parte de la estrategia para reducir la prevalencia de partos pre-términos
2. Seguir mejorando la calidad de la realización de los controles prenatales, así como el trabajo de terreno para captación de estas pacientes con factores de riesgo; y realización de educación a la población.
3. Dotar de equipo y material necesario a las unidades de salud tanto a nivel primario como secundario para mejorar la atención del embarazo.
4. Realizar evaluaciones periódicas al personal médico y de enfermería para verificar el cumplimiento de las normas establecidas en el manejo de estas pacientes.

Referencias Bibliográficas

1. Pagés G, Martell A. *Obstetricia Moderna*. 3ª edición. Buenos Aires: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 1999:315-331.
2. Cunningham G, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hauth J, Wenstrom K. En: *Williams Obstetricia*. 21 ediciones. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2001.p.593-621.
3. Hernández J, García L, Hernández D, Rendón S, Dávila B, Suárez R. Resultados perinatales y maternos de los embarazos en edad madura. *Rev Cuba Obstet Ginecol*. 2001;27:208-213.
4. Sánchez J, Escudero F. Riesgo materno y perinatal en gestantes mayores de 35 años. *Ginecol Obstet*. 2000;46:233-239.
5. Amarin VN, Akasheh HF. Advanced maternal age and pregnancy outcome. *East Mediterr Health J*. 2001;7:646-651.
6. Romero-Maldonado S, Quezada-Salazar C, López M, Arroyo L. Efecto de riesgo en el hijo de madre con edad avanzada (estudio de casos y controles). *Ginecol Obstet Méx*. 2002;70:295-302.
7. Seoud M, Nassar A, Usta I, Melhem Z, Kazma A, Khalil A. Impact of advanced maternal age on pregnancy outcome. *Am J Perinatol* (en línea). 2002. Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve & db=pubmed & dopt=Abstract & list_uids=11857090 & query_hl=6](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=11857090&query_hl=6).
8. Zigelboim I, Suárez M. Primigesta añosa: Asistencia obstétrica. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1994;54:1-16.
9. Studzinski Z. Pregnancy and delivery in women over 40 years old. *Wiad Lek*. [en línea]. 2004. Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve & db=pubmed & dopt=Abstract & list_uids=15307521 & query_hl=27](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=15307521&query_hl=27).

10. Arias G, Torres M, Pérez N, Milían M. 2001. Factores prenatales relacionados con la prematuridad. Rev Cubana Pediatr. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312001000100002 & script=sci_arttext & tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312001000100002&script=sci_arttext&tlng=es)
11. Albañez T. 2000. Algunos comentarios al trabajo realizado por un equipo de Investigadores acerca de la Encuesta Nacional de Población y Familia ENPOFAM 1998. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://www.ops-oms.org.ve/bvs/enpofam98.htm>.
12. Peña-Martí G, Comunián G, Martí-Peña A, Martí-Carvajal A. Asociación entre la calidad del control prenatal y los desenlaces perinatales. Salus. 2005;9:38-45.
13. Olivar A. Cambios biológicos, psicológicos y sociales durante el embarazo. Rev Fed Odont Colomb. 2002;201:37-51.
14. Colectivo de autores. Parto prematuro. En: Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000. p. 406-20.
15. Ticona M, Huanco D. Mortalidad perinatal hospitalaria en el Perú: factores de riesgo. Rev Chil Obstet Ginecol. 2005;70(5):313-7.
16. Peraza Roque GJ, Gil Rivas Y, Arce Rojas A, Gil Colla J. Factores de riesgo en el bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000;16(1):68-72.
17. Peraza Roque GJ, Pérez Delgado S, Figueroa Barreto ZA. Factores asociados al bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(5):490-6.
18. Tipiani-Rodríguez ¿Es la edad materna avanzada un factor de riesgo independiente...? Rev Per de Ginec y Obstetric. Julio-setiembre, 2006. Vol. 52 N° 3.

19. Suárez, Cabrera, Ramírez, Janampa. Marcadores de estrés oxidativo en placentas de gestantes afeosas. Anales de la Facultad de Medicina, An Fac Med, UNMSM, Lima 2007; 68(4). ISSN 1025 – 5583, Págs. 328 – 332
20. Távara L. Mortalidad Materna en el Perú, Responsabilidad de todos. Ginecología y Obstetricia – Vol. 42 Nro 3 Diciembre 1996. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/Vol_42N3/mortalidad.htm.
21. Elisa Barrios de León. Programa de Epidemiología de campo. Área de San Marcos. Ministerio de Salud de Guatemala. Análisis de Mortalidad Materna para el año 2003 – San Marcos 2005. elisacbarrios@yahoo.com
22. Dein, EM. Factores de riesgo de parto pre-término. Clin Obstetric Ginecol Nortean 2001;5:501-23.
23. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Asociación entre prematuridad y embarazadas en edad avanzada. Cátedra de Obstetricia y Ginecología, Departamento Clínico Integral del Sur, Unidad de Epidemiología Clínica, Departamento de Salud Pública, Universidad de Carabobo, Venezuela, 2007.
24. Gutiérrez A. Estrés oxidativo en la gestación: ¿una nueva óptica en la atención a la embarazada?. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2005;31(1).
25. Clapés S. Diabetes mellitus, estrés oxidativo y embarazo. Rev Cubana Invest Biomed. 2000;19(3):191-5.
26. Millar E, Keyes H. Factores perinatales que inciden en el parto pre-término. Rev Med Panamá 2001; 43-50.
27. Althabe F.,Carroll G., Lede R. El parto pre-término: Detección de riesgos y tratamientos preventivos. Rev – Panamer Sal Pública, 1999; 51(6):373-384.
28. Cunningham FG. Williams Obstetricia. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana; 1998 P. 743-68.

29. Lohmann P. et al. Mortalidad en recién nacidos de extremo bajo peso al nacer en la unidad de neonatología del Hospital Nacional Cayetano Heredia entre enero 2000 y diciembre 2004. *Rev Med Hered*;2006;17:141-147.
30. Grupo Colaborativo NEOCOSUR Very low birth weight outcomes in 11 South American. NCIUs. *Journal of Perinatology* 2002;22:2-7.
31. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Grupo Nacional de Obstetricia y Ginecología. Manual de Procedimientos Diagnósticos y Tratamientos en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2000 P. 406-20
32. Selva Suárez L, Rodríguez Pupo E, Ochoa Alonso A. Factores de riesgo de bajo peso al nacer en sitios centinelas de Holguín. *Rev. Cubana Aliment Nutr* 1998, 12(2): 77-87.
33. Díaz T, O, Soler MI, Soler BT. Aspectos epidemiológicos del bajo peso al nacer. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 1998, 9(3):234-44.
34. Cuba M. Bajo peso al nacer y edad materna. *Rev. Cubana Med. Gen Integr* 1992; 8(4): 306-7.
35. Shimabuku R, Oliveros M. Factores de riesgo de bajo peso al nacer en el Perú. *Rev Esp Pediatr* 1999; 55 (329):428-33.
36. Hobar JD, Badger GJ, Carpenter JH, et al. Trends in mortality and morbidity for very low birth weight infants, 1991 to 1999. *Pediatrics* 2002;110:143-151.
37. Oliva. C; Factores de riesgo asociado a mortalidad perinatal en el Hospital Berta Calderón Roque. Facultad de ciencias médicas. UNAN Managua. 2002.
38. Rigol Ricardo, O. Temas de Ginecología y Obstetricia. Ciudad de la Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2004 P. 209-21
39. Salazar M, Pacheco J, Scaglia I, Lama J, Munaylla R. La edad materna avanzada como factor de riesgo de morbimortalidad. *Ginecol Obstet (Perú)*. 1999;45(2):124-30.

40. Mancilla J. Ruptura prematura de membranas y parto pretérmino. I. Mediadores inflamatorios en la ruptura prematura de las membranas. *Gac Med. Mex.* 1998; 134(4):423-26.
41. Schwarcz, RL. *Obstetricia*. 5ta ed. Editorial el ateneo. 1995. Reimpresión 2003.
42. Sullivan JF. The Hazards associated with multiparity. *J. Obstet. Gynecol.brit. common*, 70:158,1963.
43. Joseph, K.S., et al. The Perinatal Effects of Delayed Childbearing. *Obstetrics and Gynecology*, volumen 105, número 6, junio de 2005, págs.1410-1418.
44. Fretts, R.C., Usher, R.H. Causes of fetal death in women of advanced maternal age. *Obstetrics and Gynecology*, volumen 89, número 1, enero de 1997, págs. 40-45.
45. Vasquez JC. et al. *Rev Cubana Ginecol obstet*, 2003, 29
46. Vázquez Márquez A, Guerra Verdecia C, Herrera Vicente V, de la Cruz Chávez F, Almirall Chávez A. Embarazo y adolescencia. Factores biológicos materno y perinatal más frecuentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2001;27(2):158-64.
47. Sarmiento Brooks GV, Pagola Leiva J, Oramas Hernández L, González Aguilar AG. Importancia de los antecedentes maternos en el recién nacido bajo peso. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2001;16(5):502-7.
48. Maradiegue E, SALVADOR J. Embarazo en primigesta añosa. *Ginecología y Obstetricia - Vol. 43 N°2 Agosto 1997.*
49. Peña-Martí G, Barbato J, Betancourt C. *et al.* Asociación entre prematuridad y embarazadas en edad avanzada. *Rev Obstet Ginecol Venez*, ene. 2007, vol.67, no.1, p.15-22. ISSN 0048-7732.

ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA

GUÍA DE ANÁLISIS DE HISTORIA CLÍNICA GINECO-OBSTÉTRICA

1. Edad: ≥ 35 años
Sí () No () Edad actual años
2. Nivel de instrucción alcanzado
Sin estudios () Primaria incompleta ()
Primaria completa () Secundaria incompleta ()
Secundaria completa () Superior incompleto ()
Superior completa () Superior técnico ()
3. Procedencia
Urbano () Urbano-Marginal () Rural ()
4. Paridad
Nulípara () Primípara Multipara () Gran multipara ()
5. Control prenatal
Sin control () Control Prenatal incompleto () Completo ()
6. Presión arterial
Hipotensa (S > 90 mmHg; D > 50 mmHg) ()
Normotensa (S 90-139 mmHg, D 51-185 mmHg) ()
Hipertensa (AS > 139 mmHg D > 90 mmHg) ()
7. Rotura prematura de membranas
Sí () No ()
8. Parto pre-término
Sí () No ()

9. Distocia de parto
- | | | |
|------------------------------|--------|--------|
| Distocia del canal de parto | Sí () | No () |
| Distocia de dinámica uterina | Sí () | No () |
| Distocia fetal | Sí () | No () |
10. Tes de APGAR
- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| >4 asfixia neonatal () | 4-6 depresión neonatal () |
| ≥ 7 normal () | |
11. Prematuridad según edad gestacional
- | |
|-----------------------------|
| Prematuridad muy precoz () |
| Prematuridad Precoz () |
| Prematuridad viable () |
| Prematuridad leve () |
12. Pequeño para la edad gestacional
- | | |
|--------|--------|
| Sí () | No () |
|--------|--------|
13. Macrosomía fetal
- | | |
|--------|--------|
| Sí () | No () |
|--------|--------|
14. Edad de la mortalidad perinatal
- | | |
|--|-----|
| Perinatal I (28 semanas a 7 días post-natal) | () |
| Perinatal II (20 semanas al 28 días post-natal) | () |

ANEXO 2

CUADRO 09: RELACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LA CULMINACIÓN DEL PARTO EN EMBARAZADAS \geq DE 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO EN EL PERIODO 2004-2008

PRESIÓN ARTERIAL	CULMINACIÓN DEL PARTO				Total	
	Sí	%	No	%	N	%
Hipotensa <90/>60 mmHg	50	41,3	19	15,7	69	57,0
Normotensa >90-130/61-85 mmHg	29	23,9	11	9,1	40	33,1
Hipertensa >139/>90 mmHg	12	9,9	0	0,0	12	9,9
Total	91	75,2	30	24,8	121	100,0

Fuente: Elaboración propia, en base a la guía de análisis de Historia Clínica Gineco-Obstétrica del Hospital Regional de Ayacucho, 2004-2008.

$$X^2 = 4,122$$

$$gl = 2$$

$$X^2 = 5,991$$

$$P_1 = 0,72$$

$$P_2 = 0,5$$

$$RR = 1,135 \quad RAP\% = 6,3\%$$

Del total de la población estudiada, el 75,2% fueron registradas como partos pre-términos, de los cuales, el 41,3% fueron hipotensas, el 23,9% como normotensas y solo el 9,9% como hipertensas.

CUADRO 10: RELACIÓN DE TEST DE APGAR BAJO CON CULMINACIÓN DEL PARTO EN EMBARAZADAS \geq DE 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO EN EL PERIODO 2004-2008.

TEST DE APGAR	PARTO ATENDIDOS				Total	
	Pre-Término	%	Normal	%	N	%
0 (óbito fetal)	14	11,6	2	1,7	16	13,3
<4 (asfixia neonatal)	21	17,3	4	3,3	25	20,6
4-6 (depresión neonatal)	42	34,7	12	9,9	54	44,6
\Rightarrow 7 (normal)	14	11,6	12	9,9	26	21,5
Total	91	75,2	30	24,8	121	100,0

Fuente: Elaboración propia, en base a la guía de análisis de Historia Clínica Gineco-Obstétrica del Hospital Regional de Ayacucho, 2004 al 2008.

Del 100% de la muestra estudiada, el 44,6% nacieron con depresión neonatal (4-6 de APGAR), de los cuales el 34,7% fueron parto pre-término; el 20,6% tuvieron asfixia neonatal de los cuales el 17,3% nacieron de parto pre-término.

CUADRO 11: RELACIÓN DE MORTALIDAD PERINATAL SEGÚN CULMINACIÓN DEL PARTO EN MUJERES \geq DE 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO EM EL PERIODO 2004-2008.

	PARTOS ATENDIDO				Total	
	Pre-Térn.	%	Normal	%	N	%
Mortalidad perinatal I (28s a 7d)	27	22,3	5	4,1	32	26,4
Mortalidad perinatal (20s al 28d)	7	5,8	3	2,5	10	8,3
Viven	50	41,3	22	18,2	72	59,5
óbito fetal	7	5,8	0	0,0	7	5,8
Total	91	75,2	30	24,8	121	100,0

Fuente: Elaboración propia, en base a la guía de análisis de Historia Clínica Gineco-Obstétrica del Hospital Regional de Ayacucho, 2004 al 2008.

Del total de la población estudiada, el 59,5% de peri-natos viven, de los cuales el 41,3 fueron de parto pre-término; 26,4% han fallecido entre o horas a 7 días después de nacido, de los cuales el 22,3% fueron mayores de 28 semanas de gestación.