

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE OBSTETRICIA:**



**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE OBSTETRICIA CON
MENCION EN ALTO RIESGO OBSTETRICO**

**Relación del embarazo prolongado y la presencia de preeclampsia en gestantes de edad
materna avanzada Red de Salud Ascope, periodo 2017-2021**

Línea de Investigación

Obstetricia: Salud Materna Perinatal

AUTORAS:

Castillo Macarlupú Medalid

Gutiérrez Sánchez Cristina Noemi

Jurado Evaluador:

Presidente : Angulo Seijas, Claudia Marcela

Secretaria : Bendezú Gamboa, Cristina

Raquel Vocal : Vargas Diaz, Sandra Luz

ASESORA:

Manta Carrillo, Yvonne Graciela

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2674-0264>

Trujillo – Perú 2024

Fecha de sustentación: 26/01/2024

Relación del embarazo prolongado y la presencia de preeclampsia en gestantes de edad materna avanzada Red de Salud Ascope, periodo 2017-2021

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%

INDICE DE SIMILITUD

21%

FUENTES DE INTERNET

9%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.ucp.edu.pe Fuente de Internet	7%
2	pdffox.com Fuente de Internet	2%
3	www.scielo.org.pe Fuente de Internet	2%
4	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	1%
5	Sonia Caparrós Molina. "Hipertensión arterial durante el embarazo y el puerperio", FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 2010 Publicación	1%
6	dgsa.uaeh.edu.mx:8080 Fuente de Internet	1%
7	www.sarda.org.ar Fuente de Internet	1%

8	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	1 %
9	&NA;. "ACOG Practice Bulletin #55: Management of Postterm Pregnancy :", Obstetrics and Gynecology, 09/2004 Publicación	1 %
10	de.scribd.com Fuente de Internet	1 %
11	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	1 %
12	revcmpinar.sld.cu Fuente de Internet	1 %
13	Submitted to Universidad de León Trabajo del estudiante	1 %
14	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	1 %
15	hdl.handle.net Fuente de Internet	1 %

Excluidos

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

< 1%

Excluir bibliografía

Apagado

Declaración de originalidad

Yo, Manta Carrillo Yvonne Graciela, docente de la Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia con mención en Alto Riesgo Obstétrico, de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesora de la tesis titulada "Relación del embarazo prolongado y la presencia de preeclampsia en gestantes de edad materna avanzada Red de Salud Ascope periodo 2017-2021", autoras Castillo Macarlupú Medalid, Gutiérrez Sánchez Cristina Noemi, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 19%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turnitin el 19 de febrero 2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y la tesis, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las normas establecidas por la Universidad.

Trujillo, 20 de febrero 2024

Manta Carrillo Yvonne Graciela

DNI: 06879259

ORCID: 0000-0002-2674-0264



Castillo Macarlupú Medalid

DNI: 18199970



Gutiérrez Sánchez Cristina Noemi

DNI: 18128406



DEDICATORIA

A toda mi familia, con este trabajo les transmito la importancia del esfuerzo constante para alcanzar nuestros objetivos y superar los desafíos que se presentan en el camino de la vida.

Medalid

Dedico con todo mi corazón mi tesis a mi madre y tía pues sin ellas no lo habría logrado. Sus bendiciones diarias a lo largo de mi vida me protegen y me llevan por el camino del bien. Por eso doy mi trabajo en ofrenda a su paciencia y amor de cada una de ellas.

Cristina Noemi

AGRADECIMIENTO

A nuestro Rey de reyes, por tomarme de su mano para guiarme por el buen camino y superar los obstáculos que se me presentaron.

A toda mi familia por su apoyo constante, comprensión y amor incondicional para la culminación de este trabajo, mi eterno agradecimiento.

A nuestra asesora Mg Yvonne, maestra y amiga quien con sus enseñanzas e influencia en nuestra vida profesional se ha convertido en un modelo a seguir.

Medalid

El principal agradecimiento a Dios quien me ha guiado y me ha dado la fortaleza de seguir adelante.

A mi familia por su comprensión y estímulo constante, además de su apoyo incondicional a lo largo de este periodo.

A mi maestra Mg Yvonne Graciela Manta Carrillo que con su paciencia, enseñanzas y ejemplo ha logrado la realización de este trabajo.

Cristina Noemi

RESUMEN

Con el objetivo de determinar la relación del embarazo prolongado y la presencia de preeclampsia en gestantes de edad materna avanzada en la Red de Salud Ascope, periodo 2017-2021, se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo de relación, con diseño analítica retrospectivo, en una muestra de 183 gestantes de edad materna avanzada que fueron atendidas en el periodo de estudio. Resultados: El porcentaje de embarazo prolongado en gestantes de edad materna avanzada fue del 15%, el porcentaje de preeclampsia con y sin signos de severidad en gestantes de edad materna avanzada fue del 18% , el grado de instrucción presentado fue del 75% secundaria y proceden del distrito de Ascope el 70%, de las gestantes con edad materna avanzada atendidas en los establecimientos de la Red de Salud Ascope durante los años 2017-2021. Concluyendo que no existe relación del embarazo prolongado y la presencia de preeclampsia en gestantes de edad materna avanzada de la Red de Salud Ascope, periodo 2017-2021, con $p > 0.05$.

Palabras claves: embarazo prolongado, edad materna avanzada, preeclampsia

ABSTRACT

With the objective of determining the relationship between prolonged pregnancy and the presence of preeclampsia in pregnant women of advanced maternal age in the Ascope Health Network, period 2017-2021, a quantitative, descriptive study of the relationship was carried out, with a retrospective analytical design, in a sample of 182 pregnant women of advanced maternal age who were treated during the study period. Results: The percentage of prolonged pregnancy in pregnant women of advanced maternal age was 15%, the percentage of preeclampsia with and without signs of severity in pregnant women of advanced maternal age was 18%, the level of education presented was 75% secondary and 70% of the pregnant women with advanced maternal age treated in the Ascope Health Network establishments during the years 2017-2021 come from urban areas. Concluding that there is no relationship between prolonged pregnancy and the presence of preeclampsia in elderly pregnant women. advanced maternal from the Ascope Health Network, period 2017-2021, with $p > 0.05$. Keywords: prolonged pregnancy, advanced maternal age, preeclampsia

PRESENTACION DE JURADOS

Señores miembros del jurado:

De acuerdo a lo estipulado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada Antenor Orrego, presento a ustedes la tesis titulada: “Relación del embarazo prolongado y la presencia de preeclampsia en gestantes de edad materna avanzada Red de Salud Ascope, periodo 2017-2021”.

Dando cumplimiento y conforme a las normas establecidas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada Antenor Orrego, para obtener el título de Segunda Especialidad en Obstetricia con Mención en Alto Riesgo Obstétrico. Esperando cumplir con los requisitos de aprobación y que el contenido de este estudio sirva de referencia para futuros proyectos e investigaciones.

INDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN... ..	iv
ABSTRACTO... ..	v
PRESENTACION.....	vi
INDICE DE CONTENIDOS.....	vii
INDICE DE TABLAS	viii
I. INTRODUCCION... ..	1
II. MARCO DE REFERENCIA.....	7
III. METODOLOGIA	23
IV. RESULTADOS.....	27
V. DISCUSIÓN.....	32
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES.....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	39
ANEXO	46

INDICE DE TABLAS

IV-1 TABLA Embarazo prolongado en gestantes de edad materna avanzada en la Red de Salud de Ascope periodo 2017 al 2021.....	27
IV-2 TABLA Identificar el porcentaje de preeclampsia con y sin signos de severidad en gestantes de edad materna avanzada en la Red de Salud Ascope periodo 2017- 2021	28
IV-3 TABLA Grado de instrucción y procedencia en las gestantes con edad materna avanzada en la Red de Salud Ascope, periodo 2017-2021.....	29
IV-4 TABLA Determinar la relación del embarazo prolongado y la presencia de preeclampsia en gestantes de edad materna avanzada en la Red de Salud Ascope, periodo 2017-2021.....	30

I. INTRODUCCION

1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

El embarazo es uno de los momentos más importantes de la vida de la mujer, teniendo repercusión en la familia y la sociedad, sin embargo, durante su desarrollo se pueden presentar múltiples condiciones que afectan el bienestar materno y fetal destacando dentro de ellas el embarazo prolongado.¹

La Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) define embarazo prolongado (EP) aquel que se extiende más allá de las 42 semanas de amenorrea completa ó 294 días del último periodo menstrual.²

Se considera que un embarazo prolongado se asocia a mayor morbimortalidad perinatal, el riesgo de mortalidad fetal aumenta en 2,5 veces en gestaciones de 41 a 42 semanas, así mismo está asociado con distocia del parto y cesárea, se presentan en un promedio del 10% de todos los embarazos con un rango entre el 4 y el 14%, estimándose la presencia de embarazo prolongado con hiper madurez en 1 al 2% de todas las gestaciones, siendo los diagnósticos restantes, casos de falsa prolongación del embarazo.³

El mayor problema del embarazo prolongado es el gran riesgo vital para el feto antes del parto, en el período expulsivo, y en los primeros días de vida extrauterina.

Por tal motivo existe una tendencia actual de inducir el parto en la semana 41, debido a que el riesgo perinatal y materno se incrementa en

esta semana con respecto a la 39 o las 40. Este incremento del riesgo sugiere que la definición de embarazo prolongado debe modificarse.⁴

En los últimos años, numerosos hospitales de todo el mundo están finalizando la gestación durante la semana 41, sin llegar a alcanzar la semana 42. Recientemente la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia ha elaborado un documento de consenso en el que recomienda la finalización de la gestación con inducción sistemática durante la semana 41.⁵

Esto debido a la presencia de complicaciones principalmente hipertensivas como la pre-eclampsia, que es proceso hipertensivo específico del embarazo, constituye la causa más importante de morbi-mortalidad materna y fetal. En el mundo desarrollado, con la mejoría de las condiciones sociales y de la asistencia médica a la mujer gestante, se ha observado en las últimas décadas una disminución de la incidencia y severidad de toda la patología médica asociada al embarazo, incluyendo la derivada de la hipertensión arterial (HTA) y de sus complicaciones. Así, hoy en día, resulta excepcional la muerte materna durante la gestación. No obstante, y según las distintas series y criterios médicos, todavía se estima que en el 12-22% de los embarazos, aparece alguna forma de HTA.⁶

La pre-eclampsia se presenta típicamente en primíparas durante el tercer trimestre de gestación y viene definida por la presencia de HTA y proteinuria superior a 0,3 g/24 horas, habitualmente asociada a edemas generalizados e hiperuricemia. Existen una serie de factores favorecedores como son la primiparidad, gestación múltiple, hipertensión crónica del embarazo, diabetes gestacional, madre con edad superior a los 35 años, antecedentes familiares, fertilización artificial y otras menos relevantes.⁶

Cada 3 minutos muere una mujer en el mundo debido a la preeclampsia. Afecta entre 3- 10% (promedio 5% de los embarazos), es la principal causa de muerte materna en el mundo y en Estados Unidos representa al menos 15% de las muertes relacionadas con embarazo. En México, también es la complicación más frecuente del embarazo, la incidencia es de 47.3 por cada 1 000 nacimientos y es además, la primera causa de ingreso de pacientes embarazadas a las unidades de terapia intensiva (debido a hemorragia masiva, para recibir soporte hemodinámica). Además, la tasa de preeclampsia se ha incrementado 40% en el periodo entre 1990 y 1999 y constituye hasta 40% de los partos prematuros iatrogénicos.⁶

La preeclampsia se presenta predominantemente en mujeres con ciertos factores de riesgo, como son: edades extremas, nuliparidad, falta de control prenatal, obesidad, delgadez, embarazo múltiple y el antecedente de un embarazo complicado con preeclampsia y otros factores relacionados a la historia personal y familiar del individuo.^{7,8}

Cuando el embarazo prolongado se le asocia con la edad materna avanzada de la gestante implica mucho más riesgo, sobre todo cuando tiene todos los ingredientes para padecer de preeclampsia durante el parto, esto es de sumo riesgo tanto a la madre como para el feto, pues en estos casos el incremento de la mortalidad materna es cuatro veces mayor que en mujeres con alto riesgo a la edad mayor 30 años.⁹

La edad influye en la disminución de la fecundidad femenina conforme ella está cerca de la perimenopausia. La tasa de embarazos disminuye de 1,3 por cada 1000 mujeres de 45 a 49 años de edad y a 1 por cada 25000 al pasar los 50 años. Entre otras actividades fisiológicas, la disminución de las prostaglandinas en las trompas ocurre en la menopausia. La mayoría de mujeres dejan de ovular después de los 52

años, aunque se ha notificado 15 casos de embarazo después de la menopausia.¹⁰

En el país, la Tasa Global de Fecundidad, fue de 2.5 a 1.9 hijos por mujer para el período 2015-2020 según la Encuesta 2020. La Tasa Global de Fecundidad estimada para el área rural (2.5) fue 28% más alta que la del área urbana (1.8).¹¹

Las tasas de fecundidad por edad, en promedio fueron relativamente bajas al comienzo de la vida reproductiva, pero alcanzan su mayor nivel en los grupos 20 a 24 y 25 a 29 años de edad. La fecundidad desciende rápidamente a partir de los 35 años de edad.¹¹

En el área urbana, la fecundidad por edad alcanza su mayor nivel en el grupo de 20 a 24 años de edad disminuyendo en el grupo de 25 a 29 años y de 30 a 34 años, aportando el 77.7% en la fecundidad en esta área y de 35 a más edad aportan el 23.3%.¹¹

En el área rural, la fecundidad por edad muestra mayores niveles de fecundidad en comparación con la costa entre las mujeres de 20 a 24 años de edad, si se adiciona los grupos de 25 a 29 y 30 a 34 años, el aporte de las mujeres de 20 a 34 años fue 80.7% de la fecundidad y de 35 a más edad aportan con el 19.3% a la fecundidad en esa área.¹¹

La Tasa de Fecundidad General (TFG) en el país fue de en promedio de 55 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 49 años de edad. En el área urbana, esta relación fue de 51 y en el área rural de 73 nacimientos por cada mil mujeres en edad reproductiva.¹¹

Todo esto debido a que en las últimas décadas se ha observado que las mujeres deciden postergar el momento del embarazo por diferentes causas, ya sean profesionales, culturales o sociales. Este

acontecimiento se presenta con más frecuencia en países desarrollados donde la mujer busca un mayor crecimiento económico, desarrollo profesional y estabilidad emocional antes de decidir un embarazo, lo cual ha llevado a tener un incremento en gestantes de edad avanzada.¹²

Es por eso que nos planteamos el siguiente problema:

¿Existirá relación entre el embarazo prolongado y la presencia de preeclampsia en gestantes de edad materna avanzada en la Red de Salud Ascope, periodo 2017-2021?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo General

Determinar la relación del embarazo prolongado y la presencia de preeclampsia en gestantes de edad materna avanzada en la Red de Salud Ascope, periodo 2017-2021.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Identificar el porcentaje de embarazo prolongado en gestantes de edad materna avanzada en la Red de Salud Ascope, periodo 2017-2021.
- Identificar el porcentaje de preeclampsia con y sin signos de severidad en gestantes de edad materna avanzada en la Red de Salud Ascope periodo 2017-2021.
- Identificar el grado de instrucción y procedencia, en las gestantes con edad materna avanzada en la Red de Salud Ascope, periodo 2017-2021

1.3 JUSTIFICACION

Desde el punto de vista teórico debido a que actualmente muchas mujeres deciden dedicar sus años más fértiles a su realización profesional o crecimiento laboral conllevando esto a que la maternidad se postergue hasta alrededor de los 35 años donde manifiestan su deseo de ser madres. La mayoría de bebés que nacen de mujeres con edad materna avanzada nacen sanos. Sin embargo, es un hecho inevitable que los riesgos durante el embarazo aumentan con la edad, debido en parte al deterioro de la salud general de la madre, la disminución en la cantidad y calidad de los óvulos, y los cambios en la salud reproductiva de la mujer.

Desde el punto de vista social, en la actualidad es más frecuente observar a mujeres con antecedentes de multiparidad, obesidad, problemas médicos subyacentes que agregados a la edad materna avanzada constituyen factores que contribuyen a aumentar el riesgo de un desenlace adverso en el transcurso de la gestación.

Desde el punto de vista práctico en la Red de Salud Ascope se observó que las mujeres en esta etapa tienden a presentar múltiples factores de riesgo a consecuencia de los signos y síntomas propios de los cambios por su edad, como es el aumento de la presión arterial, la obesidad y que son problemas de suma importancia que trae complicaciones y riesgos como la preeclampsia por esa razón nos planteamos realizar este trabajo de investigación con el propósito de ver la relación del embarazo prolongado y la presencia de preeclampsia para poder mejorar la captación temprana de estas gestantes así como brindar metodología anticonceptiva apropiada para evitar nuevos embarazos.

No existen trabajos realizados en nuestra jurisdicción sobre mujeres en edad materna avanzada con embarazo prolongado y que además presenten preeclampsia, por lo que es importante y necesario realizar esta investigación.

II. MARCO DE REFERENCIA

2.1. MARCO TEORICO

De acuerdo con la última versión manejada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, en septiembre de 2014, publicada en las guías de manejo clínico para obstetras y ginecólogos, el embarazo prolongado es aquel que se extiende más allá de las 42 semanas de amenorrea cumplidas.¹³ Este límite coincide con un aumento de la morbi-mortalidad perinatal. Cuando es el caso de mujeres con ciclos menstruales previos irregulares o existen dudas de la fecha de última menstruación, se establece una edad gestacional con base en la probable fecha de ovulación.¹⁴

En un estudio clásico de Boyce, en 1976, en donde estableció una curva térmica a partir del inicio del embarazo en 317 mujeres, llegó a la conclusión que cuando se determina la duración del embarazo a partir de la última menstruación, la tasa de embarazos prolongados resulta 3

veces mayor a la real.¹⁴ Una ecografía precoz siempre será de utilidad para conocer la edad gestacional. De existir discordancia entre la edad gestacional estimada por la paciente, según su último periodo menstrual, y la edad estimada por ecosonografía, siempre se le dará mayor valor diagnóstico a este último.^{13,15}

La causa más frecuente de un aparente embarazo prolongado es un error en la estimación de la edad gestacional.^{15,16} Cuando un embarazo postérmino realmente existe, la causa usualmente es desconocida.¹⁷ Los factores de riesgo más comúnmente identificables son la primiparidad y un embarazo postérmino previo,^{17,18} pudiendo estar asociado a la deficiencia de sulfato placentario o la anencefalia fetal.²⁰

La predisposición genética interviene en la prolongación del embarazo.^{19,21} Vainsanen-Tomimiska M. y colaboradores realizaron un estudio en Finlandia en 2004 donde concluyen que las reducciones en la liberación de los niveles de óxido nítrico cervical pueden contribuir al embarazo prolongado.²² Se pueden considerar predisponentes del embarazo prolongado a el bajo nivel socioeconómico que puede vincularse con una amenorrea no confiable, El antecedente de embarazo prolongado puede aumentar en 50% la probabilidad de repetición, Macrosomía fetal.²⁴ La hidrocefalia, la trisomía, hipoplasia congénita de las suprarrenales y defectos en el tubo neural en el producto (anencefalia), son descritos como precursores de embarazos prolongados.²⁵

Existen factores mecánicos para determinar el embarazo prolongado como lo son: la desproporción céfalo pélvica y/o resistencia anormal de cuello uterino, secundaria a una anomalía de la maduración de origen metabólico. Hipotiroidismo materno, así como la preeclampsia, la edad

materna y la paridad son factores aún controversiales,^{26,27} el sexo masculino puede estar asociado con la prolongación del embarazo.²⁸

Por definición, el embarazo prolongado está directamente relacionado con el riesgo fetal. La tasa de mortalidad perinatal (óbito fetal, muerte neonatal temprana) más allá de la semana 42 de gestación es el doble que el embarazo a término (4-7 muertes versus 2-3 muertes por 1000 nacimientos) y se incrementa aún más a la 43 semana de gestación. La insuficiencia uteroplacentaria, síndrome de aspiración de meconio y la infección intrauterina contribuyen al incremento en la tasa de muertes perinatales.²⁸

El embarazo prolongado es un factor de riesgo independiente para niveles bajos de pH arterial umbilical y baja calificación de Apgar a los 5 minutos.²⁸ Por estas razones, la tendencia, en nuestro medio, ha sido la interrupción del embarazo a las 41 semanas completas, eligiendo la vía de acuerdo con las condiciones fetales y cervicales.²⁹ Aunque los infantes posttérmino son más grandes que los infantes a término y tienen una mayor incidencia de macrosomía fetal (2.5-10% versus 0.8-1%),^{29,30} ninguna evidencia apoya la inducción del trabajo de parto como una medida preventiva en semejantes casos.

Para determinar el tratamiento de la embarazada en la que exista certeza en la prolongación del estado gestacional, debemos considerar, tanto las condiciones fetales como las condiciones maternas. Si existe alguna indicación para operación cesárea, se valorará el momento oportuno para realizarla. Es razonable iniciar la vigilancia prenatal de los embarazos posttérmino a partir de la semana 40, al existir evidencia de morbi-mortalidad incrementada en edades gestacionales más avanzadas.²⁹

Existe un rango de normalidad en tiempo en el que se desarrolla el primer periodo de trabajo de parto. Cuando se supera dicho rango, se deben discutir los riesgos y beneficios del manejo expectante (monitorización e inducción del trabajo de parto), así como sus alternativas. Los factores a considerar, en dicha discusión, previamente habiendo descartado la desproporción céfalo pélvica, son la edad materna. cuando la edad materna de la gestante es avanzada existe mayor riesgo de mortalidad materna.³¹

Desarrollando el tema de la edad materna debemos remitirnos hasta 1958 donde se ha definido a la edad materna avanzada o gestante añosa como aquella gestación que se inicia en mayores de 35 años, aunque la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras la define igual. Sin embargo, a la fecha existe controversia de la edad exacta, pues algunos autores refieren a los 40 años o incluso a partir de 45 años.³²

Se asocia a mayores porcentajes y resultados adversos en el embarazo, tanto materno como neonatal; puede presentar diferencias significativas en el riesgo según grupos de 35 a 39 años, 40 a 45 años y de 45 años a más. Además, tienen más probabilidades de tener enfermedades subyacentes: preeclampsia, hipertensión, diabetes y obesidad, que incrementan el riesgo de morbimortalidad.³³

A partir de 35 años, el riesgo es mayor, debido a lo que ha sido denominado desgaste fisiológico y a la aparición de patologías propias del envejecimiento; dado que el embarazo es un estado fisiológico donde se forman dos productos, la placenta y el feto, se acompaña de una demanda energética elevada y un incremento en los requerimientos de oxígeno³⁴ ; además del incremento y de la intensa actividad placentaria, se originan también especies reactivas del oxígeno (EROs) del propio metabolismo embrionario, que pudieran ocasionar bloqueos y restricción

del desarrollo; hasta llevar a un estado conocido como 'estrés oxidativo'.³⁵

Las madres de 35 años a más, presentan complicaciones debido a sucesos fisiopatológicos que se manifiestan mientras la edad avanza, existe una declinación de la fertilidad a causa del envejecimiento ovárico progresivo, disminuyendo la dotación folicular y la alteración de la calidad de los ovocitos, siendo estos importantes en el desarrollo embrionario y tasas de gestación. Además existe una disminución de la enzima superóxido dismutasa (SOD) citosólica en placenta de gestantes añosas indica una menor capacidad de dismutación del radical libre superóxido, y por ende uno de los mecanismos enzimáticos antioxidantes disminuido.³⁶

El hecho de tener menor actividad antioxidante, en lo que se refiere a la SOD y GSH (glutación total) en las gestantes añosas, implicaría un mayor daño oxidativo potencial o daño oxidativo subclínico expresado por otros mecanismos diferentes a la lipoperoxidación. También, puede proponerse que la gestante añosa aún no complicada necesitaría disponer de otros sistemas antioxidantes que compensen a la SOD y GSH disminuidas, para no llegar a producir mayor daño oxidativo.³⁷

Las placentas obtenidas de mujeres añosas muestran menor capacidad de defensa antioxidante frente a las placentas obtenidas de mujeres no añosas, los hallazgos sugieren que los mecanismos oxidativos actúan de forma diferente en un embarazo en la edad madura (sin patologías asociadas), que en la etapa ideal de gestación, por lo que se debe proponer un manejo diferente, mediante una visión antioxidante de la atención al embarazo, que permita disminuir los riesgos de morbimortalidad materna-perinatal.³⁷

La principal complicación materna es la preeclampsia que es una complicación del embarazo y es la tercera causa de muerte asociada al embarazo a nivel mundial. La incidencia se estima en 3-10% de mujeres embarazadas³⁸, lo que representa 15% de las causas de mortalidad materna y de 20- 25% de la mortalidad perinatal.

En el Perú, los desórdenes hipertensivos leves a severos han sido encontrados entre 4.80–7.31%, en gestantes que acuden a hospitales.^{39,40,41,42} Es un síndrome multisistémico de gravedad variable y específico del embarazo, que se caracteriza por reducción de la perfusión sistémica, generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se manifiesta después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras 06 semanas posteriores a éste, con un cuadro clínico caracterizado por hipertensión arterial igual o mayor de 140/90 mmHg acompañada de proteinuria, edema (aunque éste es un signo frecuente ya no se considera un signo discriminatorio), cefalea, acufenos, fosfenos, dolor abdominal y alteraciones de los estudios de laboratorio.^{43,44,45}

La preeclampsia se presenta de dos formas la primera es la preeclampsia leve cuando existe una tensión arterial sistólica mayor o igual 140 mmHg y menor a 160 mmHg, la tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg y menor de 110 mmHg en embarazo mayor o igual a 20 semanas, con proteinuria en tirilla reactiva positiva, o proteinuria en 24 horas mayor o igual a 300 mg hasta menor de 5 gramos, y ausencia de signos, síntomas y exámenes de laboratorio que indiquen severidad.^{46,47,48}

La otra forma es la preeclampsia severa cuando la tensión arterial sistólica es mayor o igual a 160 mmHg, y la tensión arterial diastólica mayor o igual de 110 mmHg en embarazo mayor o igual a 20 semanas,

además proteinuria en 24 horas mayor o igual a 5 gr o proteinuria en tirilla reactiva +++ y presencia de uno de los siguientes signos, síntomas y exámenes de laboratorio: Vasomotores: cefalea, tinitus, acúfenos, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho. Hemólisis. Plaqueta menor a 100 000 mm³. Disfunción hepática con aumento de transaminasas. Oliguria menor 500 ml en 24 horas. Edema agudo de pulmón. Insuficiencia renal aguda.⁴⁷

Aunque la diferenciación de la preeclampsia en grados (leve y grave) es clásica y útil con fines didácticos, debe tenerse mucho cuidado, ya que el calificativo "leve" puede crear una impresión falsa de seguridad y es bien sabido, sin embargo, con cuanta rapidez se pasa de un estado a otro, e incluso, a las formas más peligrosas de la enfermedad.⁴⁷

La edad materna avanzada predispone a la gestante a la preeclampsia constituyen uno de los principales factores de riesgo de hipertensión inducida por el embarazo, y se ha informado que en estos casos el riesgo de padecer una preeclampsia se duplica. Múltiples conjeturas han tratado de explicar este riesgo incrementado. Se ha planteado que las mujeres mayores de 35 años padecen con mayor frecuencia enfermedades crónicas vasculares, y esto facilita el surgimiento de la preeclampsia.⁴⁸

2.2. ANTECEDENTES

A nivel Internacional

Casado I⁴⁹, en su estudio Complicaciones en las mujeres embarazadas mayores de 40 años, España, 2021 encontró como resultado que, en estas últimas décadas, debido a los diversos factores sociodemográfico a los que estamos sometidos continuamente, la edad materna se ha ido retrasando. Las repercusiones médico-obstétricas que este avance en la

edad de concebir ocasiona, han sido recogidas en el presente trabajo. Para ello se ha analizado una muestra de 54.540 mujeres que han dado a luz en los últimos 10 años en el Hospital Universitario de Cruces, Bizkaia, España. Se ha dividido la muestra en 2 grupos dependiendo de la edad (mujeres <40 años y > 40 años) y se han estudiado las siguientes variables: Trastornos hipertensivos del Embarazo, Trastornos Glucémicos, paridad, embarazo múltiple, prematuridad, terminación, anestesia, realización de cesárea, peso al nacimiento, Test Apgar 5', pH intraparto de calota y cordón, ingreso en Unidad de Neonatología, y mortalidad perinatal. Para realizar la correlación estadística se ha utilizado el Riesgo Relativo y el Chi², considerando en ambos un resultado estadísticamente significativo una $p < 0.05$. Una vez realizado el estudio, podemos afirmar que la mayoría de variables analizadas, y por tanto, la probabilidad de que se dé un desenlace adverso que repercuta en la salud materna y perinatal es mayor en el grupo de mujeres ≥ 40 años.

Bajana M⁵⁰., Carrasco A., en Cuenca Ecuador 2019, se realizó un estudio en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador, de tipo observacional, analítico y transversal, Al evaluar su nivel de educación se encontró que la mayoría tenía un nivel secundario. Al analizar los diferentes factores asociados según el grupo etario, se identificó que las mujeres del grupo etáreo mayores a 30 años se asociaron con la presencia de hipertensión arterial en el embarazo $X^2=36,340$ ($p < 0,001$), preeclampsia $X^2=24,216$ ($p < 0,001$), realización de cesárea $X^2=22,686$ ($p < 0,001$), ruptura prematura de membranas $X^2=7,315$ ($p=0,007$), hemorragia postparto $X^2=7,248$ ($p=0,007$), desproporción cefalopélvica $X^2=6,858$ ($p=0,009$), parto prematuro $X^2=19,663$ ($p < 0,001$) y muerte fetal $X^2=7,763$ ($p=0,005$); concluyendo

que existe una asociación entre las mujeres mayores de 30 años y la presencia de diferentes complicaciones gestacionales.

Donoso E., Carvajal A⁵¹., et al., en Chile, el 2019, realizaron un estudio titulado La edad de la mujer como factor de riesgo de la mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil, El estudio se realizó en base poblacional (2010-2016) analizando datos brutos de los anuarios de estadísticas vitales del Instituto Nacional de Estadística de Chile. Se calcularon las tasas de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil para cada quinquenio. Resultados: Las mujeres entre 20-29, 25-34 y menores de 30 años presentaron la menor tasa de muerte fetal, neonatal/infantil y materna, respectivamente. Las mayores razones de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil se encontraron en gestantes de 45 a 49 años. El riesgo de mortalidad fetal, neonatal e infantil se duplicó en los 40-44 y la mortalidad materna a partir de los 30-34 años. Conclusiones: Sus resultados sugieren que el rango de edad materna con menor riesgo reproductivo general es entre 20-29 años. Este hallazgo debe ser considerado en futuros estudios de riesgo reproductivo y para un adecuado asesoramiento sobre la concepción. El embarazo adolescente y la edad materna avanzada se asocian con un mayor riesgo de muerte materna, perinatal e infantil. Sin embargo, no se ha establecido la edad materna con menor riesgo reproductivo.

Bermello M, Uquillas M⁵², Portoviejo-Manabí-Ecuador 2018, realizaron una investigación acerca del “Caracterización del embarazo en edad avanzada y sus repercusiones materno-fetales” Como principales resultados se encontró que las embarazadas en edad avanzada constituyen el 9% del total de embarazos atendidos en este establecimiento, sobre todo: a edades entre 35 a 39 años, con una edad gestacional de 37 a 41.6 (término) y con un tipo de embarazo único; la

mayoría tiene un estilo de vida sedentario, con controles prenatales deficientes (menos de 5 consultas). En cuanto a la presencia de complicaciones materno-fetales en el embarazo actual el 82% de las embarazadas de 35 años y más las presentó, el 67% presentaron complicaciones maternas.

Robles Torres J⁵³, durante el 2019 realizó un estudio observacional, analítico para determinar los factores de riesgo materno y perinatal en gestación mayor a 40 semanas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales Lima Perú. Un total de 464 gestantes. Los factores de riesgo maternos y perinatales en gestación mayor a 40 semanas son: edad > 34 años, nivel socioeconómico bajo, antecedente de parto prolongado, IMC > 35 kg/m² y nuliparidad; asimismo, el embarazo mayor a 40 semanas incrementó considerablemente la probabilidad de tener un RN macrosómico.

Heffner LJ.⁵⁴, Boston-EEUU, 2018 realizó un artículo de población sobre El embarazo en la edad avanzada. ¿Cuán grande es demasiado grande? donde concluye que por supuesto la mejor época es la década entre los 25 y los 35 años. Para las mujeres que están entre los 35 y 45 años que no hayan podido optar por un embarazo más temprano, esta época es lo suficientemente segura como para que la edad materna sea una contraindicación. Sin embargo, ellas deben saber que deberán esperar una disminución de la fertilidad, un aumento moderado de abortos espontáneos y anomalías cromosómicas pasando los 40 años de edad. Los embarazos peri y post menopáusicos serán una opción para aquellas mujeres que tengan la suerte de estar sanas y ser lo suficientemente ricas como para perseguir esta empresa.

Ziadehny col. (2019)⁵⁵, el estudio se realizó en el Hospital Princess Badeea Enseñanza en el norte de Jordania entre enero 1 del 2019 y el 1

julio de 2019. evaluaron a 468 gestantes > 40 años, la prevalencia fue de 1.8%, el 10.7% eran nulíparas, hubo más casos de RN de bajo peso en nulíparas que en multíparas; hubo mayores casos de prematuridad que las gestantes más jóvenes. Las gestantes añosas estaban con mayor riesgo de preeclampsia (18% en nulíparas y 14% en multíparas) comparado con las gestantes más jóvenes (8% nulíparas y 6% en multíparas), las gestantes añosas desarrollaban más embarazo prolongado, preeclampsia, y placenta previa. Las multíparas añosas tenían una incidencia creciente de mala presentación, patrón de trabajo de parto anormal, mayor riesgo del RN a la unidad de cuidado especial y Apgar bajo al minuto, eran más probable que el RN experimente asfixia del nacimiento, además de ruptura prematura de membranas, y sangrado vaginal antes del parto.

Mostello D, y col. (2020)⁵⁶ , en su estudio de casos y controles de base poblacional a partir de datos del certificado de nacimiento del Missouri. Datos de mujeres que dieron a luz con feto único de sus 2 primeros embarazos entre 1989 y 1997 (2 332 casos con preeclampsia en el segundo embarazo y 2 370 casos de control) se analizaron mediante regresión logística. Encontró que el antecedente de un embarazo con preeclampsia confería mayor riesgo de preeclampsia en el segundo embarazo y que este riesgo era inversamente proporcional a la edad gestacional del primer embarazo si el primer embarazo alcanzó solo 20-33 semanas (OR 15; IC 95% 6.3-35.4); si fue de 33-36 semanas (OR 15; IC 95% 6.3- 35.4); si fue de 37 a 45 semanas (OR 7.9; IC 95% 6.3-10). Conclusión: El riesgo relativo de recurrencia de preeclampsia aumenta con menor edad gestacional al momento del parto del primer embarazo que se complicó con preeclampsia.

A nivel Nacional

Abregu J⁵⁷, Tarma Perú 2020, en su estudio encontró que las características de las gestantes de edades extremas fueron; el 61,5% eran de 18 - 19 y el 38,5% de 35 a más años; el 65.4% eran convivientes; con un 84,6% de educación secundaria. En cuanto a las características de los familiares de las embarazadas fueron un 54.3% de 20 a 30 años; el 11.5% eran madres, 2,8% padres y 85.7% eran esposos; con el 77,1% de educación secundaria. El nivel de conocimiento sobre signos de alarma fue alto en 84,6% en embarazadas de edades extremas. El nivel de conocimiento sobre signos de alarma también fue alto 80% en los familiares de las embarazadas de edades extremas. Las embarazadas recibieron la información sobre signos de alarma en 88.3% de obstetras, un 3.9% de médico, familiares y enfermera respectivamente de cada profesional; y recibieron información los familiares sobre signos de alarma un 91,5% de obstetras, 2.8% de médico y un 5.7% de sus familiares. Concluyendo que el nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma durante el embarazo en embarazadas de edades extremas y sus familiares era alto en un 88,5%.

Huamani L⁵⁸., Ayacucho 2019, en su estudio sobre complicaciones obstétricas y perinatales de las embarazadas de edades extremas atendidas en el Hospital Apoyo Sivia de Huanta, 2018 y 2019, Los resultados obtenidos y conclusiones fueron que las principales complicaciones obstétricas y perinatales de las gestantes de edades extremas fueron; anemia 68,6%, ITU 67,6%, RCIU 30,6% y recién nacido de bajo peso 27,8%.

Sepúlveda L⁵⁹., en Trujillo Perú 2018 en su estudio Edad extrema y periodo intergenésico relacionado al trabajo de parto prolongado en

gestantes atendidas en el Centro de Salud El Bosque 2018, encontraron que tenían un período intergenésico corto el 52.8%, un periodo intergenésico largo 30.6% y un periodo intergenésico adecuado el 16.6%, tuvo un trabajo de parto prolongado el 62.5% y no presentó trabajo de parto prolongado el 37.5%. Respecto a la relación entre variables, logró demostrar que existe relación estadística muy significativa entre la edad extrema y el trabajo de parto prolongado ($p < 0.05$) Concluyendo que existe relación entre la edad extrema y el periodo intergenésico con el trabajo de parto prolongado.

Llanos K.⁶⁰., en Cajamarca 2014, realizó un estudio sobre Conocimientos, actitudes y sintomatología relacionados a la etapa menopáusica en mujeres de distritos rurales de la sierra peruana. Resultados: el estudio fue aplicado a 97 mujeres entre 40 a 50 años, quienes refirieron que consideran a la etapa menopáusica como el desarrollo normal de la edad (90.72%), donde se presentan actitudes de calma y alivio (85.56%) y frustración (69.07%) mayoritariamente, con síntomas sobre todo de cambios vasomotores (44.36%). El 38.14% refirió alterar su estilo de vida por los síntomas de la menopausia. Conclusiones: La mayoría de mujeres acepta esta etapa como un proceso natural, con alteraciones en el estilo de vida en casi un tercio de pacientes.

Moreno y col. (2018)⁶¹ en su estudio caso control realizado en el Hospital Dos de Mayo, Lima. Con el objetivo de Evaluar la obesidad como factor de riesgo de preeclampsia. Se comparó 107 mujeres preeclámpticas con 107 gestantes normotensas, pareadas para edad gestacional (± 1 semana). Se correlacionó peso pregestacional con la presencia de preeclampsia. La preeclampsia estuvo asociada con una edad de 35 años o más (OR 3,0; IC 95% 1.2-7.9), historia de preeclampsia en el

embarazo previo (OR 5,4; IC 95% 1.6-17.9) y obesidad (OR 6,5; IC 95% 6.2-2.8), considerada como el tercil más alto de los parámetros IMC, pliegue tricípital y circunferencia braquial media en el grupo control. Existió significativa tendencia lineal de riesgo de preeclampsia con estos parámetros ($p < 0,001$). Conclusiones: Las mujeres obesas deben ser cuidadosamente controladas, para reducir la incidencia de preeclampsia y sus complicaciones.

Ostlund I y col. (2014)⁶² en un estudio poblacional realizado en Suecia, con Registro Médico de Nacimientos de 1992 a 1996 ($n = 430\ 852$), cuyo objetivo fue: determinar si la diabetes mellitus gestacional (DMG) aumenta el riesgo de preeclampsia independiente de otros factores de riesgo. Resultados: DMG se produjo en el 0.8% y la preeclampsia en el 2.9% de todos los embarazos. La tasa de preeclampsia fue mayor en el DMG que en el grupo no DMG (6.1% frente a 2.8%). La edad avanzada, nulípara, hipertensión crónica, enfermedad renal, y un alto IMC se asociaron de forma independiente con un mayor riesgo de preeclampsia. El tabaquismo se asocia con un menor riesgo. Se encontró ORa para DMG como factor de riesgo para la preeclampsia fue 1,61 (IC 95% 1.39-1.86). Conclusiones: Existe una asociación independiente y significativa entre DMG y la preeclampsia. La obesidad es un factor de confusión importante, pero no pudo explicar el total del exceso de riesgo.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Embarazo prolongado: cuando la futura madre presenta 42 semanas a más de embarazo.⁶³

Preeclampsia (OMS): La preeclampsia es un trastorno hipertensivo que puede ocurrir durante el embarazo y el posparto y que tiene repercusiones tanto en la madre como el feto. A nivel mundial, la

preeclampsia y otros trastornos hipertensivos del embarazo son una de las principales causas de enfermedad y muerte materna y neonatal.⁶⁴

Preeclampsia con signos de severidad: La PE con signos de severidad, es aquella que se asocia a PA sistólica > 160 mmHg y/o diastólica >110 mmHg, o evidencias de daño en órganos blancos y proteína en orina cualitativa de 2 a 3 + TASS o cuantitativa > 2 g en orina de 24 horas⁶⁵

Preeclampsia sin signos de severidad: La PE sin signos de severidad es aquella que solo presenta PA sistólica >140 mmHg y/o diastólica >90 pero menor de 160/110mmHg, sin ninguna disfunción hematológica, renal, hepática, pulmonar o neurológica y sin signos de compromiso fetal⁶⁵.

Edad materna avanzada: la Federación internacional de ginecólogos y obstetras (FIGO), en el año 1958, definió a la edad materna avanzada como aquella mujer que se embaraza a partir de ≥ 35 años de edad⁶⁶.

2.4. SISTEMA DE HIPOTESIS

HIPOTESIS ALTERNA

Existe relación significativa entre embarazo prolongado y la presencia de preeclampsia en gestantes de edad materna avanzada en la Red de Salud Ascope, periodo 2017-2021.

HIPOTESIS NULA

No existe relación significativa entre embarazo prolongado y la presencia de preeclampsia en gestantes de edad materna avanzada en la Red de Salud Ascope, periodo 2017-2021.

2.5. VARIABLES E INDICADORES

Variable	Definición operacional	Escala	Indicador	Categoría	Índice
Independiente	Embarazo prolongado se tomará en cuenta a todas las pacientes con 41 semana más registrados en la historia clínica	Nominal	Embarazo prolongado/ Historia clínica	*Gestación con 41 semanas a más. SI/NO	SI/NO
Dependiente	Preeclampsia Se tomarán los datos de	Nominal	Preeclampsia/ Historia clínica/	*Preeclampsia sin signos de severidad.	

	acuerdo a lo escrito en la historia clínica			*Preeclampsia con signos de severidad. *No presenta preeclampsia.	SI/NO
	Edad materna avanzada Se tomo en cuenta a la gestante de 35 años a más, de edad que presentaron al momento de salir embarazada en los años 2017-2021		Edad materna avanzada	35-37 años 38 a más años	SI/NO
Co-variables	Grado de instrucción se tomará en cuenta el más alto nivel educativo consignado en la historia	ordinal	Grado de instrucción/ historia clínica	*Analfabeta 0 años *Primaria 1/6to Grado *Secundaria 1°a 5°años *Superior superior universitaria	

	clínica al momento de hacer el estudio			superior técnico	
	Procedencia se registrada el lugar de donde procede la paciente que este registrado en la historia clínica	nomin al	Procedencia/ Historia clínica	*Zona rural *Zona urbana	SI/NO

III. METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION

Tipo de Estudio: cuantitativo, descriptivo de relación.

3.2. POBLACION

3.2.1 POBLACION DE ESTUDIO

Población universo: Estuvo conformada por todas las gestantes que fueron atendidas en IPRESS de Red Ascope, periodo 2017-2021, población identificada 994 pacientes registradas

Población de estudio: Estuvo conformada por 182 gestantes de edad materna avanzada que fueron atendidas en IPRESS de Red Ascope y seleccionadas aleatoriamente en el periodo 2017-2021.

3.2.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

*Historias clínicas de mujeres gestantes con edad materna avanzada durante el periodo 2017-2021.

*Historias clínicas con datos completos.

*Historias clínicas donde se consigna que viven en la provincia de Ascope.

Criterios de exclusión:

*Historias clínicas de mujeres gestantes con fecha de última regla dudosa durante el periodo 2017-2021.

*Historias clínicas que no encuentren en el archivo de las IPRESS.

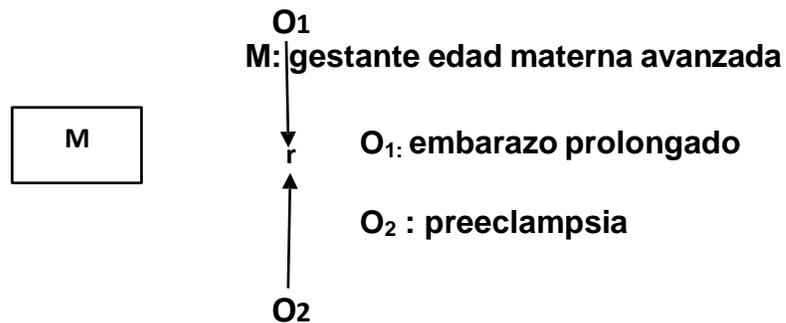
*Historias clínicas de gestantes con mortalidad materna.

*Historia clínica de gestantes con diagnóstico de Eclampsia y/o síndrome de HELLP.

3.2.3. MUESTRA

Estuvo conformada por el 100% de las gestantes de edad materna avanzada, durante el periodo 2017-2021, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

3.3. DISEÑO DE CONTRASTACION



Diseño de Investigación: analítica retrospectiva

3.4. TECNICAS E INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

Se empleó la técnica de análisis y observación.

Instrumento: ficha de recolección de datos

Instrumento: Una ficha de recolección de datos con tres partes:

Una sobre datos generales, otra sobre embarazo prolongado y la otra sobre la presencia de preeclampsia en el periodo 2017-2021, para que identifiquen antes, durante y después de su embarazo:

I.- Parte: Datos generales, edad materna avanzada.

II.- Parte: Presencia de embarazo prolongado

III.- Parte: presencia de preeclampsia

Procedimiento:

Se solicitó el permiso correspondiente a la dirección ejecutiva de la Red de Salud Ascope para realizar la investigación.

Se solicitó la base de los datos del monigest de todas la IPRESS de la Red de Salud Ascope del periodo 2017-2021

Con esta base de datos se filtró la información de la Red de Salud Ascope en relación de las gestantes que acudieron a los establecimientos de salud y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Se procedió a la revisión de cada una de las historias clínicas de las gestantes que cumplen con los criterios ya mencionados.

Se tabularon, ingresaron y analizaron los datos en la ficha de recolección.

3.5. PROCESAMIENTOS Y ANALISIS DE DATOS**Procesamiento y Análisis de datos**

Los datos recolectados se ingresaron en una base de la aplicación informática para la gestión de los datos (Excel) realizándose un control de calidad de los datos. Se empleo el paquete estadístico SPSS V26.

Se realizó un análisis, presentando el porcentaje correspondiente para las variables cualitativas y la prueba de chi cuadrado para ver la relación entre las variables, estableciendo la significancia estadística con $p < 0.05$.

3.6. CONSIDERACIONES ETICAS

Se tomó en consideración el código de ética del Colegio de Obstetras del Perú, la declaración de Helsinki²⁸ y empleamos los siguientes criterios:

No pago a los participantes, se garantiza el anonimato de los datos recolectados de las historias clínicas. Se tomó en cuenta los siguientes criterios:

LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA: La información fue ingresada lo más pronto posible en el software con el que se hizo el procesamiento y análisis de datos, las encuestas son almacenadas por las investigadoras hasta culminar la investigación.

VERACIDAD DE LOS DATOS: Se toman los datos que se encuentran.

INOCUIDAD: la investigación no causó ningún tipo de daño en los participantes.

IV. RESULTADOS

4.1 Análisis de resultados

TABLA 1

Embarazo prolongado en gestantes de edad materna avanzada en la Red de Salud de Ascope periodo 2017 al 2021

EMBARAZO PROLONGADO	GESTANTES DE EDAD MATERNA AVANZADA DE 35 AÑOS A MAS	
	N	%
< de 42 semanas	156	85
>de 42 semanas	27	15
TOTAL	183	100

Fuente: HC de Red de salud Ascope 2017-2021

P<0.001

En la tabla 1 se puede identificar que el 85% tiene edad gestacional menor de 42 semanas y el 15% es mayor de 42 semanas, las gestantes tienen un rango de edad de 35 a más. Estos resultados no tienen relevancia estadística.

TABLA 2

Porcentaje de preeclampsia con y sin signos de severidad en gestantes de edad materna avanzada en la Red de Salud Ascope periodo 2017-2021.

GESTANTES EDAD MATERNA AVANZADA
DE 35 AÑOS A MAS

PREECLAMPSIA	N	%
No preclampsia	150	82
Preeclampsia con Signos de severidad	25	14
Preeclampsia sin Signos de severidad	08	04
TOTAL	183	100

Fuente: Red de salud Ascope 2017-2021

P<0.001

En la tabla 2 se puede identificar que el 82% de gestantes en edad materna avanzada no presentaron preeclampsia, el 14% presentó preeclampsia con signos de severidad y el 4% presentaron preeclampsia sin signos de severidad. Estos resultados no tienen relevancia estadística.

TABLA 3

Grado de instrucción y procedencia en las gestantes con edad materna avanzada en la Red de Salud Ascope, periodo 2017-2021

CARACTERISTICAS	TOTAL	%
Nivel Educativo		
Analfabeta	15	8
Primaria	31	17
Secundaria	137	75
Procedencia		
Rural	54	30
Urbana	129	70

Fuente: Red de salud Ascope 2017-2021

En la tabla 3 se observa que las gestantes con edad materna avanzada, en nivel educativo la mayoría 75% tiene secundaria completa seguido por el 17% que tienen primaria y el 8% es analfabeta, en cuanto a su zona de residencia la mayoría 70% vive en zona urbana y el 30% vive en zona rural.

TABLA 4

Relación del embarazo prolongado y la presencia de preeclampsia en gestantes de edad materna avanzada en la Red de Salud Ascope, periodo 2017-2021.

PREECLAMPSIA	<u>EMBARAZO PROLONGADO</u>			
	> DE 42 SE		< DE 42 SE	
	N	%	N	%
No presenta preeclampsia	23	85	127	81
Preeclampsia con signos de severidad	03	11	22	14
Preeclampsia sin signos de Severidad	01	4	7	5
TOTAL GENERAL	27	100	156	100

Fuente: Red de salud Ascope 2017-2021 p >0.05

En la tabla 4 se puede determinar que la mayoría de gestantes con más de 42 semanas de gestación no presenta preeclampsia con un 85%, preeclampsia con signos de severidad 11% y sin signos de severidad 4%. Frente a las gestantes menor de 42 semanas que 81 % no presento preeclampsia, 14% preeclampsia con signos de severidad y 5% sin signos de severidad. Estos resultados no tienen relevancia estadística.

4.2 Docimasia de hipótesis

$H_0 > 0.05$ No existe relación entre el embarazo prolongado y la pre-eclampsia

$H_1 = 0 < 0.05$ No existe relación entre el embarazo prolongado y la pre-eclampsia

Estadístico de prueba $p < 0.05$

Resultado $p = 0.251$

Límite inferior 0.328

Límite superior 0.470

entonces $p > 0.05$

Se acepta hipótesis nula No existe relación entre el embarazo prolongado y la pre-eclampsia

V. DISCUSION

En la tabla 1 se puede identificar que el 85% tiene edad gestacional menor de 42 semanas y el 15% es mayor de 42 semanas, las gestantes tienen un rango de edad de 35 años a más. Estos resultados son similares a los de Robles Torres J⁵³, durante el 2019 realizó un estudio observacional, analítico para determinar los factores de riesgo materno y perinatal en gestación mayor a 40 semanas del Hospital Nacional Sergio E. Bernales Lima Perú, con un total de 464 gestantes, encontró que los factores de riesgo maternos y perinatales en gestación mayor a 40 semanas fue: edad > 34 años, el cuál concluyo que la edad avanzada aumenta el riesgo de tener embarazo prolongado y complicaciones maternas neonatales. Teóricamente García-Monroy L³¹., en su tratado de Embarazo Prolongado, en: Nuñez-Maciel E. et al. Tratado de Ginecología y Obstetricia, Volumen II Capitulo.50. México dice que cuando la edad materna de la gestante es avanzada existe mayor riesgo de mortalidad materna. Teóricamente también Pacheco J. en su texto Climaterio y Menopausia, nos dice que la edad influye en la disminución de la fecundidad femenina conforme ella está cerca de la perimenopausia.

Estos resultados pueden deberse a que las gestantes que acuden al establecimiento de salud apenas están cerca a la fecha probable de parto y están cerca a las 42 semanas, toman hierbas para prepararse para el parto.

Un problema de salud pública es que las mujeres mayores de 35 años todavía no toman conciencia del cese del embarazo a esta edad o el uso de métodos anticonceptivos, porque por su edad son de alto riesgo.

Otra explicación al embarazo a esta edad puede deberse a que cuando se les pregunta porque han salido embarazadas a esa edad manifiestan que por tener una nueva pareja que desea hijo, porque tienen hijas mujeres y quieren el varoncito o viceversa, o porque su ultimo niño a fallecido y quieren un hijo para su vejez, lo que incrementa la posibilidad de aumentar el riesgo.

En la tabla 2 se puede identificar que el 82% de gestantes no presenta preeclampsia y el 14% presenta preeclampsia con signos de severidad y el 4% tienen preeclampsia sin signos de severidad, cabe destacar que el 100% de pacientes encuestados tiene edad materna avanzada, estos resultados coinciden con los encontrados por Bajana M, Carrasco A⁵⁰., al analizar los diferentes factores asociados según el grupo etario, identificaron que las mujeres del grupo etáreo mayores a 30 años se asociaron con la presencia de hipertensión arterial en el embarazo $X^2=36,340$ ($p<0,001$), preeclampsia $X^2=24,216$ ($p<0,001$), también Ziadeh y col⁵⁵. refiere que las gestantes añosas desarrollaban más diabetes gestacional y preeclampsia. Estos resultados nos indican que las mujeres mayores de 35 años tienen mayor probabilidad de desarrollar preeclampsia y otras complicaciones durante el parto. Teóricamente Neira Garzón⁶, nos dice que la pre-eclampsia se presenta típicamente en primíparas durante el tercer trimestre de gestación y viene definida por la presencia de HTA y proteinuria superior a 0,3 g/24 horas, habitualmente asociada a edemas generalizados e hiperuricemia. Existen una serie de factores favorecedores como son la primiparidad, gestación múltiple, hipertensión crónica del embarazo, diabetes gestacional, madre con edad superior a los 35 años. Por eso se señala que hay factores determinantes para la aparición de la preeclampsia principalmente en añosas, también indica que las mujeres mayores de 35 años tienen mayor probabilidad de desarrollar preeclampsia y otras complicaciones durante el parto.

La pre-eclampsia se manifiesta en los embarazos con problemas de implantación inadecuada de la placenta que puede ocurrir en úteros pendulares o sobredistendidos, aumento de la presión arterial, por lo que las gestantes de edad avanzada también llamadas añosas tienen estas tendencias, en el presente estudio en la muestra el 15% ha presentado pre-eclampsia lo que nos indica que estas mujeres se encuentran con una incidencia alta y hay que prevenirlas, realizando una adecuada captación y atención prenatal reenfocada.

En la tabla 3 se observa que, sobre el nivel educativo de las gestantes añosas, el 75% tiene secundaria completa, seguido por el 17% que tienen primaria y el 8% es analfabeta, en cuanto a su zona de residencia la mayoría 70% vive en zona urbana y el 30% vive en zona rural. Estos resultados son similares Bajana M, Carrasco⁵⁰. En su estudio al evaluar su nivel de educación se encontró que la mayoría tenía un nivel secundario y vive en área rural, concluyendo que existe una asociación entre las mujeres mayores de 30 años y la presencia de diferentes complicaciones gestacionales. También los resultados coinciden con los de Abregu J⁵⁷, en su estudio encontró que las características de las gestantes de edades extremas fueron, el 38,5% de 35 a más años, con un 84,6% de educación secundaria.

Estos datos brindan un panorama sombrío sobre las características sociodemográficas de las gestantes añosas, la cual tiene una influencia indirecta, porque el nivel de instrucción que en su mayoría son de nivel secundaria y residen en zonas urbanas tiene una tendencia a tener hijos después de los 30 años por razones económicas y de independencia laboral.

Teóricamente ENDES 2020 nos dice que la Tasa Global de Fecundidad, fue de 2.5 a 1.9 hijos por mujer para el período 2015-2020, también la Tasa Global de Fecundidad estimada para el área rural (2.5) fue 28% más alta que la del área

urbana (1.8), las tasas de fecundidad por edad, en promedio fueron relativamente bajas al comienzo de la vida reproductiva, pero alcanzan su mayor nivel en los grupos 20 a 24 y 25 a 29 años de edad. La fecundidad desciende rápidamente a partir de los 35 años de edad. Si bien estos datos son promedios nacionales, en la provincia de Ascope se presentan gestantes añosas, lo que agrava la situación de las gestantes al momento del parto.

Las gestantes de edad avanzada en la zona de Ascope han mejorado su nivel de instrucción porque hace 15 años predominaba el nivel educativo primario, y analfabetismo, sin embargo, todavía se encuentra un 8% de analfabetas los que nos hace pensar que todavía los profesionales de salud sobre todo las obstetras debemos trabajar los aspectos educativos con el sector educación.

En la tabla 4 se puede determinar que la mayoría de gestantes con más de 42 semanas de gestación no presenta preeclampsia con un 85%, 11% presentó preeclampsia con signos de severidad y el 4% presenta preeclampsia sin signos de severidad. En cuanto a las gestantes con menos de 42 semanas de gestación no presentó preeclampsia el 81% y el 14% presentó preeclampsia con signos de severidad y el 5% no presentó preeclampsia.

No se encontró relación entre estas variables. También Bajana M., Carrasco A⁵⁰ identificaron que las mujeres del grupo etéreo mayores a 30 años se asociaron con la presencia de hipertensión arterial en el embarazo $X^2=36,340$ ($p<0,001$), preeclampsia $X^2=24,216$ ($p<0,001$) concluyendo que existe una asociación entre las mujeres mayores de 30 años y la presencia de diferentes complicaciones gestacionales como la preeclampsia, en ese mismo sentido Ziadeh y col. (2021) evaluaron a 468 gestantes > 40 años, la prevalencia fue de 1.8%, el 10.7% Las gestantes añosas estaban con mayor riesgo de preeclampsia (18% en nulíparas y 14% en multíparas) comparado con las

gestantes más jóvenes (8% nulíparas y 6% en multíparas), las gestantes añosas desarrollaban más embarazo prolongado.

Entonces podemos afirmar que en gestantes añosas, el que desarrolle un embarazo prolongado complica su estado gestacional y también aumenta sus probabilidades de padecer preeclampsia. La edad materna avanzada predispone a la gestante a la preeclampsia constituyen uno de los principales factores de riesgo de hipertensión inducida por el embarazo, y se ha informado que en estos casos el riesgo de padecer una preeclampsia se duplica. Múltiples conjeturas han tratado de explicar este riesgo incrementado. Teóricamente Kitlinski M.L., Kallen K., Marsal K, Olofsson P, nos dicen que existen variables para determinar el embarazo prolongado como lo son: los problemas relacionadas al metabolismo endocrinológico. Se ha planteado que las mujeres mayores de 35 años padecen con mayor frecuencia enfermedades crónicas vasculares, y esto facilita el surgimiento de la preeclampsia, si a esto se le agrega que el embarazo es prolongado será mucho más complicado el parto.

En este estudio se puede decir que existe riesgo de presentar preeclampsia en mujeres de 35 años a más, por lo que debemos establecer estrategias de captación temprana y control frecuente de estas gestantes para evitar complicaciones, que se evidencia en la parte asistencial y no estadísticamente, ya que fue $p > 0.05$ y no se encontró relación estadística.

CONCLUSIONES

- El porcentaje de embarazo prolongado en gestantes de edad materna avanzada fue del 15% en la Red de Salud Ascope, periodo 2017-2021.
- El porcentaje de preeclampsia con y sin signos de severidad en gestantes de edad materna avanzada fue del 18% en la Red de Salud Ascope periodo 2017-2021.
- El grado de instrucción presentado fue del 75% secundaria y proceden de la zona urbana el 70%, de las gestantes con edad materna avanzada en la Red de Salud Ascope, periodo 2017-2021
- No existe relación del embarazo prolongado y la presencia de preeclampsia en gestantes de edad materna avanzada en la Red de Salud Ascope, periodo 2017-2021, $p > 0.05$.

RECOMENDACIONES

PARA LA ESTRATEGIA DE SALUD SEXUAL Y FREPRODUCTIVA DE LA RED DE SALUD ASCOPE.

1. Realizar investigaciones sobre las complicaciones maternas relacionadas a la edad avanzada ya que se tiene una población considerable en la Red de Ascope 15%
2. Realizar capacitaciones sobre el manejo y detección de las complicaciones en estas gestantes para prevenir la morbimortalidad materna
3. Asignar funciones a las Obstetras especialistas para plantear estrategias de control y seguimiento de las pacientes sobre todo de alto riesgo como son las gestantes de edad materna avanzada con preeclampsia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. F.Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno et al /Obstetricia de Williams 22^a. Edición McGraw-Hill Interamericana, México, 2018.
2. Abdul-Karim RW, Beydoun SN, 2018. Citado de Embarazo prolongado y postmadurez. En: Iffy L, Kaminetzky HA. Obstetricia y Perinatología. Principios y práctica. t2. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana;1986.p.1484-9.
3. American College of Obstetricians and Gynecologist. Clinical management guidelines for obstetriciangynecologists. Management of Post-term Pregnancy. ACOG Practice Bulletin 2017; 55(104): 639-646.
4. Gelisen O, Caliskan E, Dilbaz S, et al. Induction of labor with different techniques at 41 weeks of gestation or spontaneous follow up until 42 weeks in women with definitely unfavorable cervical scores. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2015; 120(2):164-169.
5. Corrales A, Carrillo T. Problemática actual del embarazo prolongado: Esperar o inducir. Revista Cubana de Obstet y Ginecol 2002; 28
6. Neira G., L., Tema: Prevalencia de preeclampsia en gestantes añosas y propuesta de un protocolo preventivo en el Hospital Miguel H. Alcívar de Bahía de Caráquez. desde septiembre del 2018 a febrero del 2013.
7. Sanchez S, y col. Factores de riesgo preeclampsia en mujeres. Rev Ginecol Obstet Perú. 2017; 47:102-111.
8. Alfaro M. Asociación entre el control prenatal y la Preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - 2017. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
9. Todoensaludfemenina.org [Internet]. Mexico: PEN S.A, 2015. [Actualizado 31 Nov 2015; citado 1 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.todoensaludfemenina.org/tesf2/servlet/CtrlVerArt?clvart=12788>.
10. Pacheco J. Climaterio y Menopausia [Internet]. Vol. 40. 1era ed. Perú: Resumen del Congreso extraordinario de Ginecología y Obstetricia, Octubre

1997. [Actualizado 31 Nov 2018; citado 1 Dic 2018]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol_40n1/climaterio.htm
11. INEI Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Endes 2020 INEI.GOB.PE [Internet]. Perú: INEI [citado 10 mar 2022]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/
 12. Lemor A. Relación entre la edad materna avanzada y la morbilidad neonatal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Enero-Octubre del 2016. *Horiz Med.* 2014; 14 (2): 22-26
 13. Boyce A., Mayaux MJ, Schwartz D. Classical and true gestational post-maturity. *Am J Obstet Gynecol.* 2016; 125: 911-914.
 14. Bennett KA, Crane JM, O`shea P, Lacelle J, Hutchens D, Copel JA. First trimester ultrasound screening is effective in reducing postterm labor induction rates: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;190(4):1077-81.
 15. Crowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term (Cochrane review). *eds: The Cochrane Library, Issue 2, 2017.*Chicester, UK: John Wiley And Sons, Ltd. (Meta-analysis).
 16. Neilson J.P Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane library, Issue 2, 2016.* Chicester, UK: John Wiley And Sons, Ltd. (Meta-analysis).
 17. Alfirevic Z, Walkinshaw SA. Management of post-term pregnancy: to induce or not? *Br. J. Hosp Med* 2015; 52:218-21 (Level III).
 18. Mogren I, Stenlund H, Hogberg U. Recurrence of prolonged pregnancy. *Int J Epidemiol* 2015.
 19. Divon MY, Ferber A, Nisell H, Westgren M. Male gender predisposes to prolongation of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 187:1081-3.
 20. Olsen AW, Basso O, Olsen J. Risk of recurrence of prolonged pregnancy. *BMJ* 2015; 326:476.

21. Vaisanen-Tommiska M, Nuutila M, Ylikorkala O. Cervical nitric oxide release in women postterm. *Obstet Gynecol.* 2014; 103 (4):657-62.
22. Matute GMM. Inicio del trabajo de parto. En: Nuñez-Maciel E. et al. *Tratado de Ginecología y Obstetricia, Volumen I Cap.10.* México, Ed. Cuéllar, S.A de C.V; 2019. pp. 187-194.
23. Dimitrov A, Tsankova M, Nikolov A, Krusteva K, Kalaidzhieva M. Shoulder dystocia-risk factors and fetal outcome 2016;43(4):3-9.
24. Aut. JC, Goodman MT, Gilstrap LC, Gilstrap JQ. Post-term pregnancy *Obstet. Gynecol.* 2017, 56:467-470.
25. Usher RH., Boyd ME., McLeand FH., Kramer MS. Assesment of fetal risk in postdate pregnancies. *Am J Obstet. Gynecol.* 2017.158, 259-264.
26. Eneh AU., Fiebai PO., Anya SE, John CT. Perinatal outcome among elderly nullipare at the University of Port Harcourt Teaching Hospital Niger *J Med.* 2014 13(1):44-7.
27. Zhu JL, Hjollund NH, Olsen J; Shift work, duration of pregnancy, and bith weight: the National Birth Cohort in Denmark. *Am J Obstet Gynecol.* 2014; 191(1):285-91.
28. Kitlinski M.L., Kallen K., Marsal K, Olofsson P. Gestational age-dependent reference values for
29. *Normas de Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología.* México 2015.pp.81-82.
30. Spellacy W.N., Miller S., Winigar A., Peterson P.Q. Macrosomia-maternal Characteristics and infant complications. *Obstet Gynecol* 2016; 66: 158-61.
31. García-Monroy L., Embarazo Prolongado en: Nuñez-Maciel E. et al. *Tratado de Ginecología y Obstetricia, Volumen II Cap.50.*México, Ed. Cuéllar, S.A de C.V; 2017. pp. 687-694.
32. Klemetti R, Gissler M, Sainio S, Hemminki E. At what age does the risk for adverse maternal and infant outcomes increase? Nationwide registerbased study on first births in Finland in 2005-2014. *Acta Obstet Gynecol Scand.*

- [Internet] 2016 [Citado 27 enero 2023]; 95:1368-75. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27623182/>
33. Kenny L, Lavender T, McNamee R, O'Neill S, Mills T, Khashan A. Edad materna avanzada y resultado adverso del embarazo: evidencia de una gran cohorte contemporánea. PLoS ONE. [Internet] 2013. [Citado 27 enero 2023] 8 (2): e56583. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0056583>
 34. Gutiérrez A. Estrés oxidativo en la gestación: ¿una nueva óptica en la atención a la embarazada?. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2015;31(1).
 35. Clapés S. Diabetes mellitus, estrés oxidativo y embarazo. Rev Cubana Invest Biomed. 2015;19(3):191-5. 24. Cabero L. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Medicina de la reproducción humana. 2da ed. Madrid. Médica Panamericana; 2012. p 590-591.
 36. Reece A, Hobbins J, Helen K. Obstetricia Clínica. 3ra ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2016.
 37. Burton G, Jauniaux E. Placental oxidative stress: from miscarriage to preeclampsia. J Soc Gynecol Invest. 2004;11(6):342-52. 59 27. Gitto E, Reiter RJ, Karbownik M, Tan D, Gitto P, Barberi S, et al. Causes of oxidative stress in the pre- and postnatal period. Biol Neonate. 2015;81(3):146-57.
 38. Safflas A, y col. Epidemiology of Preeclampsia- Eclampsia in United States. Am J Obstet and Gynecol 2014; 163:460.
 39. Serrano J, y col. Toxemia gravídica: algunos aspectos epidemiológicos. Abstracto 110. VIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, 2017.
 40. Ruiz J, y col. Enfermedad hipertensiva en el embarazo, riesgo materno. Ginecol Obstet Perú. 2016; 29.
 41. Ludmir A. Hipertensión arterial durante el embarazo. Rev Soc Per Hipertensión. 2014; 1:64-71.
 42. Alcantara R, y col. Morbimortalidad perinatal en la Preeclampsia. Diagnóstico. 2015; 25:51-4.

43. Cunningham F, y col. Hypertension in pregnancy. N Engl Med 2015; 326:927-932.
44. National high blood pressure education program. Working group report on high blood pressure in pregnancy. NIH Publication N° 00-3029. 2015.
45. Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias Obstétricas según el nivel de capacidad resolutive. Perú. ISBN: 9972-776-22-0. 2017.
46. HIPERTENSIÓN GESTACIONAL Y PREECLAMPSIA. 2017
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?me=8830&id_seccion=717&id_ejemplar=913
47. NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA. Ecuador. Ministerio de salud pública. Agosto 2018. pp. 104 - 120. (documento de trabajo).
48. FÁRMACOS DURANTE EL EMBARAZO. 2018 (art.pdf)
<http://www.nacerlatinoamericano.org/ Archivos/ Menuprincipal/03 Articulos%20>
49. Casado I., en su estudio Complicaciones en las mujeres embarazadas mayores de 40 años, Universidad del País Vasco España, 2021. Disponible en:
file:///D:/tesis%20posgrado/es/PROYECTO/MIAS/noemi%20gutierrez/TFG_Casado_Ferreras_Irene%20Espa%C3%B1a%202021.pdf
50. Bajana M., Carrasco A., Zapata A., Ramirez K., et. al. Asociación de la edad materna con las complicaciones gestacionales, Cuenca Ecuador 2018 Revista Latinoamericana de Hipertensión, vol. 13, núm. 2, pp. 52-57, 2018. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1702/170263334007/html/>
51. Donoso E., Carvajal A., Vera C., y Poblete J., La edad de la mujer como factor de riesgo de la mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil Rev Med Chile 2019; 142: 168-174. Disponible en:
<file:///D:/tesis%20posgrado/es/PROYECTO/MIAS/noemi%20gutierrez/Donoso%20Chile%202014.pdf>

52. Bermello N, Uquillas M, "Caracterización del embarazo en edad avanzada y sus repercusiones materno-fetales, hospital provincial verdi cevallos balda, portoviejo enero -junio 2018" disponible en: <http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/5090/1/tesis%20%20embarazadas%20en%20edad%20avanzada.pdf>.
53. Robles Torres J. Factores de riesgo relacionados a gestación mayor a 40 semanas. Hospital Nacional Sergio E. Bernales Lima, Perú 2019.
54. Heffner LJ. Engl N, Med J, El embarazo en la edad avanzada, 2018 Nov 4;351(19):1927-9 disponible en: <http://www.intramed.net/UserFiles/gineco.pdf>.
55. Ziadeh M. Maternal and perinatal outcome in nulliparous women aged 35 and older. JordanieGynecol. 2019; 93: 9-14.
56. Mostello D, y col. Preeclampsia in the parous woman: whois at risk? Am J Obstet Gynecol. 2020; 187(2): 425-9.
57. Abregu J., Conocimiento sobre signos y síntomas de alarma durante el embarazo en gestantes de edades extremas y familiares atendidos en el Puesto de Salud de Pacchac de Tarma, 2020
58. Huamani L., Complicaciones obstetricas y perinatales de las gestantes de edades extremas atendidas en el Hospital Apoyo Sivia de Huanta, 2018 Y 2019
59. Sepúlveda L., Edad extrema y periodo intergenésico relacionado al |trabajo de parto prolongado en gestantes atendidas en el Centro de Salud El Bosque 2018
60. Llanos K., Conocimientos, actitudes y sintomatología referida a la menopausia en mujeres de un distrito rural de la sierra peruana. Revista Médica Herediana, 2014, vol. 15, no 1, p. 24-29 [Internet]. Perú [Actualizado 31 Jun 2004; citado 1 Dic 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2004000100006&script=sci_arttext
61. Moreno Z, y col. Obesidad pregestacional como factor de riesgo asociado a preeclampsia. Anales de la facultad de medicina. 2018; 64 (2): 101-6.

62. Ostlund I, y Col. Gestational diabetes and preeclampsia. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014; 113(1): 12-6.
63. Zuasnabar J., et al, Estudio comparativo de embarazos en edades extremas de la vida en el municipio Colón, provincia Matanzas durante el periodo Mayo 2011 – Abril 2017 Cuba Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos94/estudio-comparativo-embarazos-edades-extremas-vida-municipio-colon/estudio-comparativo-embarazos-edades-extremas-vida-municipio-colon2>
google.net (internet) actualizado al 01 de agosto 2019; citado 01 mayo 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia>
64. Herrera K., Preeclampsia. Revista Medica Sinergia vol. 3, no3 p10. Internet].Hospital de Guápiles,Costa Rica: [marzo 2018]. Disponible en : <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/117/219>
65. Ayala F., Guevara E., Rodriguez M., Ayala R ., et. al. Edad materna avanzada y morbilidad obstetrica. Rev Perú inventig Matern Perinat 2016; 5(2):9-15. Disponible en: <https://doi.org/10.33421/inmp.201660>

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

ENCUESTA SOBRE LA RELACION DEL EMBARAZO TARDÍO Y LA PRESENCIA DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES DE EDAD MATERNA AVANZADA

I DATOS GENERALES:

IPRESS:.....

1. H. CL:.....
2. EDAD :
3. PARIDAD:
PRIMIPARA () MULTIPARA () GRAN MULTIPARA ()
4. GRADO DE INSTRUCCIÓN:
ANALFABETA () PRIMARIA () SECUNDARIA () SUPERIOR ()
5. PROCEDENCIA:
URBANA () RURAL ()

II DATOS SOBRE EMBARAZO TARDIO

6. EDAD GESTACIONAL
MENOR DE 41 SEMANAS () MAYOR DE 41 SEMANAS ()

III DATOS SOBRE PREECLAMPSIA

- PREECLAMPSIA SIN SIGNOS DE SEVERIDAD ()
PRECLAMPSIA CON SIGNOS DE SEVERIDAD ()
NO PRESENTO PREECLAMPSIA ()

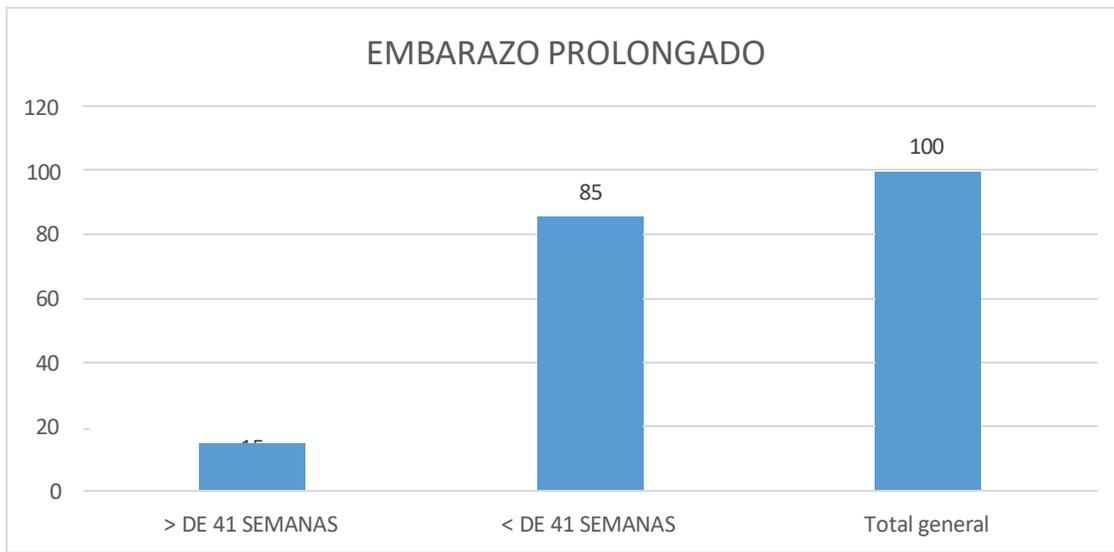
ANEXO 2

IPRESS DE LA UE413 SALUD ASCOPE

N°	Nombre de la IPRESS	Distrito	Localidad / Caserío	Categoría IPRESS
1	H.P Ascope	Ascope	Ascope	II-1
2	C.S.M.C Valle Esperanza	Casa Grande	Casa Grande	I-3
3	Cs. Casa Grande	Casa Grande	Casa Grande	I-3
4	Ps. Mocan	Casa Grande	Mocan	I-2
5	Cs. 3 Octubre- Roma	Casa Grande	Roma	I-3
6	Cs. Chocope	Chocope	Chocope	I-3
7	Ps. Magdalena De Cao	Magdalena De Cao	Magdalena De Cao	I-2
8	Ps. Molinos De Cajanleque	Chocope	Molinos De Cajanleque	I-2
9	C.S. Paijan	Paijan	Paijan	I-4
10	Ps. Macabi Bajo	Paijan	Macabi Bajo	I-2
11	Cs. Razuri	Razuri	Razuri	I-3
12	C.S.M.I. Chicama	Chicama	Chicama	I-4
13	Ps. Santiago De Cao	Santiago De Cao	Santiago De Cao	I-2
14	Ps. Santa Rosa De Cartavio	Santiago De Cao	Cartavio	I-3

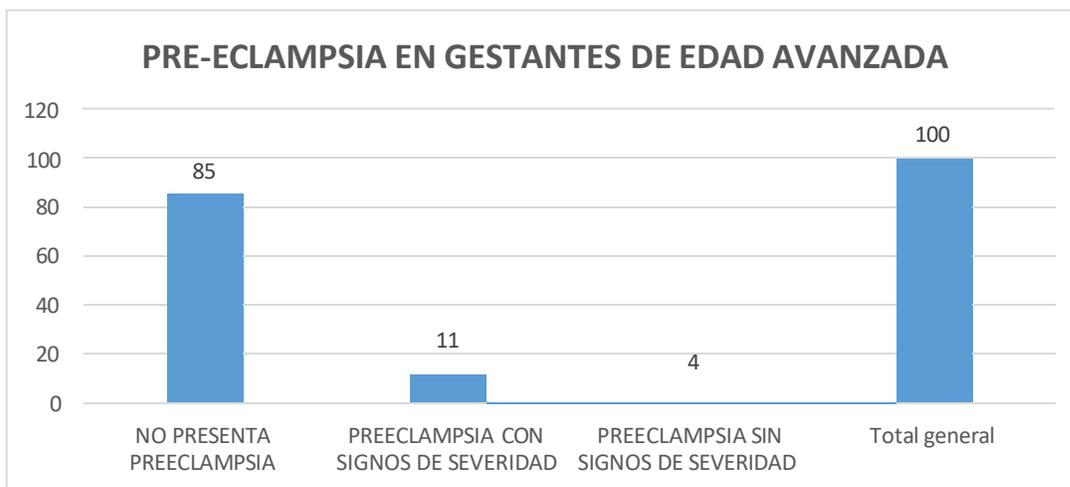
15	Ps. Llaguen	Sinsicap	Llaguen	I-1
16	Alto Perú	Chicama	Alto Perú	I-2

GRAFICO 1



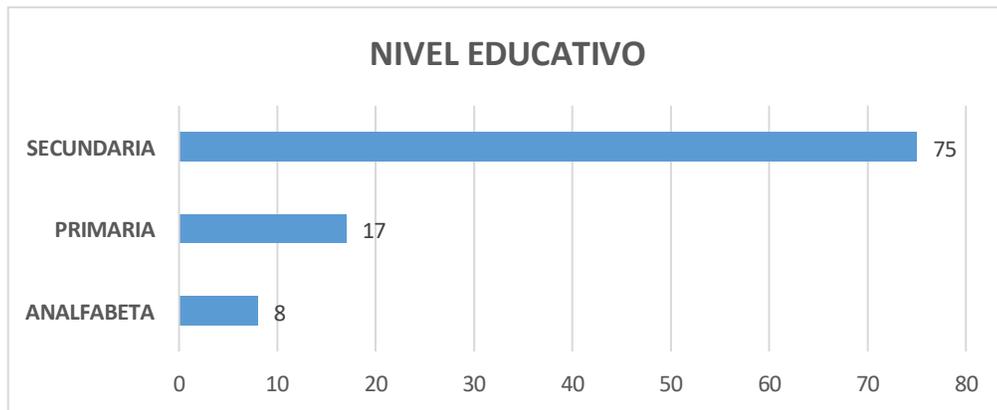
Fuente: Red de salud Ascope 2017-2021

GRAFICO 2



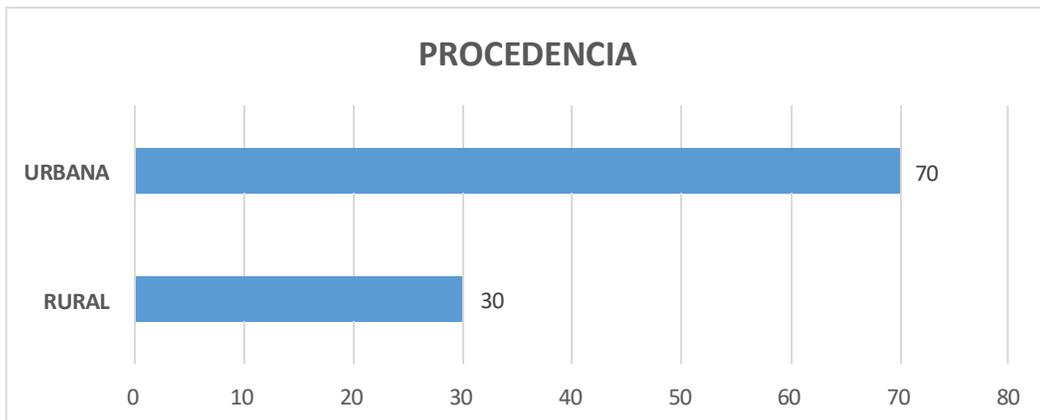
Fuente: Red de salud Ascope 2017-2021

GRAFICO 3



Fuente: Red de salud Ascope 2017-2021

GRAFICO 4



Fuente: Red de salud Ascope 2017-2021