



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**“HALLAZGOS PERINATALES EN MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS O
MAS”**

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

**PRESENTADO POR:
DRA. KARINA TAPIA MARTINEZ**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. JOSE ANTONIO MEMIJE NERI**

- 2015-



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

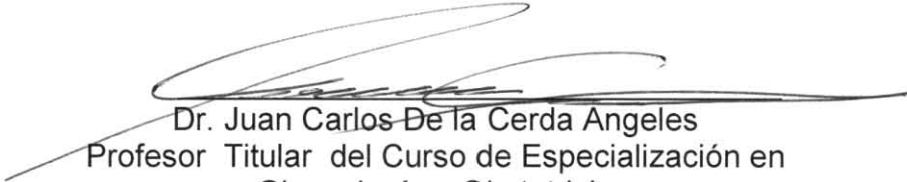
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“HALLAZGOS PERINATALES EN MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS O MAS”

Autor: Dra. Tapia Martinez Karina

Vo. Bo.
Dr.



Dr. Juan Carlos De la Cerda Angeles
Profesor Titular del Curso de Especialización en
Ginecología y Obstetricia

Vo. Bo.
Dr. Antonio Fraga Mouret



Director de Educación e Investigación



DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

“HALLAZGOS PERINATALES EN MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS O MAS”

Autor: Dra. Tapia Martinez Karina

Vo. Bo

Dr. José Antonio Memije Neri



Director de tesis

**“HALLAZGOS
PERINATALES EN MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS O MAS”**

Hospital General Enrique Cabrera Cossío
Secretaria de Salud del Distrito Federal
Periodo del 01-01-2013 al 01-01-2014.

AGRADECIMIENTOS

A **Dios**, por su inmenso amor y sabiduría, quien fortalece mi vida y me ha guiado por el buen camino y a quien debo mi existencia y todo lo que he llegado a obtener.

A mis **padres**, por su apoyo incondicional en todos los aspectos de mi vida, que no hubiese logrado sin ellos nunca.

A mis **hermanas** por haber tenido la confianza en mí siempre, y el apoyo incondicional en las ausencias largas de casa.

Al mis profesores, por enseñarnos el valor de la perseverancia con el objetivo de formar en nosotros mejores profesionistas y humanos para el beneficio de nuestros pacientes, así mismo la confianza en nosotros.

INDICE

• GLOSARIO	2
• RESUMEN	4
I. INTRODUCCIÓN	6
II. MATERIAL Y MÉTODO	21
III. RESULTADOS	26
IV. DISCUSIÓN	40
V. CONCLUSIONES	41
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	45

GLOSARIO.

FIGO:	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
THE:	Trastorno Hipertensivos del Embarazo
SFA:	Sufrimiento Fetal Agudo
OMS:	Organización Mundial de la Salud
APGAR:	Apariencia, Pulso, Gesticulación, Aspecto y Respiración
BPN:	Bajo Peso al Nacer
CID:	Coagulación Intravascular Diseminada
RPM:	Ruptura Prematura de Membranas
ACOG:	Colegio de Obstetricia y Ginecología de los Estados Unidos
CVS:	Muestreo de Velloosidades Coriónicas
GEA:	Gestante en Edad Avanzada
HTA:	Hipertensión Arterial
VIH:	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
APP:	Amenaza de Parto Pretérmino
PEG:	Pequeño para la Edad Gestacional
RCIU:	Retardo del Crecimiento Intrauterino
SDR:	Síndrome de Distrees Respiratorio
DPPNI:	Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta

IMC:	Índice de Masa Corporal
mmHg:	Milímetros de Mercurio
grs.	Gramos

RESUMEN

Antecedentes: El embarazo en edades tardías es una condición que ha aumentado en los últimos años

Objetivo: conocer la caracterización y repercusiones materno-fetales de las pacientes de 35 años o más que recibieron atención y terminación de su embarazo en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera durante un lapso de un año.

Pacientes y método: estudio retrospectivo, descriptivo y transversal de serie de casos. El universo lo conformaron las 173 embarazadas en edad avanzadas atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del H.Gral Dr. Enrique Cabrera.

Resultados: Como principales resultados se encontró que las embarazadas en edad avanzada constituyen el 9% del total de embarazos atendidos en este hospital, sobretodo: a edades entre 35 a 39 años, con una edad gestacional de 37 a 41.6 (termino) y con un tipo de embarazo único; la mayoría tiene un estilo de vida sedentario, con controles prenatales deficientes (menos de 5 consultas).

Con respecto a la presencia de antecedentes, que 23 (82%) pacientes tuvieron solo uno. Dentro de ellos, Diabetes ocupó el primer lugar con el 39%, seguido de la obesidad 30% , HAS 26%, y en menor porcentaje hipotiroidismo 5%.

En cuanto a la presencia de complicaciones materno-fetales en el embarazo actual el 82% de las embarazadas de 35 años y más las presentó, el 67% presentaron complicaciones maternas, las principales fueron: las hemorragias de la primera mitad del embarazo, amenaza de parto pretérmino y los trastornos hipertensivos gestacionales. El 12% presentaron complicaciones fetales, todos ellos acompañados de otra complicación, dentro de ellos encontramos: prematuridad, PEG, SDR, APGAR < 7, Hipoxia fetal.

Conclusiones: La edad materna se asocio a mayor riesgo materno y perinatal en mujeres de 35 o más años.

Palabras clave: edad materna avanzada, complicaciones gestacionales, resultados perinatales.

I. INTRODUCCION

Antecedentes

En las últimas décadas, los censos de diversos países confirman el aumento gradual de la edad a la que se embarazan las mujeres. En Canadá, entre 1995 y 2003, la edad promedio de las mujeres al primer parto se incrementó de 28.8 a 29.6 años(1) en la Unión Europea de 1980 a 1993 aumentó de 27.1 a 28.6 años. En Chile, el promedio de edad de las pacientes obstétricas primíparas pasó de 25 años en 1972 a 27 años en el 2005. En Estados Unidos, la tasa de nacimientos de hijos de mujeres entre 35 y 39 años de edad se incrementó de 47.3 por cada mil nacidos en 2006 a 47.5 por cada mil nacidos en el 2007 y se ha mantenido en aumento en los últimos 29 años. La tasa de nacimientos de hijos de madres primíparas de 40 a 44 años de edad en el 2007 fue de 9.5 por cada mil nacimientos; es decir, que se incrementó en 1% en relación con el año previo. En 1958, la International Federation of Gynecology and Obstetrics definió como “añosa” atoda mujer que se embaraza después de los 35 años y, generalmente, esta característica se asocia con aumento del riesgo de problemas en el neonato(2).

El embarazo a edades mayores a 35 y 40 años aumenta en 1 y 2.5%, respectivamente, el riesgo de malformaciones no cromosómicas, a partir de la basal de 3.5% en mujeres menores de 25años. Jacobsson y su grupo reportaron un significativo incremento en el riesgo de diabetes gestacional en mujeres de 40-44 años (razón de momios de 3.43, IC95% de 3.04- 3.86). Diversas publicaciones han reportado, incluso, 17% de incidencia de preeclampsia en mujeres mayores de 35 años, independientemente de la paridad. En cuanto al crecimiento fetal, la tasa de los nacidos pequeños para la edad gestacional (menor del percentil 10) es 66% más alta en mujeres mayores de 40 años cuando se compara con mujeres entre 20-24 años. Simchen reportó que en mujeres mayores de 50 años los recién nacidos

fueron significativamente más pequeños en comparación con las pacientes de entre 45 a 49 años y también tuvieron mayor incidencia de partos prematuros y en edades gestacionales más tempranas. A pesar de lo anterior, el estado de salud de los neonatos se consideró bueno, sin complicaciones neonatales significativas.

En cuanto a la mortalidad perinatal, Saliyu y sus colaboradores encontraron que las pacientes de 40 años y más tuvieron las más altas tasas de muerte fetal: 10.5 por cada mil nacidos seguidas por las madres de entre 35 y 39 años con 6.3 por cada mil nacidos. La mayor incidencia de muerte fetal anteparto se registró en las mujeres mayores de 40 años y transparto en el grupo de 35-39 años. En 1995 Cleary-Goldman y sus colaboradores publicaron el seguimiento de 7,600 pacientes embarazadas mayores de 35 años, de las que 1,364 eran mayores de 40 años. Se encontró que este grupo tuvo un riesgo incrementado de cesárea (OR 2.0) comparado con un grupo control de 28,398 mujeres menores de 35 años(3).

El concepto de edad materna avanzada, a partir de 35 años, carece de unanimidad para considerarlo aplicable a mujeres sanas y sin adicciones, debido a que en estas pacientes los resultados neonatales no cambian sino hasta los 40 años. Otros investigadores han sugerido que, en ausencia de padecimientos preexistentes, el embarazo a los 45-50 años puede ser seguro. De los estudios publicados puede concluirse que, a pesar del riesgo obstétrico incrementado en este grupo etario, el resultado perinatal promedio es positivo, y puede afectarse favorablemente con el control prenatal estrecho.

La FIGO define a la embarazada en “edad materna avanzada” como aquella que presenta su gestación a los 35 años o más. Otros términos comúnmente usados son “añosa”, “madura” y “tardía”(14).

Se considera clásicamente a la edad avanzada durante la gestación como un riesgo obstétrico alto para complicaciones materno-perinatales y, en varias instituciones, estas pacientes son manejadas en cuidados de nivel especializado. En la actualidad, debido a cambios económicos y sociales a

nivel mundial, muchas mujeres deciden ser madres después de los 35 años; de hecho, una de cada cinco tiene su primer hijo después de esta edad, y aunque afortunadamente la mayoría tiene embarazos y bebés saludables, diversos estudios demuestran que las mujeres de más de 35 años están expuestas a algunos riesgos especiales. Por esta razón, es necesario que las mujeres reconozcan estos riesgos para que puedan decidir adecuadamente la conveniencia de un embarazo o determinar cuál es el mejor momento para quedar embarazada(15).

Idealmente el crecimiento y desarrollo del feto debería de tener solamente de su constitución genética, pero en realidad está sometido a las modificaciones determinadas por su microambiente (madre) y a las influencias que sobre ellas ejerce el medio externo. Se determina como factores desfavorables a las circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio madre-hijo, durante el embarazo, parto o puerperio, y éste puede ser de carácter biológico, psicológico y social, siendo valorado en forma particular para cada caso; es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que debemos hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso; por lo que debemos tener en cuenta una serie de criterios principales que nos ayuden a su identificación. Existen antecedentes y condiciones generales desfavorables, antecedentes patológicos personales y antecedentes gineco-obstétricos desfavorables(11).

Entre los antecedentes y condiciones generales tenemos: edad mayor de 35 años(10), ya que es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro o pretérmino), así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones como: inserción baja placentaria, toxemia, distocia del parto, muerte fetal; lo cual se incrementa si añadimos otros factores de riesgo como la multiparidad, el hábito de fumar y enfermedades crónicas; peso, tanto la obesidad como la desnutrición materna han sido reconocidas como factores que incrementan la morbimortalidad materna y perinatal, en gestantes obesas se ha identificado una mayor frecuencia de

"toxemia del embarazo" y anormalidades funcionales del trabajo de parto, así como también la macrosomía y distocia de hombros, y Edwards y Col. demostraron que las gestantes de bajo peso tienen una frecuencia estadísticamente mayor de problemas cardíacos y respiratorios, anemia, ruptura prematura de membranas, endometritis, prematuridad y recién nacidos con un puntaje de APGAR bajo(12); estilo de vida, constituye un factor desfavorable modificable, el cual puede tener efectos duraderos sobre el desarrollo del feto, y que en la actualidad se ha incrementado debido a la inserción de la mujer a la sociedad ejecutando diversos trabajos que conllevan al sedentarismo, realizar grandes trayectos a pie y estar en contacto con sustancias químicas(7).

Es prioritario identificar precozmente los antecedentes patológicos personales en la embarazada en edad avanzada para estimar su importancia relativa en relación con el resultado perinatal y poder disminuir así las repercusiones de los mismos. Se consideran como los antecedentes patológicos personales más frecuentes a la: hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, nefropatías y hepatopatías, entre otras. Así, una alta presión arterial mal controlada puede retrasar el desarrollo del feto, mientras que una diabetes mal controlada puede contribuir a defectos congénitos y aborto espontáneo; la cardiopatía se asocia con una mayor incidencia de partos prematuros, retardo en el crecimiento y sufrimiento fetal, y abre interrogantes en cuanto al riesgo de que la descendencia pueda padecer la misma enfermedad materna cuando es hereditaria; la nefropatía, debido a la retención extra de líquido, conlleva a padecer hipertensión arterial y ésta a sus respectivas repercusiones en el binomio madre-hijo, sumado a la presencia de una gran cantidad de impurezas en su torrente sanguíneo; el embarazo no agrava a una hepatopatía crónica pre-existente, pero, el pronóstico materno y fetal depende del grado de insuficiencia hepática que tenga la paciente al embarazarse(13).

Entre los antecedentes gineco-obstétricos desfavorables mencionamos: la paridad, el intervalo intergenésico, el embarazo múltiple, el aborto espontáneo, las malformaciones congénitas, muertes perinatales, los recién nacidos pretérminos, bajo peso, Pequeño para la edad gestacional, la toxemia anterior, la cesárea anterior y la Sensibilización al factor Rh.

Con respecto a la paridad es el número de veces que una mujer ha dado a luz, contando partos múltiples como uno y tomando en cuenta los nacidos muertos. Es más riesgosa la primera gestación así como cuando si ha tenido más de 3 partos(sobre todo si concomitan otros factores).

El intervalo intergenésico es el tiempo transcurrido entre el último parto de una mujer y la fecha de la última menstruación para el nacimiento índice (concepción-nacimiento). Lo consideramos corto cuando es menor que 1 año, no así para la cesárea anterior, que consideramos hasta 2 años. Esta condición se asocia, con más frecuencia, con nacimientos pretérminos y anemias durante el embarazo.

El embarazo múltiple aunque estadísticamente las mujeres de edad más avanzada tienen menos posibilidades de concebir, de quedar embarazadas, tienen una probabilidad mayor de tener mellizos. Esto se debe a que a medida que envejece se produce un aumento en los niveles de hormona folículo-estimulante, y este incremento hormonal podría provocar que se libere más de un ovulo en un ciclo, acrecentándose así las posibilidades de que tengas un embarazo múltiple si tienes entre 35 y 39 años; la probabilidad de tener gemelos aumenta hasta un 4% cuando se pasa de 30 a 34 años, y aumenta un 5% más cuando se pasa de tener 35 a 39 años²⁰. Se admite que el riesgo de bajo peso en estos embarazos puede ser hasta 5 veces mayor que en el sencillo y que el índice de pretérminos podría estar alrededor del 66%(6).

Se define al aborto espontáneo como interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y el producto pesa menos de 500 gramos según el Componente Normativo Materno. Se determina como malformaciones congénitas a aquellas anomalías estructurales o funcionales, incluidos trastornos metabólicos, que están presentes desde el momento del nacimiento. Se conoce como muerte fetal a aquella que ocurre en un embarazo sobre las 20 semanas: la mortalidad perinatal ocurre alrededor del nacimiento y se divide en dos periodos: el primero, incluye la muerte fetal intermedia (20-28 semanas de gestación) y la muerte fetal tardía (más de 28 semanas de gestación); el segundo periodo comprende la muerte neonatal temprana (menos de siete días después del nacimiento) y la muerte neonatal tardía (que va del séptimo al 28 día, posterior al nacimiento)²². Estas situaciones pudieran estar relacionadas con factores orgánicos y genéticos que deben ser estudiados antes del embarazo⁽¹⁰⁾.

Se conoce como recién nacido pretérmino, como el nacimiento de un infante antes de las 37 semanas cumplidas de gestación; al recién nacido de Bajo Peso al Nacer (BPN) según la OMS a los niños con peso inferior de 2500 gramos al momento de nacer; y Pequeño para la Edad Gestacional (PEG) a un recién nacido cuyo peso y/o longitud se encuentran dos o más desviaciones estándar por debajo de la media establecida para su población de referencia, su sexo y su edad gestacional. Pueden repetirse en próximas gestaciones por alguna causa previa que lo favorezca: enfermedades crónicas, hábito de fumar, malformaciones uterinas, miomas, entre otros.

La preeclampsia, comprende: la tensión arterial sistólica > 140 mmHg o tensión arterial diastólica > de 90 mmHg en embarazo mayor o igual de 20 semanas en mujer previamente normotensa; proteinuria en 24 horas > 300 mg/tirilla positiva +++ .

La cesárea anterior es toda intervención sobre el útero debe considerarse hasta los 2 años, ya que es un factor que no podemos modificar.

La Sensibilización al factor Rh es la fabricación por la madre de anticuerpos contra la proteína Rh(D) presente en el feto y ausente en ella, originando la enfermedad hemolítica del recién nacido, que constituye un importante riesgo aunque no es frecuente; es necesaria investigar su presencia cuando han existido múltiples gestaciones.

El control prenatal es un paso a seguir importante para poder identificar los factores desfavorables ya mencionados y prevenir complicaciones materno-fetales en el embarazo actual. El control prenatal es el conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que pueden afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a(9).

Para poder realizar un óptimo control prenatal debe poseer los siguientes enfoques: ser completo e integral, precoz, enfoque intercultural, periódico y afectivo.

Para que un control sea completo e integral se requiere de: atención por personal calificado, detección precoz del embarazo, control periódico e integral de la embarazada; atención de: riesgo nutricional, detección de discapacidades y enfermedades perinatales, maltrato sexual- violencia intrafamiliar y drogodependencia-, infecciones de transmisión sexual, consejería pre/posprueba de VIH/SIDA -detección y referencia-, enfermedades buco-dentales, referencia de usuarias con riesgo obstétrico perinatal.

La Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) es la alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, de severidad variable, que comienza o se reconoce por primera vez durante el embarazo. Se ha asociado con una mayor frecuencia de complicaciones maternas y perinatales. Entre las primeras están: una alta incidencia de preeclampsia, índices de operación cesárea más elevados y Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en períodos posteriores al parto; entre las segundas, se señalan: la macrosomía, hipoglucemia, mayor riesgo de obesidad en la infancia y adolescencia, así como Diabetes mellitus (DM) en la edad adulta.

La incidencia poblacional de diabetes gestacional varía aproximadamente entre un 3 y un 10 %, según etnias, criterios diagnósticos y áreas poblacionales estudiadas. En los Estados Unidos, son diagnosticados 135 000 nuevos casos por año, teniendo una prevalencia de 1,4 % a 2,8 %, en poblaciones de bajo riesgo y de 3,3 % a 6,1 %, en las de alto riesgo.⁵ En Cuba, estudios efectuados han informado que la prevalencia es de aproximadamente 4,5 %.

Se han descrito varios factores de riesgo para el desarrollo de DMG. Entre los más importantes están: edad materna > de 30 años, sobrepeso corporal materno ≥ 120 % o IMC $\geq 26,0$, antecedentes de Diabetes Mellitus (DM) en familiares de primer grado y antecedentes de DMG en embarazos previos. Conocer la prevalencia de estos factores en la población obstétrica de nuestro medio es una herramienta muy importante para la detección precoz de la DMG en la atención primaria de salud. A su vez, el diagnóstico temprano de esta entidad es muy importante, debido a que un buen control metabólico reduce en forma significativa el riesgo de las complicaciones materno-fetales, y permite detectar tempranamente una población de mujeres con riesgo de contraer DM después de finalizado el embarazo.

La hipertensión desencadenada por el embarazo es considerada por la OMS como un problema prioritario de salud a nivel mundial y causa principal de morbimortalidad materno fetal. Los trastornos hipertensivos gestacionales se clasifican en: hipertensión gestacional, preeclampsia leve y severa (incluye al síndrome de HELLP), Eclampsia, Hipertensión arterial crónica, Hipertensión arterial crónica más Preeclampsia sobreañadida, Hipertensión arterial crónica de alto riesgo en el embarazo y Síndrome de Hellp. La mortalidad materna alta es debida a complicaciones graves como desprendimiento prematuro de placenta, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal, hemorragia cerebral, insuficiencia cardiaca, coagulación intravascular diseminada (CID), síndrome de Hellp, ruptura hepática, entre otros. El riesgo perinatal varía de acuerdo a la severidad del cuadro clínico y se acompaña de retardo de crecimiento intrauterino, prematuridad, sufrimiento fetal agudo, y crónico, bajo peso al nacer, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido. Algunos estudios han comprobado que la alta presión arterial inducida por el embarazo es más común en las mujeres de más de 35 años, la que tiene dos veces más probabilidad que desarrolle una alta presión arterial y diabetes que una mujer entre 20 y 30 años, y las mujeres mayores de 40 años, casi 4 veces más probabilidades de desarrollar aumento de tensión arterial. Diversas publicaciones han reportado, incluso, 17% de incidencia de preeclampsia en mujeres mayores de 35 años, independientemente de la paridad(8).

Los problemas en la placenta, la más frecuente es la placenta previa, por el cual la ésta cubre parcial o totalmente el cuello uterino. Un estudio realizado en 2005 comprobó que las mujeres de más de 35 años tienen el doble de probabilidades, y las mujeres de más de 40 años casi tres veces más, que las mujeres más jóvenes de tener esta complicación. La placenta previa puede producir hemorragias severas durante el parto que pueden poner en peligro la vida de la madre y del feto. Por lo general, una intervención quirúrgica (cesárea) puede evitar complicaciones graves.

La Ruptura Prematura de Membranas (RPM) es la rotura espontánea de las membranas fetales antes del inicio de la labor de parto independientemente de la edad gestacional. En el estudio retrospectivo de serie de casos, descriptivo y transversal, Hallazgos perinatales de embarazos en edad materna avanzada, realizado en el Hospital de concentración de la ciudad de Monterrey-Nueva León en el año 2011, publica que de 163 embarazadas añosas, el 11.75% (9) tubo rotura prematuras de membranas.

Dentro de las repercusiones fetales más comunes se destacan:

Defectos congénitos, diversas trisomías son muchos más frecuentes tras los 35 años de edad, especialmente la trisomía 21 pero también la 13, la triple X y el síndrome de Klinefelter. Especial mención requiere la trisomía 21-Síndrome de Down- ya que representa ella sola la mitad de las anomalías cromosómicas en estas edades. Además, diferentes anomalías somáticas genéticas no cromosómicas se asocian a edad materna avanzada durante el embarazo: malformaciones cardíacas, sindactilia, podactilia, labio leporino y malformaciones anorrectales³¹. Los niños afectados nacen con diferentes grados de retraso mental y defectos físicos. A los 25 años, una mujer tiene una probabilidad de aproximadamente 1 en 1,250 de tener un bebé con síndrome de Down, a los 30 años una probabilidad de 1 en 1,000, a los 35 años una probabilidad de 1 en 400, a los 40 años una probabilidad de 1 en 100, a los 45 años una probabilidad de 1 en 30, a los 49 años una probabilidad de 1 en 10. El Colegio de Obstetras y Ginecólogos de los Estados Unidos (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) recomienda a las mujeres de más de 35 años durante el primer o segundo mes de embarazo realizar el tamizaje prenatal para diagnosticar la probabilidad la existencia de síndrome de Down y otros problemas asociados a defecto del tubo neural. Entre las pruebas prenatales invasivas se pueden realizar se encuentran la amniocentesis y la muestra de vellosidades coriónicas (CVS).

La amniocentesis y la muestra del villus coriónico presentan un riesgo muy pequeño de aborto espontáneo (pérdida del embarazo antes de las 20 semanas). Si los resultados indican que su riesgo es bajo, pueden decidir no realizarse la amniocentesis o CVS; si el riesgo es alto, pueden decidir realizarse estas pruebas prenatales. Sin embargo, una prueba de diagnóstico precoz no permite detectar ni descartar de manera definitiva el síndrome de Down y otros problemas cromosómicos de nacimiento como lo haría una amniocentesis o CVS(13).

La mayoría de los abortos espontáneos ocurre durante el primer trimestre de embarazo en las mujeres de cualquier edad, sin embargo, el riesgo se incrementa con la edad de la mujer. Diversos estudios sugieren que aproximadamente el 10 % de los embarazos reconocidos en las mujeres de entre 20 y 30 años de edad termina en aborto espontáneo. Esta cifra aumenta aproximadamente al 20 % en el caso de mujeres de entre 35 y 39 años de edad y aproximadamente al 50 % entre los 40 y 44 años; siendo el mayor riesgo de aborto espontáneo relacionado con la edad se debe, al menos en parte, a la mayor incidencia de anomalías cromosómicas.

La edad gestacional de un recién nacido es muy importante para su desarrollo, ya que un niño con 37 a 42 semanas de gestación, está preparado tanto orgánica como funcionalmente para crecer fuera del útero materno. La mortalidad neonatal aumenta a medida que disminuye la edad gestacional. Del 2003 a 2005, el 16.6 % de las mujeres de más de 40 años tuvieron un parto prematuro, en comparación con un 12.5 % de las mujeres de 30 a 39 años, y el 11.9 % de las mujeres de 20 a 29 años. A veces los problemas con la placenta, puede impedir que esta suministre al feto el oxígeno y los nutrientes adecuados, produciendo bajo peso en el nacimiento y pequeños para la edad gestacional, o puede ser resultado de un nacimiento prematuro.

Múltiples publicaciones señalan que en las edades extremas de la vida materna existe riesgo de parto prematuro (PP), definido como el que ocurre antes de las 37 semanas de gestación, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) , conllevando elevación en las tasas de morbilidad y mortalidad neonatal y posneonatal. En Latinoamérica, el PP ha sido ampliamente estudiado, con una incidencia global de 9 % en 11 países(14).

Los recién nacidos pretérminos y con bajo peso al nacer tienen mayor riesgo de padecer problemas de salud física como fallo en el crecimiento y enfermedad pulmonar en sus primeros años. La repercusión en la edad escolar, adolescencia o adultez de estos problemas es variable. Desde el punto de vista de su desarrollo temprano tienen alto riesgo con respecto a la población infantil en general, de diagnóstico de discapacidades mayores (Parálisis Cerebral, retardo mental, ceguera y/o sordera).

La escala de APGAR es el método utilizado para evaluar el ajuste inmediato del Recién nacido a la vida extrauterina con el propósito de verificar su condición y la eventual necesidad de reanimación, evalúa 5 parámetros: actividad, pulso, gesticulaciones, apariencia y respiración. La puntuación inicial de 7 a 10 indica una excelente condición del recién nacido. Se valora como depresión moderada cuando los valores oscilan entre 4 y 6, y es una situación en la que se debe administrar oxígeno por mascarilla. El APGAR inferior a 3 en el primer instante, ó 5 a los cinco minutos, indica depresión grave y necesidad de realizar intubación endotraqueal y cateterización de los vasos umbilicales para perfusión de bicarbonato. Los THE, prematurez, PEG, circunstancias frecuentes en las embarazadas mayores de 35 años, predisponen a presentar esta complicación fetal(13).

La Hipoxia fetal, es un problema producto de un insuficiente intercambio uteroplacentario, que se da durante el embarazo, pero se incrementa durante el trabajo de parto, por efecto de la contractilidad, lo presentan las embarazadas en edades extremas, embarazadas con problemas de diabetes o hipertensión arterial. En Caracas, el estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo realizado en el Hospital Universitario, entre enero del 2000 y diciembre del 2003, se estudiaron 436 pacientes embarazadas, distribuidas en dos grupos

el grupo "A" constituido por 212 embarazadas de 35 años o más, y el grupo "B" (grupo control) conformado por 224 embarazadas menores de 35 años. La incidencia de sufrimiento fetal fue de 10,60 % vs. 3,13 % para el grupo control, con una frecuencia resultante 3 veces mayor para el grupo estudio. Este parámetro viene a confirmar el alto riesgo del grupo de GEA (Gestante de Edad Avanzada), el cual por definición tiene una mayor morbimortalidad fetal.

Se conoce como muerte fetal a aquella que ocurre en un embarazo sobre las 20 semanas; la mortalidad perinatal ocurre alrededor del nacimiento y se divide en dos períodos: el primero, incluye la muerte fetal intermedia (20-28 semanas de gestación) y la muerte fetal tardía (más de 28 semanas de gestación). El segundo período comprende la muerte neonatal temprana (menos de siete días después del nacimiento) y la muerte neonatal tardía (que va del séptimo al 28 día, posterior al nacimiento). Numerosas publicaciones internacionales señalan a la edad materna avanzada como uno de los factores de riesgo más significativamente asociados con la muerte fetal. Así, algunas investigaciones encuentran que el riesgo de muerte fetal en mujeres mayores de 35 años es de 2 a 5 veces mayor que en las mujeres menores de 35 años.

Planteamiento del problema

El embarazo de edad materna avanzada ha sido catalogado como de alto riesgo, y más aún si es el primero, Cabero Roura (27) en su texto Riesgo Elevado Obstétrico señala que la nuliparidad a los 36 o más años aumenta 3,3 veces el riesgo de complicaciones materno-fetales, valor no alcanzado por ningún antecedente personal ni patología médica asociada. Existe gran controversia si este grupo de pacientes presentan cifras elevadas de morbilidad y mortalidad materno fetal solamente por su mayor edad; parece haber consenso de que aumenta el riesgo de anomalías congénitas, abortos, óbitos, diabetes, enfermedad hipertensiva, macrosomía, parto pretérmino, menor calificación en la escala de Apgar, y anomalías en la inserción placentaria (6,7,11,13,15).

Tomando en cuenta lo anterior se plantea la siguiente pregunta.

¿Cuál es el resultado materno -fetal de las pacientes de 35 años o más que recibieron atención de terminación del embarazo en un periodo de un año del Hospital General Dr Enrique Cabrera Cosio ?

Justificación

La edad materna avanzada se ha asociado con mayor riesgo de resultado perinatal desfavorable.

En este estudio se pretende conocer las características, repercusiones, factores asociados de las mujeres de 35 años o más que fueron atendidas en un lapso de un año.

OBJETIVO.

Objetivo general:

Caracterizar el embarazo de edad materna avanzada y sus repercusiones materno-fetales en pacientes atendidas en Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cosio.

Objetivos específicos:

- 1.- Determinar la frecuencia de embarazos de edad materna avanzada.
- 2.-Conocer los principales factores desfavorables que inciden en las repercusiones materno-fetales en embarazadas en edad avanzada.
- 3.-Conocer las repercusiones materno-fetales en embarazadas en edad avanzada.

HIPOTESIS

Hipótesis de trabajo:

La edad materna es un factor de riesgo para resultado perinatal adverso.

MATERIAL Y METODOS.

- Tipo de estudio:
 - Retrospectivo
 - Transversal
 - Descriptivo

- Análisis del universo.

El universo de embarazadas lo conformaron las 1.841pacientes que recibieron atención en el servicio de Gineco-Obstetricia de las cuales la población de estudio fueron las 173 embarazadas con edad mayor de 35 años del Hospital General Enrique Cabrera Cosío del Departamento de Secretaria de Salud del Distrito Federal, servicio de Ginecología-obstetricia, en el periodo comprendido 01 enero 2013 al 01 de enero 2014.

➤ Universo de trabajo

Censo de expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de embarazo de mujeres mayor 35 años que fueron ingresadas a hospitalización.

MUESTRA.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Pacientes embarazadas con edad materna 35 años o más.
- ✓ Embarazo de 30-42 SDG.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ✓ Pacientes que no incluyan completo expediente para recolección de datos.

VARIABLES

VARIABLE / CATEGORÍA (Índice-indicador / constructo-criterio)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Edad	compleja	Tiempo de existencia desde el nacimiento	Cualitativa continua	Años cumplidos
Tipo embarazo	compleja	Único, doble	Cuantitativa continua	Número
Gestas	compleja	Embarazos que hasta el momento ha cursado incluyendo el actual	Cuantitativa continua	Número
Partos	compleja	Número de hijos que hayan sido mayores de 20 semanas nacidos vía vaginal	Cuantitativa Continua	Número
Cesáreas	compleja	Número de hijos que hayan sido mayores de 20 semanas nacidos vía abdominal	Cuantitativa Continua	Número
Control prenatal	compleja	Revisión del embarazo en una unidad medica	Cuantitativa discontinua	Número
Edad gestacionall	compleja	Edad de un embrión o feto desde el 1er día de la ultima regla.	Cualitativa Continua	Semanas
Antecedentes Personal Patológicos.	compleja	Padecimientos propias de cada individuo	Cualitativa Nominal	Diabetes HAS Obesidad ,Enf Renales, hepáticas otras

Complicaciones maternas	compleja	Eventos que sobrevienen durante el embarazo , paro, que comprometen el pronóstico materno fetal.	Cuantitativa discontinua	Hemorragias Ira mitad y 2da mitad del embarazo, transtornos hipertensivos embarazo, APP, RPM, Anemia, obesidad, VIH, hemorragias obstétricas ,atonía uterina, desgarro canal vaginal, otras
Antecedentes personales no patológicos	compleja	Caractericas sobre estilo de vida que acompañan a cada persona.	Cualitativa discontinua	Sedentarismo Toxicomanías
Antecedentes gineco-obstetricos desfavorables	compleja		Cualitativa discontinua	Primigesta, multigesta, embarazo multiple , cesárea previa, anterior,

DISEÑO ESTADISTICO

- Plan de recolección de datos y análisis estadístico.

Se realizó revisión de censo expedientes con diagnóstico de mujeres embarazadas de edad materna de 35 año o más, del periodo comprendido 01 de enero 2013 al 01 de enero del 2014, que acudieron al servicio de urgencias de obstetricia del Hospital General Enrique Cabrera Cossío de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Pacientes de 35 años o más

- Aspectos éticos:

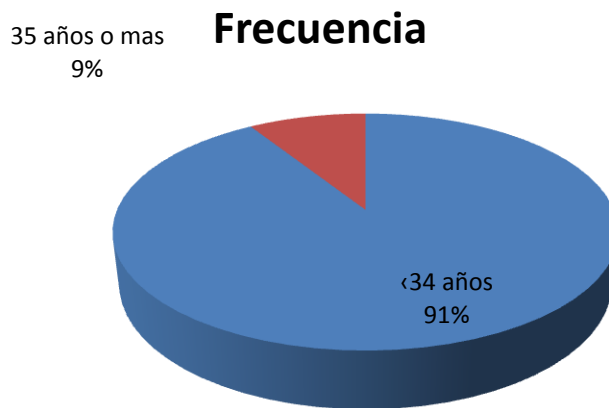
Estudio sin riesgo

RESULTADOS

TABLA 1

FRECUENCIA DE EMBARAZO EN EDAD AVANZADA HOSPITAL GRAL. DR. ENRIQUE CABERA COSIO

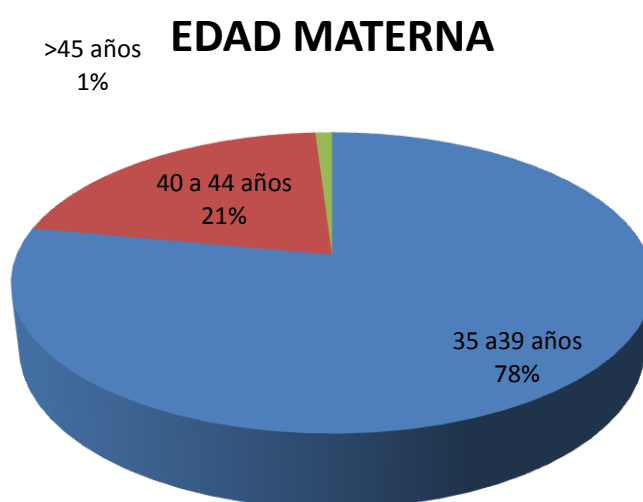
FRECUENCIA	F	%
< 34 años	1668	91
35 años o mas	173	9
Total	1841	100



Grafica 1: Según se observa en la tabla y gráfico N° 1, en el Hospital Gral. Dr. Enrique Cabrera Cosio en el período de enero 2013 a enero del 2014 se atendió un total de 1.841 embarazadas, de las cuales 173 correspondieron a embarazadas mayores de 35 años (9%).

TABLA 2
EMBARAZO EN EDAD AVANZADA SEGÚN GRUPO EDAD
HOSPITAL GRAL. DR. ENRIQUE CABERA COSIO

EDAD MATERNA	F	%
35 a 39 años	135	78
40 a 44 años	37	21
>45 años	1	1
TOTAL	173	100

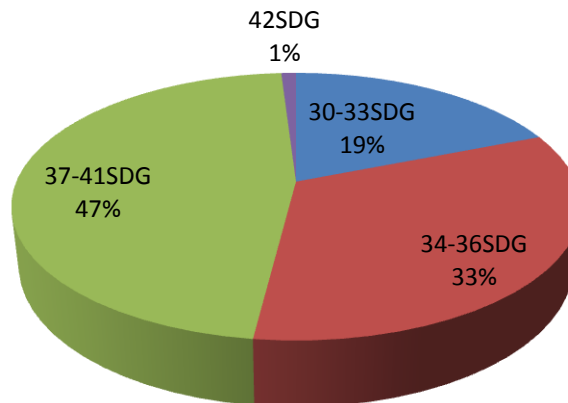


Grafica 2 : Observamos que el mayor índice de embarazo en edad avanzada atendidas en el Hospital Gral. Dr. Enrique Cabrera Cosío en el período de enero 2013 a enero del 2014 se presentó entre las edades comprendidas de 35 a 39 años con el 78 %, correspondiéndole al grupo de 40 a 44 años el 21 %, mientras que al grupo de > 45 años solo el 1 %.

TABLA 3
EMBARAZO EN EDAD AVANZADA SEGÚN EDAD GESTACIONAL
HOSPITAL GRAL. DR. ENRIQUE CABERA COSIO

EDAD GESTACIONAL	F	%
30-33SDG	33	19
34-36 SDG	57	33
37-41	82	47
>42	1	1
TOTAL	1	100

EDAD GESTACIONAL

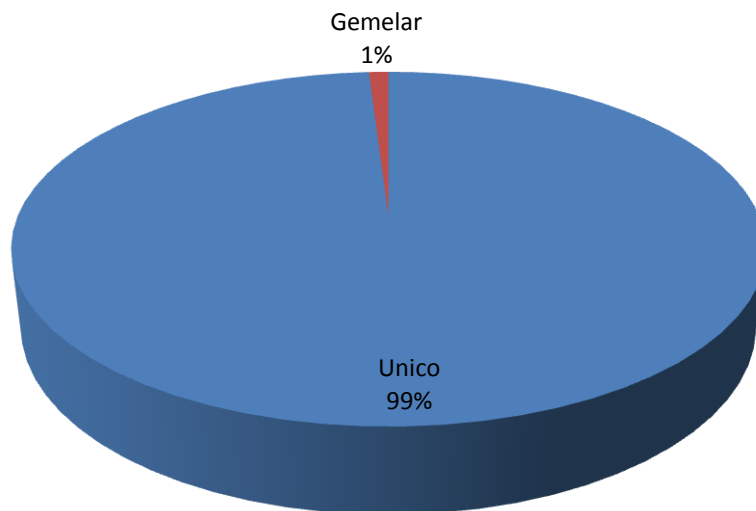


Gráfica 3: los embarazos en edad avanzada según edad gestacional al momento del ingreso tuvieron el siguiente comportamiento: Las gestaciones entre 37 a 41.6 semanas (término) representan el 47 %,la de 34-36SDG semanas 33%, a las gestantes de 30-33SDG semanas, y a las mayores de 42 semanas (postérmino) el 1%.

TABLA 4
TIPO DE GESTACION EN EDAD AVANZADA
HOSPITAL GRAL. DR. ENRIQUE CABERA COSIO

TIPO DE GESTACION	F	%
UNICO	172	99
GEMELAR	1	1
TOTAL	173	100

TIPO DE EMBARAZO



Grafica 4: de un total de 173 embarazadas en edad avanzada, 172 pacientes que corresponden al 99 % presentaron embarazo único, mientras que 1 paciente (1%) tuvieron embarazo múltiple, todos este de tipo gemelar.

TABLA 5
EMBARAZO EN EDAD AVANZADA SEGÚN ESTILOS DE VIDA
HOSPITAL GRAL. DR. ENRIQUE CABERA COSIO

ESTILO DE VIDA	F	%
SEDENTARISMO	163	95
TOXICOMANIAS(TABAQUISMO)	9	5
TOTA	173	100



Grafica 5: se aprecia que la mayoría de las embarazadas en edad avanzada (1163) tenían estilo de vida de tipo sedentario y representan el 95 %, mientras las embarazadas con tabaquismo constituye el 5%.

TABLA 6
EMBARAZO EN EDAD AVANZADA SEGÚN ANTECEDENTES
PATOLÓGICOS PERSONALES
HOSPITAL GRAL. DR. ENRIQUE CABERA COSIO

APP	F	%
No	145	84
Si	28	16
TOTAL	173	100

EMBARAZO EN EDAD AVANZADA SEGÚN NÚMERO DE
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

TABLA 6 a

APP	F	%
Uno	23	82
Más de uno	5	18
TOTAL	28	100

TABLA 6b

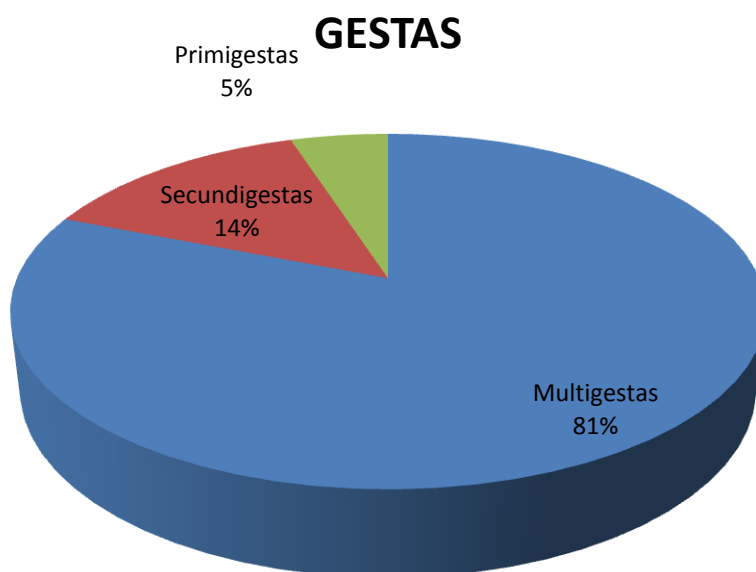
UNO	F	%
Diabetes mellitus	9	39
Obesidad	7	30
HAS	6	26
Hipotiroidismo	1	5
TOTAL	23	100
MAS DE UNO		
DM+ OBESIDAD	3	60
HAS+OBESIDAD	2	40
TOTAL	5	100

De las 28 embarazadas que tuvieron antecedentes patológicos personales, se observa en la tabla N° 6b que 23 (82%) pacientes tuvieron solo uno. Dentro de ellos, Diabetes ocupó el primer lugar con el 39%, seguido de la obesidad 30% e HAS 26%, y en menor porcentaje hipotiroidismo 5%. El 18% (5) de las embarazadas presentaron más de un antecedente patológico personal desfavorable, siendo la más importante los relacionados con la diabetes y obesidad con el 60% y HAS + Obesidad 40 respectivamente.

TABLA 7
EMBARAZO EN EDAD AVANZADA SEGÚN EL NÚMERO DE GESTAS

HOSPITAL GRAL. DR. ENRIQUE CABERA COSIO

GESTAS	F	%
Multigesta	140	81
Secundigesta	24	14
Primigesta	9	5
TOTAL	173	100



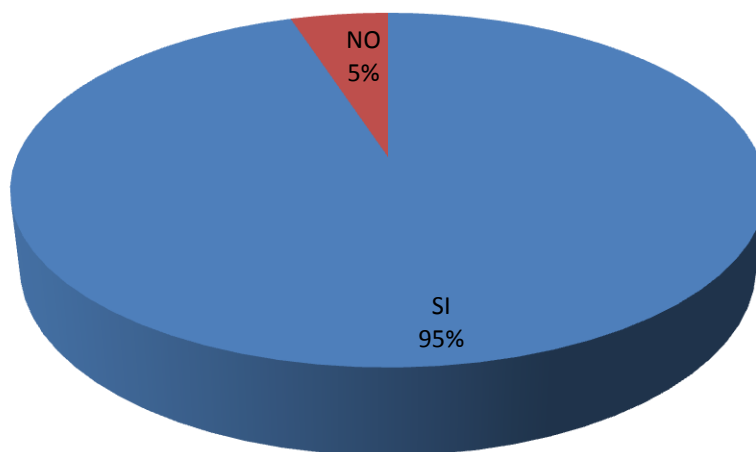
Grafica 7: de las 173 embarazadas en edad avanzada, el 81% (140) fueron multigestas, secundigestas 14% y el 5%(9) que fueron primigestas.

TABLA 8

**EMBARAZO EN EDAD AVANZADA SEGÚN ANTECEDENTES
GINECO-OBSTETRICOS DESFAVORABLES
HOSPITAL GRAL. DR. ENRIQUE CABERA COSIO**

ANTECEDENTES G-O DESFAVORABLES	F	%
Si	165	95
No	8	5
TOTAL	173	100

Antecedentes GYO Desfavorables



Grafica 8 : De un total de 173 embarazadas en edad avanzada, 165 pacientes que corresponden al 95 % presentan algún antecedente gineco-obstétrico desfavorable; solo un 5% sin antecedentes.

**TABLA 9
EMBARAZO EN EDAD AVANZADA SEGÚN EL NÚMERO DE**

**ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS DESFAVORABLES
HOSPITAL GRAL. DR. ENRIQUE CABERA COSIO**

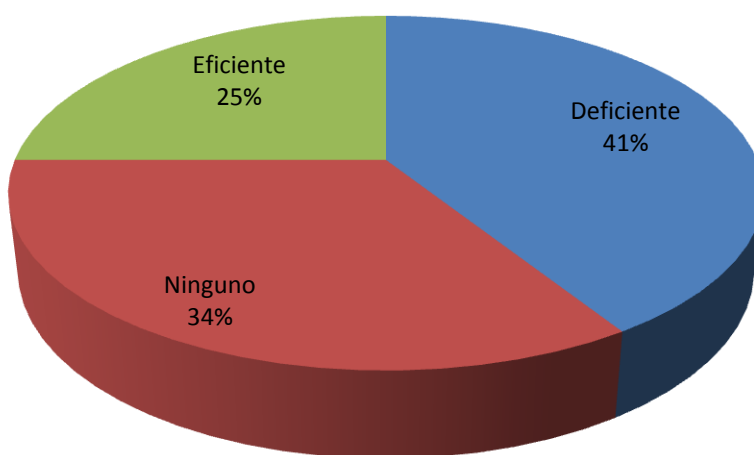
UNO	F	%
Multigesta	38	60.3
Cesárea Anterior	12	19.0
Nulípara	9	14.3
Abortos	4	6.4
TOTAL	63	100
MAS DE UNO		
Multigesta + hemorragias de la primera mitad del embarazo (aborto, embarazo ectópico, mola hidatiforme)	43	42
Multigesta + cesárea anterior + otro (aborto, gemelar, APP)	40	39
Multigesta + trastornos hipertensivos + otro (aborto, cesárea anterior, gemelar, anemia y óbito)	13	13
Multigesta + otro (hemorragia postparto, anemia, gemelar)	4	4
Multigesta + Muerte neonatal + otro	2	2
TOTAL	102	100

Tabla 9 : De las 165 embarazadas en edad avanzada que presentaron algún antecedente gineco-obstétrico desfavorable, observamos en la tabla N° 7c que de las 63 pacientes (38 %) que presentaron solo uno, el 60.3% (38) estuvo dado por la multigestación, seguida de la cesárea anterior con el 19% (12), la nuliparidad con el 14.3% y aborto previo con el 6.4%. Para las 102 (62%) embarazadas en edad avanzada con más de un antecedente gineco-obstétrico desfavorable encontramos que en el 100 % de ellas predominó la multigestación acompañadas de: las hemorragias de la primera mitad del embarazo con el 42% (43) siendo los más importantes los abortos (41), embarazo ectópico (1), mola hidatiforme (1). A la cesárea anterior le corresponde el 39% (40), siendo los otros antecedentes que le acompañaron el aborto, embarazo gemelar, APP. Para el trastorno hipertensivos el 13% de los cuales el 85% presentaron además aborto, cesárea anterior, embarazo gemelar, anemia y óbito fetal. El 4% (4) presentaron asociados a la multigestación otros antecedentes como hemorragia postparto, anemia, embarazo gemelar, y el 2% (2) agregó muerte neonatal más otro antecedente como aborto, cesárea anterior y RPM.

**TABLA 10
EMBARAZO EN EDAD AVANZADA SEGÚN NÚMERO DE CONTROLES
PRENATALES
HOSPITAL GRAL. DR. ENRIQUE CABERA COSIO**

CONTROL PRENATAL	F	%
Deficiente	71	41
Ninguno	59	34
Eficiente	43	25
TOTAL	173	100

CONTROL PRENATAL

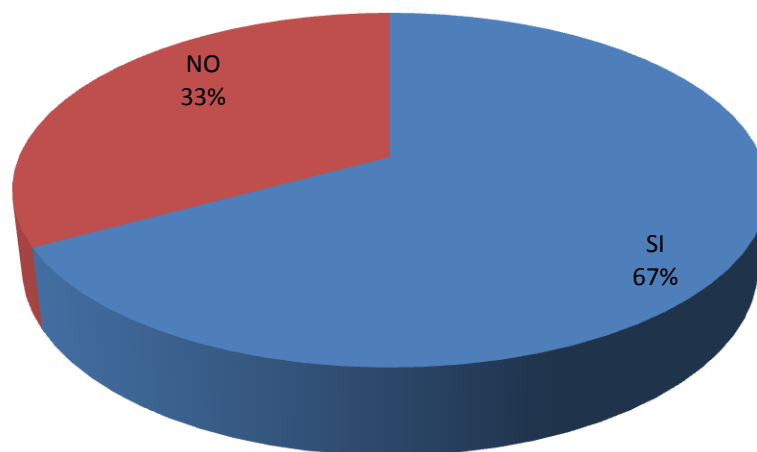


Grafica 10: Se observa que de las 173 embarazadas en edad avanzada, 71 se realizaron controles prenatales deficientes, menos de 5 controles, correspondiendo el 41%, seguido por aquellas no se realizaron ningún control y fueron el 34% (59), y sólo el 25 % (43) de ellas se realizan un control prenatal eficiente (> de 5 controles).

TABLA 11
EMBARAZO EN EDAD AVANZADA SEGÚN COMPLICACIONES
MATERNAS
HOSPITAL GRAL. DR. ENRIQUE CABERA COSIO

COMPLICACIONES MATERNAS	F	%
Si	116	67
No	57	33
TOTAL	173	100

COMPLICACIONES MATERNAS



Grafica 11: encontramos que de las 173 embarazadas en edad avanzada 116 (67 %) presentaron complicaciones maternas.

TABLA 12
**EMBARAZO EN EDAD AVANZADA SEGÚN NUMERO DE
 COMPLICACION MATERNA
 HOSPITAL GRAL. DR. ENRIQUE CABERA COSIO**

	F	%
UNA		
Hemorragias:	60	63
De la primera mitad del embarazo	56	
De la segunda da mitad del embarazo	2	
De la 3era etapa de la labor de parto	2	
Trastornos hipertensivos gestacionales:	18	19
Preeclampsia	16	
Eclampsia	1	
HTA Gestacional	1	
Amenaza de parto prematuro	10	11
Ruptura prematura de membranas	4	4
Oligohidramnios	2	2
Anemia	1	1
TOTAL	95	100
MAS DE UNA		
Trastornos hipertensivos + otra complicación (RPM, DPPNI, APP, Polihidramnios, Oligohidramnios Anemia, Hemorragia postparto)	11	52
APP + otra complicación (DPPNI, RPM, Placenta previa, Hemorragia postparto, Retención placentaria)	6	29
Oligohidramnios + otra complicación (Diabetes mellitus , APP, RPM, Anemia)	3	14
Retención Placentaria + Shock hipovolémico	1	5
TOTAL	21	100

Tabla 12: De las 116 (67%) embarazadas en edad avanzada que presentaron complicaciones maternas, observamos en la tabla 12 ,que de las 95(82 %) que presentaron una sola complicación, las patologías predominantes fueron las hemorragias con el 63%(60) correspondiéndoles a las de la primera mitad del embarazo el 93.3 %(56)predominando entre ellas el aborto (52); seguidas de los trastornos hipertensivos gestacionales con el 19% (18) dentro de las cuales tuvo una mayor frecuencia la preeclampsia con el 89% (16); luego la amenaza de parto prematuro con el 11% (10); RPM con 4% (4); el oligohidramnios con el 2 % (2) y la anemia con el 1% (1). Para las 21(18%) que presentaron más de una complicación materna encontramos: que del 52% (11) que corresponde a los trastornos hipertensivos, en un 64% (7) les acompañaron la RPM, DPPNI, APP, polihidramnios, oligohidramnios, anemia, hemorragia postparto, y en un 36% (4) otras complicaciones propias del proceso de hipertensión como eclampsia (2) y síndrome de Hellp (2) el 29%; a la APP con el 26% (6) se le sumó el DPPNI, RPM, placenta previa, hemorragia postparto, retención placentaria, el 14% (3) con oligohidramnios más otra complicación como la diabetes mellitus, APP, RPM, anemia y un 5% (1) con retención placentaria más shock hipovolémico.

TABLA 12
EMBARAZO EN EDAD AVANZADA SEGÚN
COMPLICACIONES FETALES

COMPLICACION FETALES	F	%
Prematurez + otra (PEG, SDR, APGAR < 7, RCIU, Hipoxia fetal)	14	67
Muerte fetal + otra (Hipoxia fetal, Prematurez, PEG, APGAR < 7, SDR, Malformación congénita)	3	14
PEG + APGAR < 7 (deprimido leve)	2	9.5
Macrosomía + APGAR < 7 (deprimido leve)	2	9.5
TOTAL	21	100

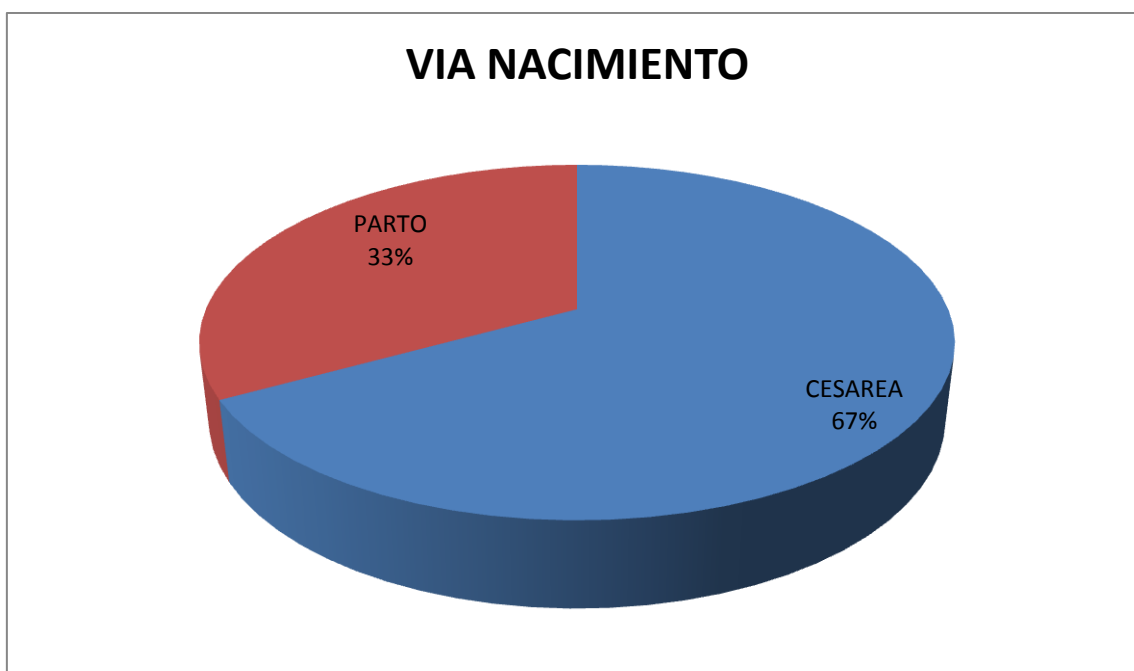
Tabla 12: de las 21 embarazadas en edad avanzada que presentaron complicaciones fetales, encontramos: que el 67% (14) corresponde a la prematurez más otra complicación como PEG, SDR, APGAR < 7, RCIU, Hipoxia fetal; a la muerte fetal acompañada de hipoxia fetal, prematurez, PEG, APGAR < 7, SDR, malformación congénita el 14% (3) presentándose 1 fue óbito fetal y 2 muertes neonatales posiblemente relacionadas con malformacion congenitas;a la macrosomía más APGAR < 7 (deprimido leve) el 9.5% (2), donde cabe mencionar como dato importante que ambos provenían de madres preeclámpticas; y para los PEG más APGAR <7 (deprimido leve) el 9.5% (2) quienes aspiraron líquido teñido.

TABLA 13
EMBARAZO EN EDAD AVANZADA SEGÚN INTERRUPCION DEL
EMBARAZO
HOSPITAL GRAL. DR. ENRIQUE CABERA COSIO

TERMINACION EMBARAZO	F	%
-------------------------	---	---

CESREA	116	67
PARTO	57	33
TOTAL	173	100

Grafica 13: encontramos que de las 173 embarazadas en edad avanzada 116 (67 %) presentaron Interrupción vía abdominal y el 33% vía vaginal.



DISCUSION

Los datos obtenidos coinciden con lo publicado en la bibliografía, en cuanto a frecuencia de diabetes gestacional en la paciente de edad materna

avanzada, incidencia de prematuridad (menos de 37 semanas de gestación) fue similar a lo reportado en madres de edad avanzada en otros países.

Esto concuerda con los reportes de la bibliografía internacional en el sentido de mayor riesgo de parto pretérmino.

Llama la atención la tasa de cesáreas de 67%, No es el propósito de este estudio analizar la validez de las indicaciones de cesárea; sin embargo, este porcentaje se justifica, en parte, al considerar que la indicación quirúrgica más frecuente la cesárea(s) previa(s).

CONCLUSIONES

1. La incidencia de embarazadas en edad avanzada fue el 9 % representando 173 pacientes de un total de 1841, cifra que se relaciona más

bien con las estadísticas establecidas para los países desarrollados del 15% y no con el porcentaje destinado para los países subdesarrollados que es el 35%.

2. Los factores desfavorables en las embarazadas en edad avanzada fueron:

2.1. La edad con mayor porcentaje de embarazadas en edad avanzada fue la comprendida entre los 35 a 39 años con el 78%.

2.2. La edad gestacional más frecuente en el grupo de estudio fue entre 37 a 41.6 semanas de gestación representando un 47 % y siendo menos común el embarazo postérmino con el 1%.

2.3. El 99% de las mujeres en edad avanzada presentaron embarazo único, versus el 1% que presentaron embarazos múltiples.

2.4. El estilo de vida que predominó en el estudio fue el sedentarismo con el 95%.

2.5. El 16% (28) de las embarazadas presentaron antecedentes patológicos personales, predominando la presencia de un solo antecedente con el 82 % y el restante (18%) con más de un antecedente patológico personal.

Solo 23 Pacientes (82%) pacientes tuvieron solo uno. Dentro de ellos, Diabetes ocupó el primer lugar con el 39%, seguido de la obesidad 30% e HAS 26%, y en menor porcentaje hipotiroidismo 5%. El 18% (5) de las

embarazadas presentaron más de un antecedente patológico personal desfavorable, siendo la más importante los relacionados con la diabetes y obesidad con el 60% y HAS + Obesidad 40 respectivamente.

2.6. El 95% de las usuarias presentó antecedentes gineco-obstétricos desfavorables.

2.7. Para el control prenatal, el 41% de las embarazadas en edad avanzada tuvieron controles prenatales deficientes y sólo el 25% se realizaron controles eficientes.

2.8 encontramos que de las 173 embarazadas en edad avanzada 116 (67 %) presentaron Interrupción vía abdominal y el 33% vía vaginal.

3. Las pacientes atendidas presentaron las siguientes complicaciones materno-fetales:

3.1. El 67% de las embarazadas en edad avanzada presentó complicaciones maternas, y el 12% de las embarazadas en edad avanzada en nuestro estudio presentó complicaciones fetales, porcentaje que aunque no es alto fue significativo.

3.2. Dentro de las complicaciones maternas, la mayoría de las embarazadas en edad avanzada presentaron una sola complicación con el 82 % (95) y el

restante 18% (21) con más de una complicación, siendo las hemorragias de la primera mitad del embarazo las que ocuparon el primer lugar con el 63%, predominando entre ellas el aborto (52); seguidas de los trastornos hipertensivos gestacionales con el 19% (18) dentro de las cuales tuvo un mayor porcentaje la preeclampsia con el 89% (16).

3.3. En cuanto a las complicaciones fetales, encontramos: que el 67% (14) corresponde a la prematuridad más otra complicación como PEG, SDR, APGAR < 7, RCIU, Hipoxia fetal; a la muerte fetal acompañada de hipoxia fetal, prematuridad, PEG, APGAR < 7, SDR, malformación congénita el 14% (3) presentándose 1 fue óbito fetal y 2 muertes neonatales posiblemente relacionadas con malformación congénitas; a la macrosomía más APGAR < 7 (deprimido leve) el 9.5% (2), donde cabe mencionar como dato importante que ambos provenían de madres preeclámpticas; y para los PEG más APGAR < 7 (deprimido leve) el 9.5% (2) quienes aspiraron líquido teñido.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Lansac J. Delayed parenting. Is delayed childbearing a good thing? *Hum Reprod.* 2011;10:1033-1036.
2. Ataula I. The older obstetric patient. *Current Obstet Gynaecol.* 2005;15:46-53.
3. Smith Y, et al. Obstetric outcome of elderly low-risk nulliparae. *Int J Gynecol Obstet.* 2000;63:7-14.
4. Fretts RC, Schmittiel J, McLean FH, Usher RH, Goldman MB. Increased maternal age and the risk of fetal death. *N Engl J Med.* 2001;333:953-957.
5. Prysak M, Lorenz RP, Kisly A. Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years and older. *Obstet Gynecol.* 2000 ;85:65-70.
6. Vercellini P, et al. Pregnancy at forty and over: a case-control study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1999;48:191-195.
7. Brassil MJ, Turner MJ, Egan DM, MacDonald DW. Obstetric outcome in first-time mothers aged 40 years and over. *Eur J Obstet Gynecol Biol.* 1999;25:115-120.
8. Miller DA. Is advanced maternal age an independent risk factor for uteroplacental insufficiency? *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192:1974-1982.
9. Berkowitz GS, Skovron ML, Lapinski RH, Berkowitz RL. Delayed childbearing and the outcome of pregnancy. *N Engl J Med.* 2001;322:659-664.
10. Grimes DA, Cross GK. Pregnancy outcomes in black women aged 35 and older. *Obstet Gynecol.* 2003 ;58:614-620.
11. Kirz DS, Dorchester W, Freeman RK. Advanced maternal age: the mature gravida. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;152:7-12.
12. Edge VL, Laros RK. Pregnancy outcome in nulliparous women aged 35 or older. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;168:1881-1885.
13. Bobrowski RA, Bottoms SF. Underappreciated risks of the elderly multipara. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;172:1764-1770.
14. Aldous M, Edmonson M. Maternal age at first childbirth and risk of low birth weight and preterm delivery in Washington State. *JAMA.* 2001 ;270:2574-2577.
15. Bianco A, Stone J, Lynch L, Lapinski R, Berkowitz G, Berkowitz RL. Pregnancy outcome at age 40 and older. *Obstet Gynecol.* 2000;87:917-922.
16. Dildy GA, Jackson M, Fowers GK, Oshiro BT, Varner MW, Clark SL. Very advanced maternal age: Pregnancy after age 45. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;175:668-674.

ANEXOS:

Mes _____ Número de Historia Clínica _____

1.- Edad: _____ Semanas de Gestación: _____ Embarazo: Único () Doble ()

2.- Antecedentes patológicos personales desfavorables:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes
Gestacional | <input type="checkbox"/> VIH
<input type="checkbox"/> Insuficiencia
Renal | <input type="checkbox"/> Cardiopatías
<input type="checkbox"/> Nefropatías |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión
Arterial | <input type="checkbox"/> Infertilidad | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Obesidad | |

3.- Antecedentes ginecoobstétrico desfavorables:

Gestas: _____ Gemelares Cesárea anterior

*Hemorragia de la primera mitad del embarazo:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aborto: _____ | <input type="checkbox"/> Embarazo
ectópico | <input type="checkbox"/> Mola
hidatiforme |
|--|---|--|

*Hemorragia en la segunda mitad de embarazo

- | | | |
|--|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Placenta previa | <input type="checkbox"/> DPPNI | <input type="checkbox"/> Rotura uterina |
|--|--------------------------------|---|

*Hemorragia de la tercera etapa de la labor de parto

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hemorragia
posparto | <input type="checkbox"/> Desgarro del
canal de parto | <input type="checkbox"/> Inversión-rotura
uterina |
| <input type="checkbox"/> Hipotonía-atonía
uterina | <input type="checkbox"/> Retención de
placenta | |

*Trastornos hipertensivos gestacionales:

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> HTA gestacional | <input type="checkbox"/> Preeclampsia | <input type="checkbox"/> Síndrome de Hellyp |
| <input type="checkbox"/> HTA crónica | <input type="checkbox"/> Eclampsia | |

*Otros

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> APP | <input type="checkbox"/> Anemia | |
| <input type="checkbox"/> RPM | <input type="checkbox"/> Sepsis | |
| <input type="checkbox"/> Muerte Fetal: Óbito () | <input type="checkbox"/> Muerte Intraparto () | <input type="checkbox"/> Neonatal () |

4.- Estilo de vida:

- Sedentarismo
- Trabajo en contacto con sustancias químicas.
- Grandes trayectos a pie

5.- Número de controles prenatales: _____

6.- Complicaciones maternas:

**Hemorragia de la primera mitad del embarazo:*

- Aborto
- Embarazo ectópico
- Mola hidatiforme

**Hemorragia en la segunda mitad de embarazo*

- Placenta previa
- DPPNI
- Rotura uterina

**Hemorragia de la tercera etapa de la labor de parto*

- Hemorragia posparto
- Hipotonía-atonía uterina
- Desgarro del canal de parto
- Retención de placenta
- Inversión-rotura uterina

**Trastornos hipertensivos gestacionales:*

- HTA gestacional
- HTA crónica
- Preeclampsia
- Eclampsia
- Síndrome de Hellp

**Otros:*

- Diabetes gestacional
- APP
- RPM
- Anemia
- Sepsis
- Muerte Materna

7. Complicaciones Fetales:

- Peso al nacer: _____
- RCIU
- Prematurez
- Sepsis
- APGAR < 7: _____
- SDR
- Hipoxia Fetal
- Muerte Fetal