

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

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**“MORBILIDAD MATERNA Y NEONATAL EN
EMBARAZADAS POR GRUPOS ETARIOS DE EDAD
AVANZADA Y MUY AVANZADA”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA EL

DR. JESUS MARTINEZ RAMIREZ

ASESOR DE TESIS

DR. RENE JAIME TORO ZALZADA

NUMERO DE REGISTRO 251.2007



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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**“MORBILIDAD MATERNA Y NEONATAL EN
EMBARAZADAS POR GRUPOS ETARIOS DE EDAD
AVANZADA Y MUY AVANZADA”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA EL

DR. JESUS MARTINEZ RAMIREZ

ASESOR DE TESIS

DR. RENE JAIME TORO ZALZADA

NUMERO DE REGISTRO 251.2007

**DRA. SUSANA RAMOS RIVAS
DIRECTORA DEL HOSPITAL GENERAL TACUBA
I.S.S.S.T.E.**

**DR. JESUS CRUZ SANTOS
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DEL
HOSPITAL GENERAL TACUBA
I.S.S.S.T.E.**

**DR. RENE JAIME TORO CALZADA
COORDINADOR Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRCIA
DEL HOSPITAL GENERAL TACUBA
I.S.S.S.T.E.
ASESOR DE TESIS**

AGRADECIMIENTOS

El presente escrito es el reflejo de cuatro años de esfuerzo, sacrificio y dedicación, no de una sola persona.

Esfuerzo, sacrificio y dedicación por parte de mis padres Raúl Martínez Tello y Maria de Jesús Ramírez Arredondo, quienes en cada segundo, minuto, hora, día, semana, mes y año que estuve fuera de casa, no dejaron de pensar en mi y sobre todo en pedir a Dios por mi bienestar, paciencia y capacidad para poder superarme como persona y de manera académica.

Esfuerzo, sacrificio y dedicación por parte de cada uno de mis Maestros Doctores (Dra. Maria de Lourdes Estrada Soria, Dra. Yolanda Reyes Compañ, Dra. Maria de Lourdes Martínez Rodríguez, Dr. Sergio Fuentes Móreles, Dr. Rubén Martínez Jiménez, Dr. Oscar Salinas González, Dr. Raúl Méndez Soto, Dr. Rene Jaime Toro Calzada) quienes estuvieron pendientes día con día de mi evolución académica sin olvidar que todos somos personas, felicitándome en mis aciertos, lo cual me es de gran apoyo moral para seguir adelante, así como de hacerme caer en mis errores de una manera paciente y sobretodo con sabios consejos para mi practica diaria.

Esfuerzo, sacrificio y dedicación por parte del Coordinador y Profesor Titular del Curso de Ginecología y Obstetricia Dr. Rene Jaime Toro Calzada, al estar al

pendiente de nuestras clases, cursos, rotaciones, evaluaciones y en lo personal en la elaboración de mi tesis.

Esfuerzo, sacrificio y dedicación por parte de mis compañeros y amigos Sra. Sara Vázquez Torres Secretaria de la coordinación de GO, Dra. Claudia Martínez Pablo R4 GO, Dr. Miguel Ángel Mora Torres R3 GO, Dra. Rosalía Lara Valenzuela R2 GO, Dra. Mara Guadalupe Cárdenas Pacheco R1GO, quienes estuvieron conmigo en todo momento, brindándome el apoyo necesario para continuar adelante.

Esfuerzo, sacrificio y dedicación hacia la medicina, es lo mínimo que puedo ofrecer como agradecimiento a todas estas personas que he mencionado, ya que el valor que para mi representan no tiene denominación.

Por todo **GRACIAS.**

INDICE

1.- RESUMEN.	1
2.- INTRODUCCION.	3
3.- JUSTIFICACION.	9
4.- OBJETIVO DEL ESTUDIO.	10
5.- MATERIAL Y METODOS.	11
6.- RESULTADOS.	13
7.- DISCUSION.	16
8.- CONCLUSIONES.	19
9.- FIGURAS Y GRAFICAS.	20
10.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	41

RESUMEN

OBJETIVO. Patologías y la frecuencia con la que se presentan en la gestación por edad, vía de nacimiento más común y resultados neonatales.

MATERIAL Y METODOS. Estudio retrospectivo, comparativo, observacional y abierto en embarazadas con evento obstétrico del 1 de mayo de 2006 al 31 de octubre de 2006, en tococirugía del Hospital General Tacuba, del ISSSTE. Se dividió en tres grupos: embarazadas de 20 a 34 años, embarazadas 35 a 40 años. Mayores de 40. Criterios de inclusión: embarazadas mayores de 20 años, con productos vivos y viables, nacidos en tocoquirúrgica del Hospital General Tacuba. Perdida gestacional temprana; exclusión: óbito, productos malformados no compatibles con la vida diagnosticada antes o después del nacimiento. Se revisaron los expedientes para obtener información.

RESULTADOS. Se incluyeron 297 pacientes en dos grupos; grupo testigo con 239 pacientes entre 20 a 34 años (80.47%), grupo problema subdividido en dos subgrupos, entre 36 a 40 años, de edad avanzada con 49 pacientes (16.49%), y mayores de 40 años, de edad muy avanzada, con 9 pacientes (3.03%). Porcentaje parto/cesárea del 47.1/ 52.9%. Se realizaron 130 legrados, 61 (46.92%) del grupo control, 26 (20%) de 36 a 40 años y 43 (33.08%) en mayores de 40 años. Total de 427 eventos obstétricos, 157 (36.76%) de cesáreas, 140 (32.78%) de partos y 130 (30.44%) Legrados. Principal complicación materna amenaza de parto pretérmino en 47 pacientes, 38 (80.85%) del grupo control y 9 (19.15%) de edad avanzada y ninguno para la edad muy avanzada ($p<.001$). Amenaza de aborto en 22, 13 (59.09%) del grupo control, 8 (36.36%) de edad avanzada ($p<.001$) y 1 (4.54%) de

edad muy avanzada. Hipertensión Gestacional 14 pacientes, 9 (64.28%) para grupo control, 4 (28.57%) del grupo de edad avanzada y 1 (7.14%) del de muy edad avanzada. Preeclampsia 13 pacientes, 9 (69.23%) grupo control, 3 (23.07%) edad avanzada y 1 (7.69%) grupo de edad muy avanzada. Peso al nacimiento, grupo control 3152 gr. (1210 y 4265 gr.), 3205 gr. (1450 y 4700 gr.) grupo de edad avanzada y 3120 gr. (2500 y 3650 gr.) grupo de edad muy avanzada.

CONCLUSIONES. Mayor nacimiento entre 20 a 34 años. Vía de nacimiento en nuestra medio es la cesárea. Complicaciones médicas y la frecuencia con las que se presentan asociadas al embarazo son las mismas que en el resto de la población, relacionadas con la edad materna. Peso y APGAR al nacimiento no dependen de la edad materna. Principal causa de ingreso a la UCIN es la prematuridad. Principal evento obstétrico en edad muy avanzada es el aborto temprano, alcanzando un 80%.

INTRODUCCION

La gestación es una etapa fisiológica y esperada en la vida de la mujer, pero a pesar de este hecho existe un porcentaje de embarazos que corresponden de un 10 a 15%, en los que pueden presentarse complicaciones por múltiples circunstancias, ya sea que se encuentren presentes antes del embarazo o que se presenten durante el transcurso del mismo que supongan un mayor riesgo de lesión, daño o muerte tanto para la madre como para el hijo.

Este porcentaje de embarazos son los que se denominan como embarazos de alto riesgo, siendo los responsables del 75 a 80% de la morbilidad perinatal ^{1, 5, 6, 7, 9}.

Los cuidados prenatales o vigilancia prenatal tienen como objetivo fundamental y prioritario la disminución de la morbilidad maternoperinatal. Para conseguir este objetivo fundamental, la vigilancia prenatal lleva a cabo una serie de actividades realizadas de forma sistematizada y periódica a lo largo del embarazo que permite evaluar en todo momento la salud maternofetal y a su vez realizar la detección de manera oportuna o precoz de cualquier riesgo que pueda agravar o influir en el pronóstico del embarazo ^{2, 3}.

Para poder identificar un embarazo de alto riesgo es prescindible conocer cuales son aquellos antecedentes que se asocian a una mayor probabilidad de

lesión o muerte maternofetal. Dentro de algunos de estos antecedentes podemos mencionar a la edad materna, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la preeclampsia y eclampsia, la amenaza de aborto y el parto pretérmino ^{1, 4, 5, 6, 8}.

La clasificación de las gestantes en función del riesgo va a permitir una mejor y adecuada utilización de los recursos humanos y materiales existentes en salud, evitando la duplicidad de dichos servicios y permitiendo una atención mas especializada e individualizada a los grupos de gestantes con un mayor riesgo; de tal forma que cualquier gestante independiente de su condición social o lugar de residencia pueda gozar de los cuidado prenatales que corresponda a sus necesidades ^{3, 9}.

De acuerdo a la literatura mundial, el número de nacimientos registrados en E.U. como en Francia; en donde se ha observado un incremento del 50% en las mujeres de entre los 40 y 44 años ^{10, 11}; ha reflejado que el deseo de tener un hijo es a partir de los 40 años un verdadero fenómeno social, que tiene su razón o fundamento en el perfeccionamiento de las técnicas contraceptivas, aumento en el numero de matrimonios a edades tardías, la prioridad en el ejercicio de la carrera profesional, segunda unión con un conyugue a menudo mas joven y sin hijos, por citar algunos.

En realidad, la mayoría de las publicaciones se refieren esencialmente a embarazos en las grandes múltiparas sin tomar en cuenta otros factores asociados. Resulta interesante determinar los riesgos maternos o fetales que corre

la mujer embarazada a partir de los 40 años de edad, a la cual se le ha identificado o no antes del embarazo una condición o enfermedad determinada.

Los resultados en la literatura son contradictorios; según la mayoría de las publicaciones anglosajonas anteriores a 1990, el embarazo denominado tardío a partir de los 35 años de edad comporta grandes riesgos tanto para la madre como para el feto ¹². Cabe señalar que para estos autores, las gestantes conocidas como de edad avanzada eran inicialmente las pacientes de 35 años o más; posteriormente, con el aumento importante en la edad de la maternidad, el término de gestante de edad avanzada incremento su margen y se aplico a las pacientes de 40 años de edad. Actualmente, existe una nueva expresión, la cual define a los embarazos de edad avanzada a partir de los 45 años de edad.

La mayoría de los estudios muestran un aumento en la frecuencia de diabetes gravídica en los embarazos avanzados ^{13, 14, 19, 21}. Según Grimes y Gross ²⁰, este aumento no se registra en las primíparas de 35 años o más, sino en las multíparas mayores de 38 años.

Según ciertos autores ^{14, 23}, la incidencia con la que se presenta la diabetes gravídica en las primíparas de 35 años o mas, es inferior que en el grupo de las multíparas. Sin embargo, estudios mas recientes como los de Gilbert, Nesbitt y Danielsen ¹⁹, y el de Bianco et al ¹⁵, registraron un incremento similar en el porcentaje de diabetes gestacional para las nulípara y las multíparas, concluyendo

que la causa en dicho incremento es la edad materna al momento del embarazo y no en si el numero de embarazos.

La mayoría de los estudios comprueban un aumento de la hipertensión arterial durante el embarazo a partir de los 35 años de edad ^{13, 15, 19, 21}, con cifras comparables de un autor a otro. Sin embargo, los estudios que presentan los autores de Blue ¹⁶ y de Booth y Williams ¹⁷, no registran incremento alguno en la incidencia de la Hipertensión Arterial (HTA) en las pacientes primíparas de 35 años o más.

Estudios mas recientes como los de Bianco et al ¹⁵, y Gilbert, Nesbitt y Danielsen¹⁹, muestran un aumento de Hipertensión Arterial y la preeclampsia/eclampsia a partir de los 40 años de edad, independientemente de la paridad, pero aparece mas claramente en las pacientes multíparas.

Todos los estudios hoy en día demuestran un incremento significativo en el porcentaje de cesárea a partir de los 35 años. Este incremento, particularmente mas evidente en las primíparas, aunque observado también en las pacientes multíparas ^{11, 14, 15, 19, 22}, salvo para Kessler ²⁴ y Tuck ²⁵ los cuales demostraron que a partir de los 35 años, la frecuencia de cesáreas aumenta considerablemente en pacientes infértiles que consiguen embarazarse gracias a tratamientos contra la esterilidad, tanto para mejorar las condiciones fetales al nacimiento, como por la elevada incidencia de embarazo múltiple, secundario a dichas técnicas de reproducción asistida.

El hecho de que la duración del trabajo de parto se prolongue a partir de los 40 años también justifica la frecuencia de cesáreas. En realidad, el trabajo de parto es habitualmente más prolongado en las primíparas de edad avanzada ^{18,21}.

El trabajo de parto es el único contradictorio ¹⁶. En cuanto a las multíparas, la mayoría de los autores concuerdan en que la edad no prolonga el trabajo de parto ¹³.

En la mayoría de los estudios citados se observan pesos fetales medios idénticos al nacimiento, independientemente de la edad materna ¹⁷, pero sí con proporciones elevadas de Recién Nacidos (R.N.) de peso bajo al nacer o de peso alto al nacer. Según Berkowitz et al ¹⁴, las pacientes primíparas de 35 años o más, obtienen productos de peso bajo al nacimiento pero sin hipotrofia real, corresponden a las madres más jóvenes. Por otro lado, Lee et al ²⁶ en su estudio reporta a igual paridad, observa una disminución progresiva en el peso fetal con la edad materna al nacimiento.

Con respecto al índice de APGAR y la admisión en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) el estudio de Béclere ¹³ muestra un aumento paralelo del porcentaje de R.N. con APGAR inferior a 7 durante el nacimiento relacionado con la edad de la madre y la admisión en la UCIN. Paradójicamente, Berkowitz et al ¹⁴, registrarán un porcentaje más elevado de admisiones fetales en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Del mismo modo, en el estudio de Bianco et al ¹⁶, muestran una disminución importante del índice de APGAR al minuto de nacimiento y un incremento en el número de las admisiones en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales para Recién Nacidos de nulíparas de edad avanzada.

JUSTIFICACION

Conociendo cuales son las patologías y la frecuencia con la que se presentan durante el embarazo, dependiendo de la edad materna como indicador, nos permite enfocar nuestra atención de manera preventiva y no tanto diagnostica, ya que de acuerdo a la historia natural de la enfermedad, muchas de estas patologías no son prevenibles por la implicación de múltiples factores, tanto genéticos, ambientales e idiopáticos, que hacen difícil poder prevenir su aparición durante la gestación. Sin embargo, sí podemos basarnos, de acuerdo a la edad materna como grupo de riesgo, para identificar y relacionar a todas aquellas embarazadas, con las posibles patologías más frecuentes y la repercusión directa sobre el tipo de parto y la patología neonatal. De esta manera será posible la detección de aquellos embarazos de alto riesgo que se encuentren tanto en primer nivel como en tercer nivel de atención médica, para que sean referidas a las clínicas de embarazo de alto riesgo, para que de esta manera puedan ser aplicados los métodos de estudio y diagnóstico con los que se cuenta para ciertas patologías y se inicie el tratamiento más indicado para cada caso en forma individual de acuerdo a los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana de salud NOM. 007-SSA2-1993, mejorando con esto los resultados neonatales, o bien, teniendo las mejores condiciones para el nacimiento de todos aquellos embarazos en los cuales no es posible mejorar las condiciones fetales in útero, por las propias características de la patología, o falta de diagnóstico oportuno.

OBJETIVOS

Conocer cuales son las patologías y la frecuencia con la que se encuentran complicando la gestación por grupos de edad.

Conocer cual es la vía del nacimiento y su frecuencia de acuerdo al grupo de edad materna y complicaciones médicas asociadas.

Valorar los resultados de la valoración de APGAR y peso de nacimiento, de acuerdo al grupo de edad materna y de sus complicaciones médicas asociadas durante la gestación.

MATERIAL Y METODOS

Se trata de un estudio retrospectivo, comparativo, observacional y abierto en mujeres embarazadas con evento obstétrico del 1 de mayo de 2006 al 31 de octubre de 2006, en el área de tococirugía del Hospital General Tacuba, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, (ISSSTE).

Se dividió en tres grupos:

1.- Caso control con mujeres embarazadas de 20 a 34 años con productos vivos y viables, con o sin patología asociada o no al embarazo y/o pérdida gestacional temprana.

2.- Mujeres embarazadas de 35 a 40 años.

3.- Mayores de 40 con productos vivos y viables, con o sin patología asociada o no al embarazo y/o con pérdida gestacional temprana.

Los criterios de inclusión:

1.- Mujeres embarazadas mayores de 20 años.

2.- Con productos vivos y viables.

3.- Nacidos en el área de tocoquirúrgica del Hospital General Tacuba.

4.-Pérdida gestacional temprana.

Los criterios de exclusión:

1.- Mujeres embarazadas con óbito.

2.- Mujeres embarazadas con productos con malformaciones fetales no compatibles con la vida diagnosticadas antes o después del nacimiento.

Criterios de eliminación:

1.- Expediente clínico incompleto.

Se revisaron todos los expedientes de las pacientes con nacimientos vivos y antecedentes de legrado uterino complementario por pérdida gestacional temprana en el área de tococirugía en el Hospital General Tacuba del mes de mayo a octubre del 2006. Para obtener información, la cual se plasmó en un tabulador en que se relacionaba la edad materna durante el embarazo, con la presencia o no amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro; diabetes mellitus, hipertensión arterial crónica, preeclampsia, hipertensión gestacional, así como cualquier otra patología relacionada o no al embarazo; vía de nacimiento, peso del producto al nacimiento, calificación de APGAR y destino del RN.

Se incluyó en el tabulador a todas aquellas mujeres a las cuales se les realizó un legrado uterino complementario posterior a una pérdida gestacional temprana.

La mayoría de las variables de morbilidad, se compararán los porcentajes a través de chi cuadrada, comparando los tres grupos, así como la relación de eventos obstétricos entre dichos grupos.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio a 297 pacientes divididos en dos grupos (*Tabla I*); el primer grupo corresponde al testigo, con 239 pacientes con edades de entre 20 a 34 años (80.47%), el grupo problema se subdividido en dos subgrupos, uno de ellos con edades de entre 36 a 40 años o denominado de edad avanzada con 49 pacientes (16.49%), y el otro subgrupo con edades mayores de 40 años o nombrado de edad muy avanzada, integrado por 9 pacientes (3.03%).

Se presentó una porcentaje global de parto/cesárea del 47.1/ 52.9%. En el grupo control se presentó un porcentaje parto/cesárea de 51.47/48.53%, para el grupo de edad avanzada de 30.62/69.38 %, y para el grupo de edad muy avanzada de 22.22/77.78% (*Tabla II*).

Se realizaron un total de 130 legrados uterinos complementarios por perdida gestacional temprana, distribuidos de la siguiente manera: 61 (46.92%) para el grupo control de menores de 35 años, 26 (20%) en pacientes de 36 a 40 años y 43 (33.08%) en mayores de 40 años (*tabla VII*).

Por lo tanto, hubo un total de 427 eventos obstétricos, de los cuales 157 (36.76%) fueron para la operación cesárea, 140 (32.78%) para el parto y 130 (30.44%) para el Legrado Uterino Complementario (*tabla VIII*).

Se presentó como principal complicación materna la amenaza de parto pretérmino en 47 pacientes (*Grafica 1*), de las cuales 38 pacientes (80.85%) corresponden al grupo control y 9 pacientes (19.15%) al grupo de edad avanzada y ningún caso en mujeres de edad muy avanzada lo cual es estadísticamente significativo ($p < .001$).

La amenaza de aborto se presentó en 22 pacientes (*Grafica 2*), con 13 pacientes (59.09%) para el grupo control, 8 pacientes (36.36%) para el grupo de edad avanzada (estadísticamente significativo $p < .001$) y 1 paciente (4.54%) para el de edad muy avanzada, lo cual es estadísticamente no significativo con respecto al grupo control ($p > .05$).

La Hipertensión Gestacional en 14 pacientes (*Grafica 3*) de las cuales 9 pacientes (64.28%) fueron para el grupo control, 4 pacientes (28.57%) para el grupo de edad avanzada (estadísticamente no significativo con respecto al control $p > .05$) y 1 paciente (7.14%) para el de muy edad avanzada (estadísticamente no significativo con respecto al control $p > .05$).

La Preeclampsia en 13 pacientes (*Grafica 4*), 9 pacientes (69.23%) del grupo control, 3 pacientes (23.07%) para edad avanzada (estadísticamente no significativo con respecto al control $p > .05$) y 1 paciente (7.69%) para el grupo de edad muy avanzada (estadísticamente no significativo con respecto al control $p > .05$).

La diabetes en 4 pacientes (*Grafica 5*), 3 (75%) para el grupo control y 1 paciente (25%) para el grupo de edad avanzada (estadísticamente no significativo con respecto al control $p > .05$).

Por ultimo la Hipertensión arterial un sola una paciente en el grupo control (*Grafica 6*). Además se presentaron algunas complicaciones fetales como Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta, Placenta Previa Sangrante, Restricción en el Crecimiento intrauterino y embarazo gemelar, correspondiendo en un caso para cada una de ellas (*tabla III*), (*Graficas 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13*).

En cuanto al peso del producto el nacimiento encontramos un promedio para el grupo control de 3152 gr. (entre 1210 y 4265 gr.), 3205 gr. (entre 1450 y 4700 gr.) para el grupo de edad avanzada y 3120 gr. (entre 2500 y 3650 gr.) para el grupo de edad muy avanzada (*tabla IV*), estas diferencias no fueron significativas.

En cuanto a la calificación de APGAR al minuto y a los 5 minutos no hubo variación significativa, encontrando en promedio general de 7.7/8.5 (± 1 punto) (*tabla V*).

Del total de nacimientos, solamente ingresaron 17 Recién Nacidos a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, principalmente por bajo peso al nacer y baja calificación de APGAR (*tabla VI*).

DISCUSION

En el presente estudio se puede observar que el mayor número de nacimientos se llevó a cabo en el grupo control, posteriormente en el subgrupo de edad avanzada y por ultimo en el de edad muy avanzada, lo cual corresponde a la estadística descrita en la literatura actual; aunque se ha reportado en la literatura un incremento cercano al 50% en los nacimientos en mujeres mayores de 40 años, lo cual no ocurrió en nuestra muestra.

Con respecto a la vía de nacimiento, tenemos que la cesárea se presentó en un 52.9% contra el 47.1% del parto, lo anterior es el reflejo de un aumento en la tendencia a la cesárea en las pacientes mayores de 36 años, ya sea con lo cual se pretende disminuir el posible trauma obstétrico sobre el feto al momento del parto, ó así como de ofrecerle al producto que se logra concebir con las técnicas de reproducción asistida una mejor posibilidad de supervivencia con menos complicaciones neonatales, o bien, tratar de evitar una complicación obstétrica con sus consiguientes secuelas neonatales en una mujer que se encuentra en el extremo final de la vida reproductiva y que probablemente no podrá volver a tener un embarazo.

La frecuencia con la que se presentaron las complicaciones médicas fue la siguiente, la más común correspondió a la amenaza de parto prematuro en un 15.8%, lo cual corresponde a la misma cifra con la que se cuenta en la literatura

actual, posteriormente la amenaza de aborto con un 7.4%, esto es menor a lo que se reporta en la literatura, que se estima de un 10 a 15%, hipertensión gestacional en un 4.71% en comparación con un 3.8% documentado en la literatura, preeclampsia con un 4.37% , lo cual se encuentra dentro del rango en la incidencia mundial que es del 2 al 10%, y por ultimo diabetes gestacional que a pesar de la carga genética importante por el factor étnico se encuentro en el 1.34%, lo que representa menor incidencia que los reportes actuales que oscilan entre un 3 a 7% ^{1, 4, 5, 8, 21, 23, 25, 26} .

Los resultados sobre el peso fetal fueron prácticamente los mismos para los tres grupos, esto debido principalmente a status socioeconómico de la muestra, ya que se tiene conocimientos por estudios realizados a varios tipos de poblaciones con status socioeconómicos diferentes, que el peso al nacimiento es directamente proporcional a la dieta diaria, aunque no hay que olvidar que algunas condiciones médicas no tratadas pueden condicionar bajo peso al nacer, sin embargo en nuestra estudio no tuvimos variación del peso fetal con respecto a la edad materna ²³ .

La calificación de APGAR se encontró en la misma proporción para los tres grupos, la cual fue de 7.7 al minuto y 8.5 a los 5 minutos, lo cual probablemente fue influido por la cesárea como la vía del nacimiento preferente para el grupo de edad y muy edad avanzada.

Se registraron 17 ingresos fetales a la UCIN, 1 por restricción en el crecimiento intrauterino, 6 por bajo peso debido a gemelaridad, 1 hipoxia por abruptio y 9 por prematurez como indicación principal.

Se realizaron un total de 427 eventos obstétricos, de los cuales 157 de ellos fueron para la operación cesárea lo que representa el 36.76%, 140 para el parto, representando el 32.78% y los 130 restantes se debieron a legrados uterinos complementarios, secundarios a perdidas gestacionales tempranas, que representa el 30.44%, sin embargo el dato mas importante representa sin lugar a duda que del número de pacientes embarazadas en edad muy avanzada (mayores de 40 años), en nuestro estudio y de acuerdo a los criterios de inclusión fueron un total de 52 pacientes, solo 9 de estas tuvieron un embarazo a término y aparentemente normoevolutivo con complicaciones relacionadas con la edad, cuando se presentaron; a diferencia de las 43 pacientes restantes (82%), las cuales presentaron una perdida gestacional temprana.

CONCLUSIONES

1.- El mayor número de nacimientos se registra entre las mujeres de 20 a 34 años de edad.

2.- La actual vía de nacimiento que se prefiere en nuestra medio es por la operación cesárea.

3.- Las principales complicaciones médicas y la frecuencia con las que se presentan asociadas al embarazo en nuestro medio corresponden a las mismas que se documentan en el resto de la población y que están relacionadas directamente con la edad materna.

4.- Los resultados neonatales como el peso y el APGAR al nacimiento no dependen de la edad materna.

5.- La principal causa de ingreso neonatal a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales es la prematurez.

6.- El principal evento obstétrico en las mujeres de edad muy avanzada es el aborto temprano, alcanzando un 80%.

Tabla No. I.- *Relación del numero de pacientes y su porcentaje por grupos de edad materna.*

GRUPOS DE EDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Menores de 35 años	239	80.47
36 a 40 años	49	16.49
Mayores de 40 años	9	3.03

Tabla No. II.- Relación entre parto y cesárea por grupo de edad.

GRUPOS DE EDAD	No. DE PARTOS	% DE PARTOS	No. DE CESAREAS	% DE CESAREAS
< 35 años	123	51.47	116	48.53
36 a 40 años	15	30.62	34	69.38
> 40 años	2	22.3	7	77.7
P<0.01				

Tabla No. III.- Relación de complicaciones medicas por grupos de edad, número de pacientes, porcentajes (*Desprendimiento Prematuro de Placenta Normolinserta, ** Restricción en el Crecimiento IntraUterino).

COMPLICACIONES MEDICAS	MENORES 35 AÑOS	36 A 40 AÑOS	MAYORES DE 40 AÑOS	P
Am. Parto Preterm.	38 (36.53%)	9 (8.06%)	0	<0.001
Am. De Aborto	13 (12.5%)	8 (7.69%)	1 (0.96%)	<0.05
Hipert. Gestacional	9 (8.65%)	4 (3.84%)	1 (0.96%)	>0.05
Preeclampsia	9 (8.65%)	3 (2.88%)	1 (0.96%)	>0.05
Diabetes	3 (2.88%)	0	0	>0.05
Hipertensión Art.	1 (0.96%)	0	0	>0.05
DPPNI *	1 (0.96%)	0	0	
Placenta Previa.	1 (0.96%)	0	0	
RCIU **	1 (0.96%)	0	0	
Emb. Gemelar	1 (0.96%)	0	0	
Total	77 (74.03%)	24(23.07%)	3 (2.88%)	

Tabla No. IV.- *Relación entre el peso promedio del Recién Nacido, mínimo y máximo en gramos, por grupo de edad.*

GRUPOS DE EDAD	PESO PROMEDIO EN GRAMOS	PESO MINIMO EN GRAMOS	PESO MAXIMO EN GRAMOS
Menores 35 años	3152.3	1210	4265
36 a 40 años	3205.33	1450	4700
Mayores 40 años	3120.83	2500	3650
P>0.01			

Tabla No. V.- *Relación de la calificación de APGAR al minuto y a los 5 minutos del recién Nacido por grupos de edad materna.*

GRUPOS DE EDAD	APGAR 1 MINUTO	APGAR 5 MINUTOS
Menores 35 años	7.7	8.6
36 a 40 años	7.6	8.5
Mayores de 40 años	7.8	8.6

Tabla No. VI.- *Numero de Recién Nacidos que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, por grupo de edad materna.*

GRUPOS DE EDAD	NUMERO DE R.N.	PORCENTAJE DE R.N.
MENORES DE 35 AÑOS	12	4.04
36 A 40 AÑOS	5	1.68
MAYORES DE 40 AÑOS	0	0

Tabla No. VII.- *Relación entre el numero de legrados, porcentaje por grupos de edad materna.*

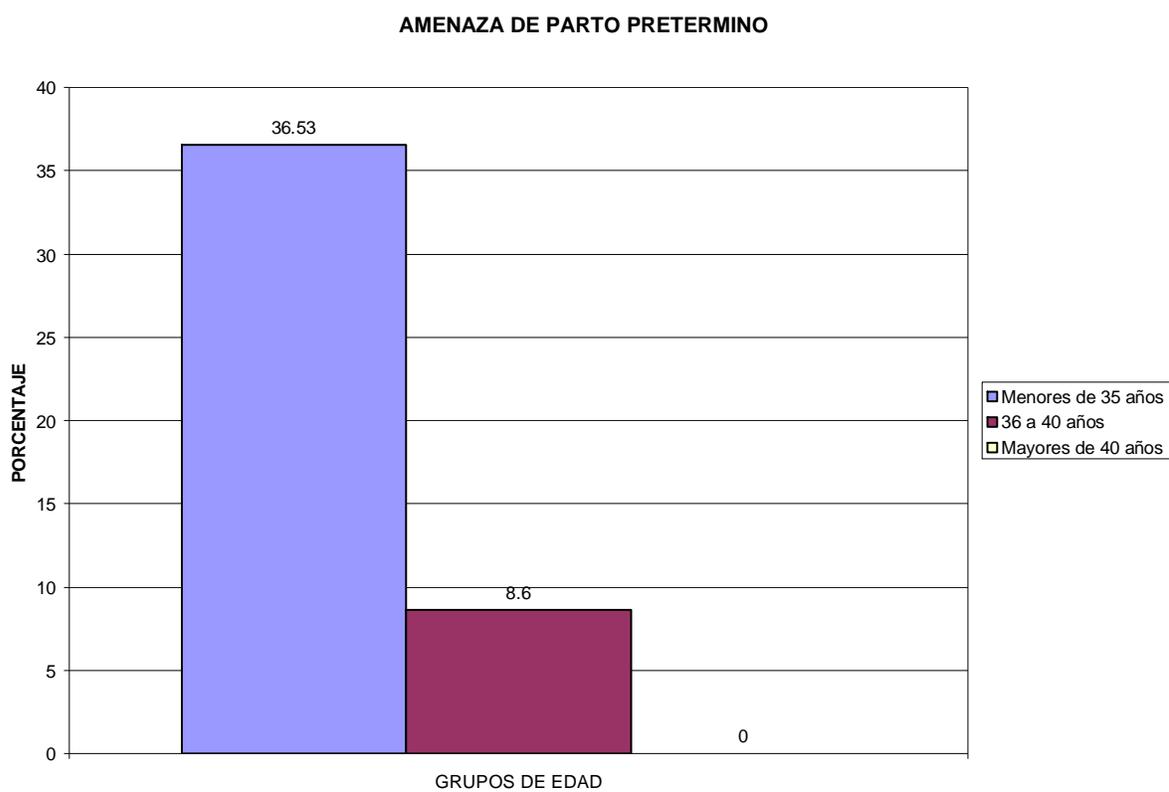
GRUPOS DE EDAD	NUMERO DE LEGRADOS	PORCENTAJE DE LEGRADOS
Menores de 35 años	61	46.92
36 a 40 años	26	20
Mayores de 40 años	43	33.08
Total	130	100

Tabla No. VIII.- Relación total entre nacimientos y legrados por grupos de edad.

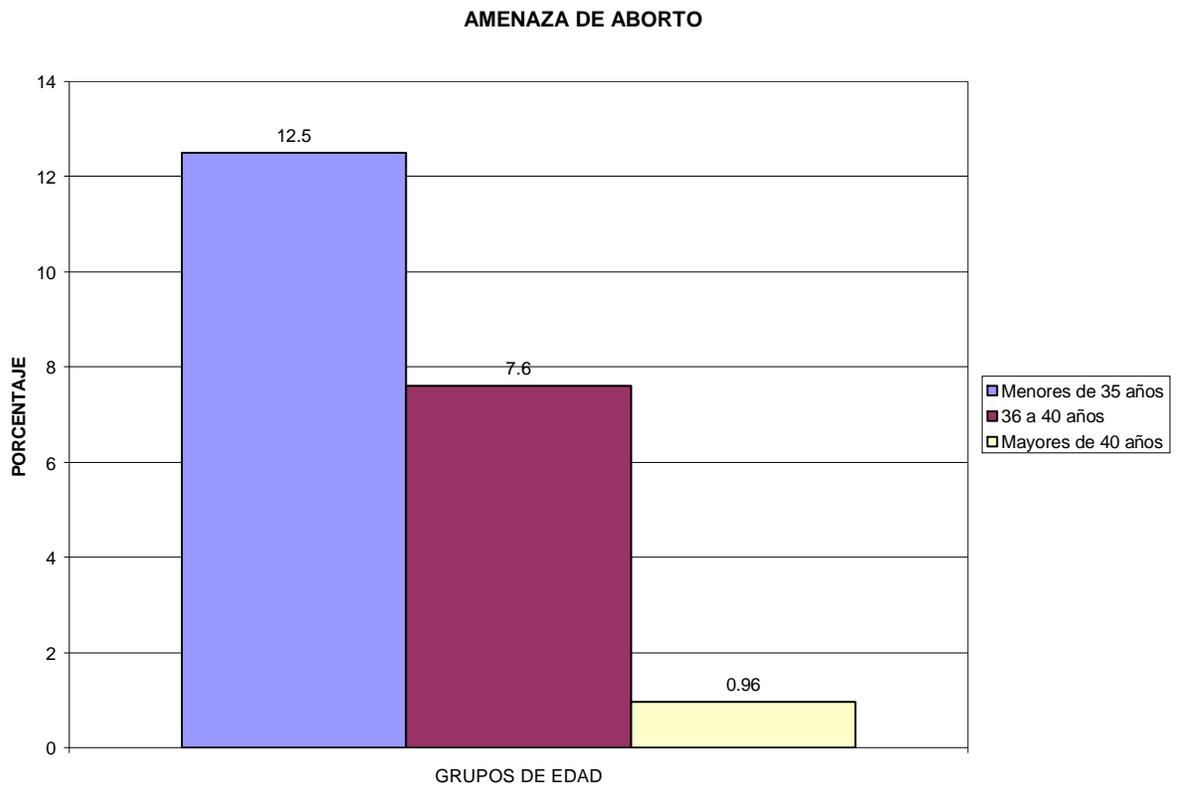
GRUPOS DE EDAD	NACIMIENTOS	LEGRADO	TOTAL	% DE ABORTO
Menores de 35 años	239	61	300	20.33
De 36 a 40 años	49	26	75	34.66
Mayores de 40 años	9	43	52	82.69

TOTAL	297	130	427
--------------	-----	-----	-----

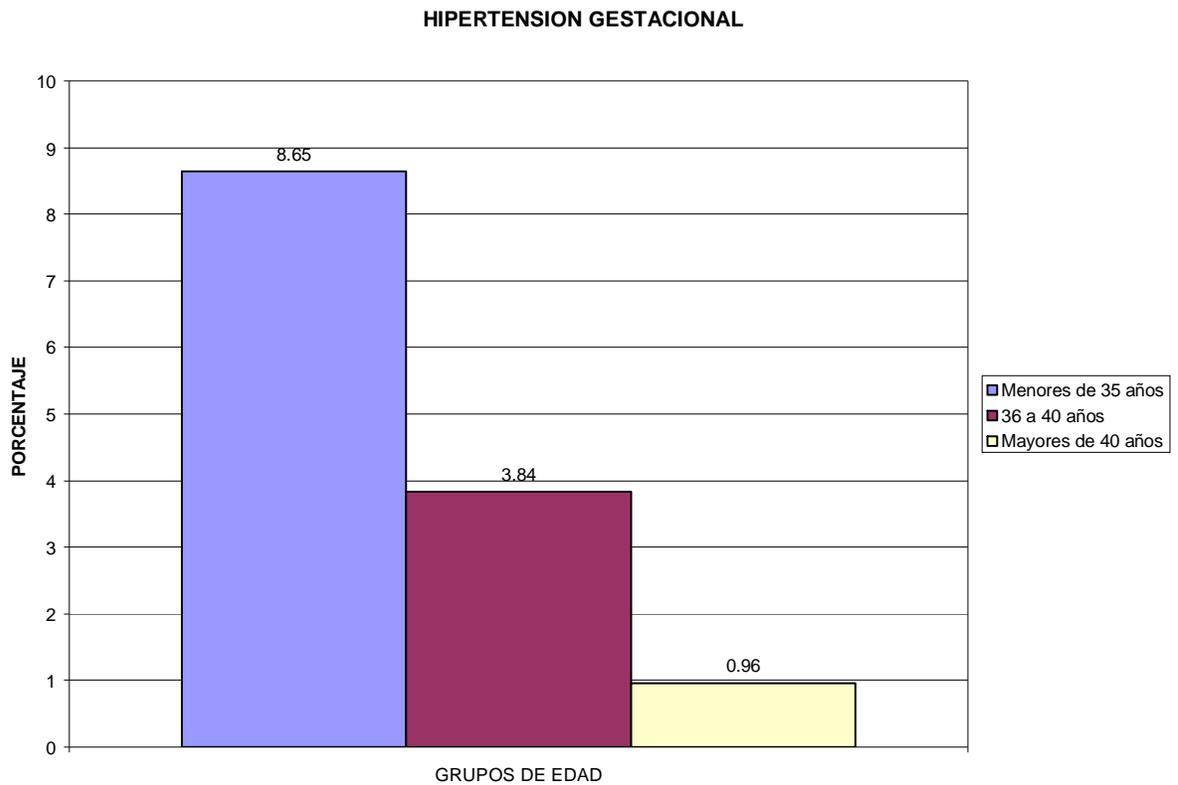
Grafica No. 1.- *Relación en porciento de amenaza de parto pretérmino por grupo de edad.*



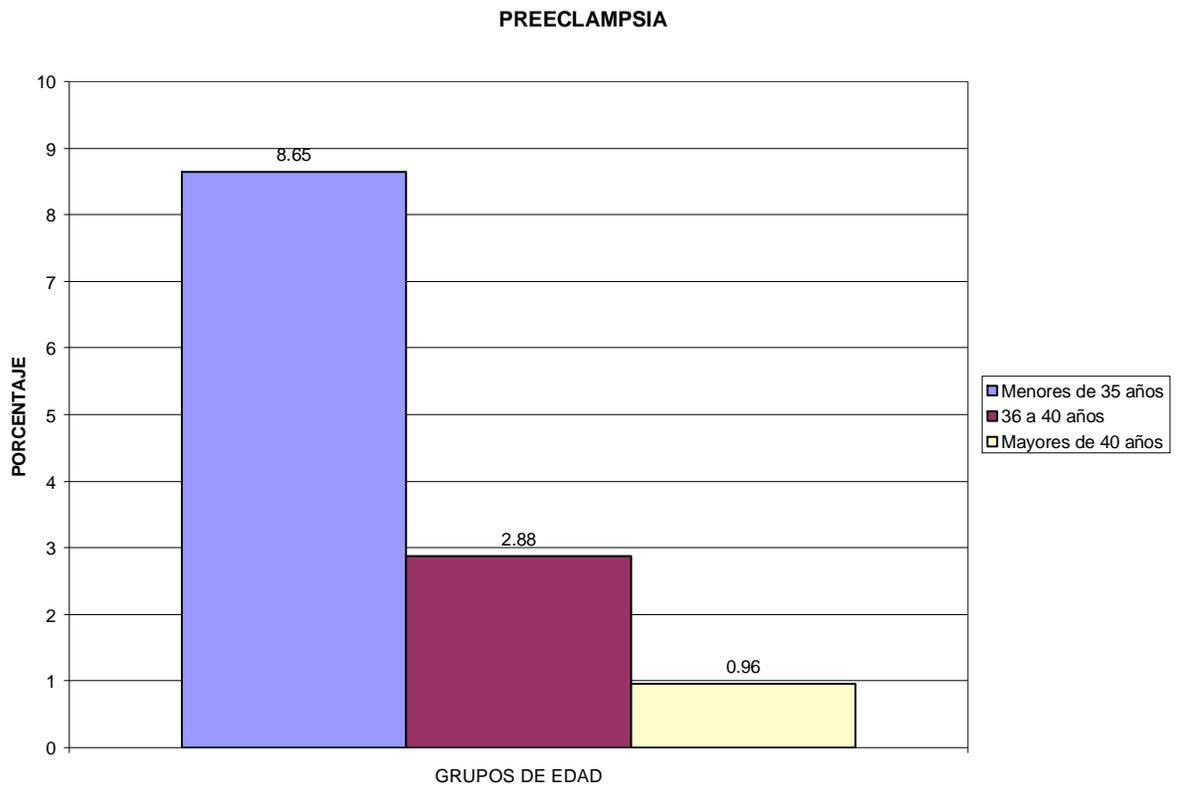
Grafica No. 2.- Relación en porciento de Amenaza de Aborto por grupo de edad.



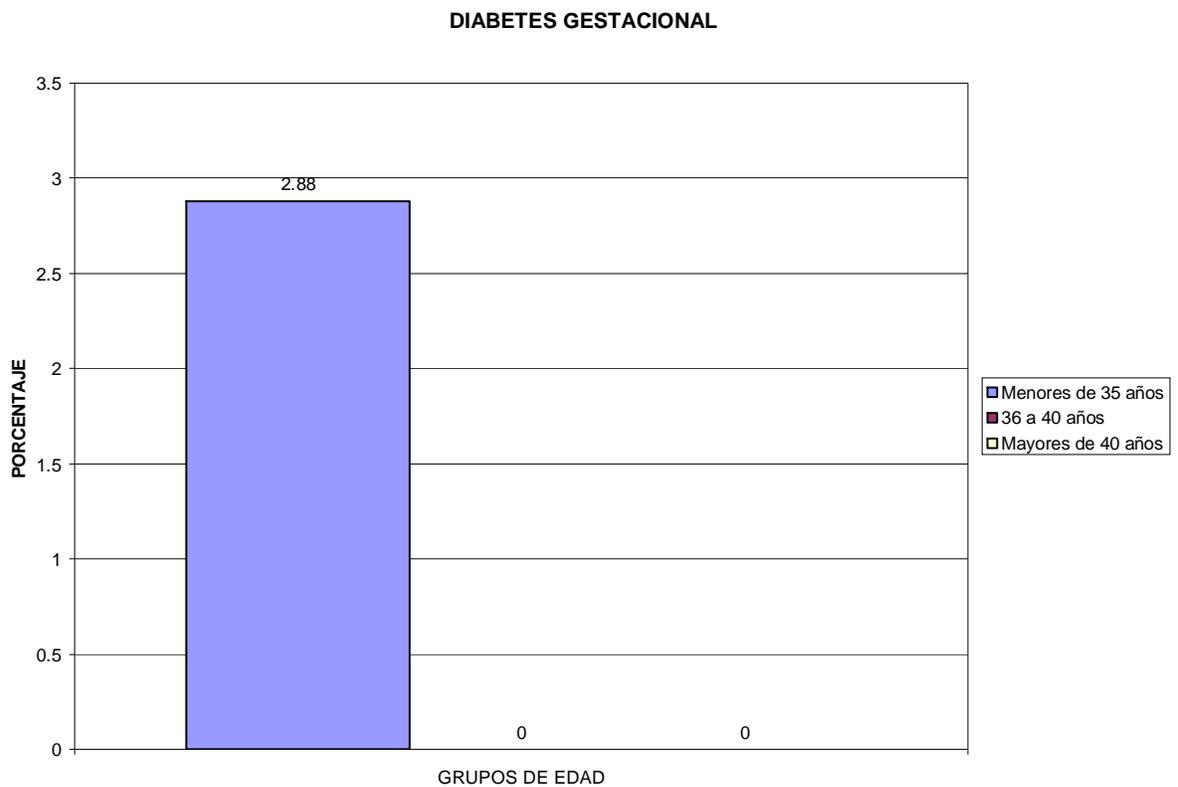
Grafica No. 3.- Relación en por ciento de Hipertensión Gestacional por cada grupo de edad.



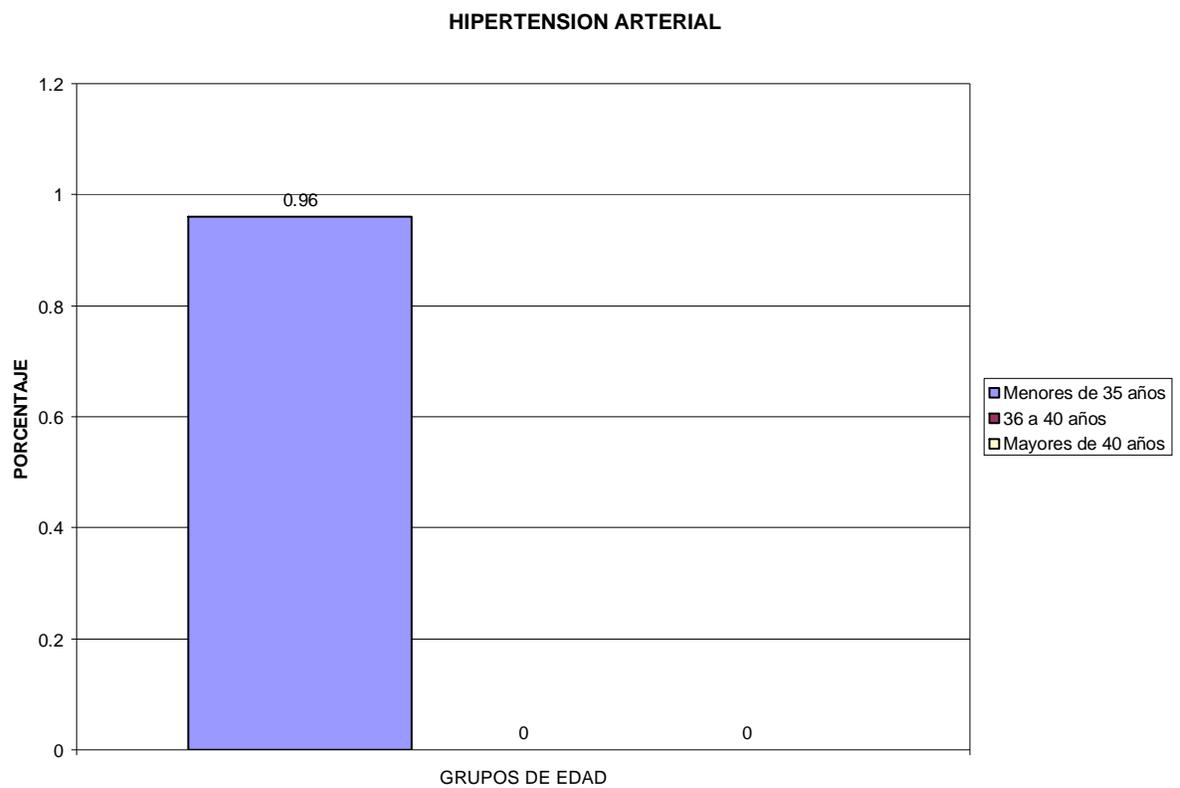
Grafica No. 4.- Relación en por ciento de Preeclampsia por cada grupo de edad.



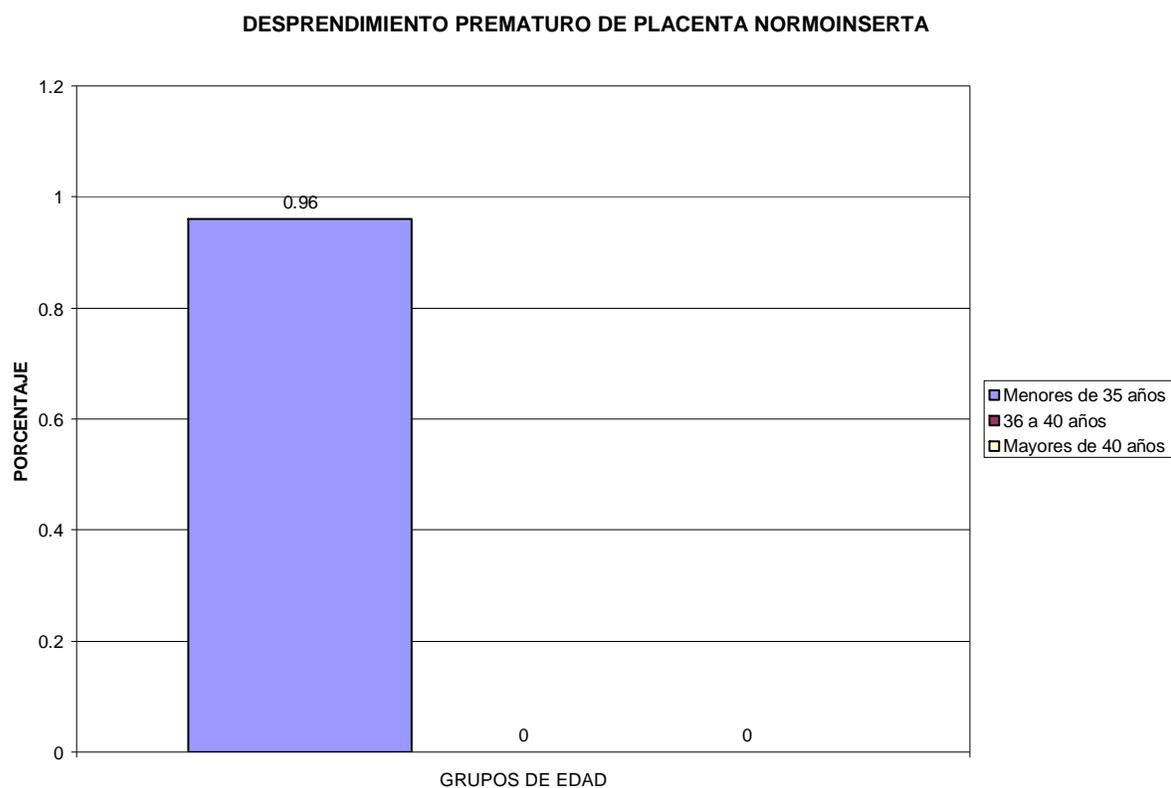
Grafica No. 5.- *Relación en por ciento de Diabetes Gestacional por cada grupo de edad.*



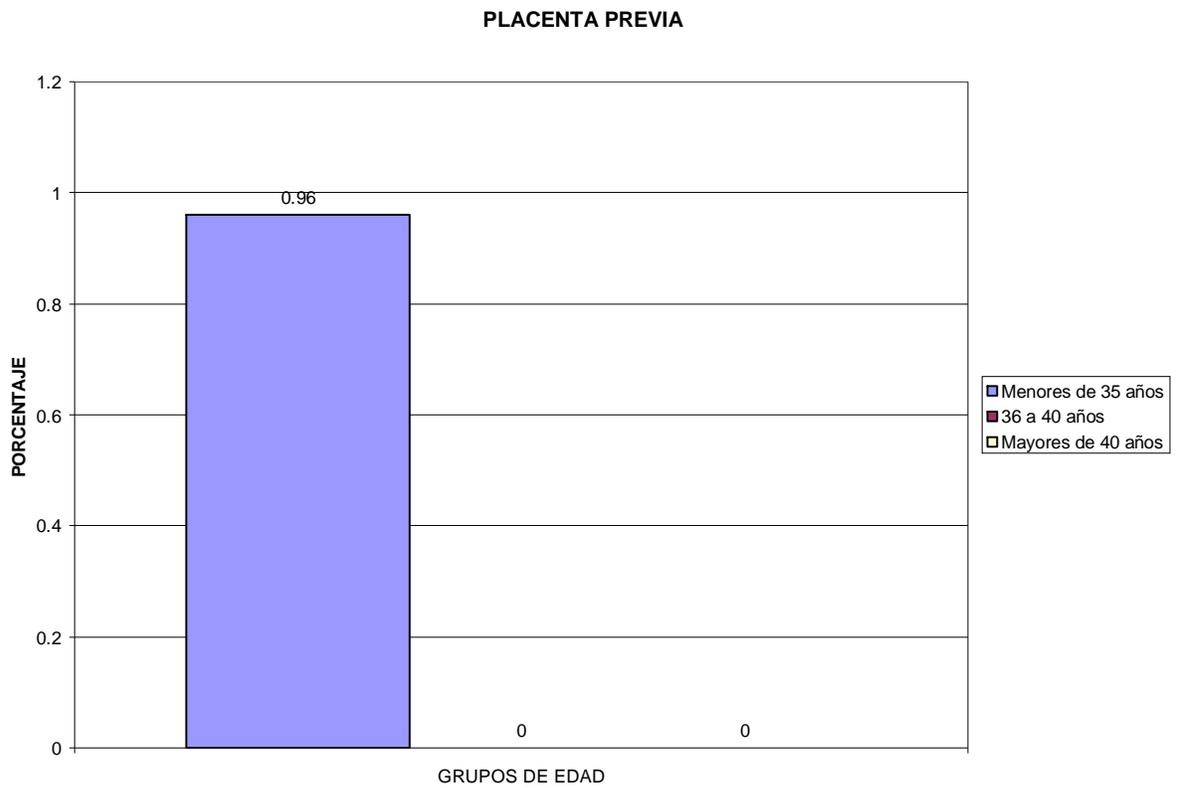
Grafica No. 6.- *Relación en por ciento de Hipertensión Arterial por cada grupo de edad.*



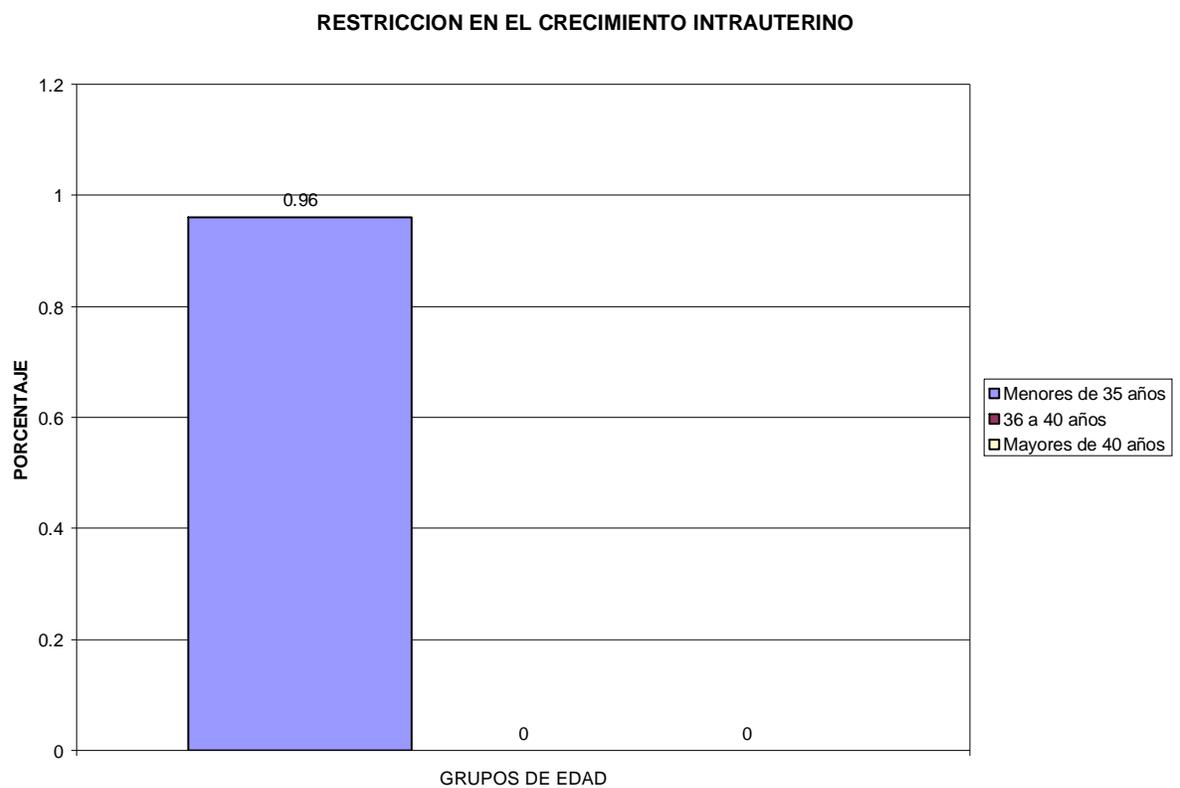
Grafica No. 7.- Relación en por ciento de Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta por cada grupo de edad.



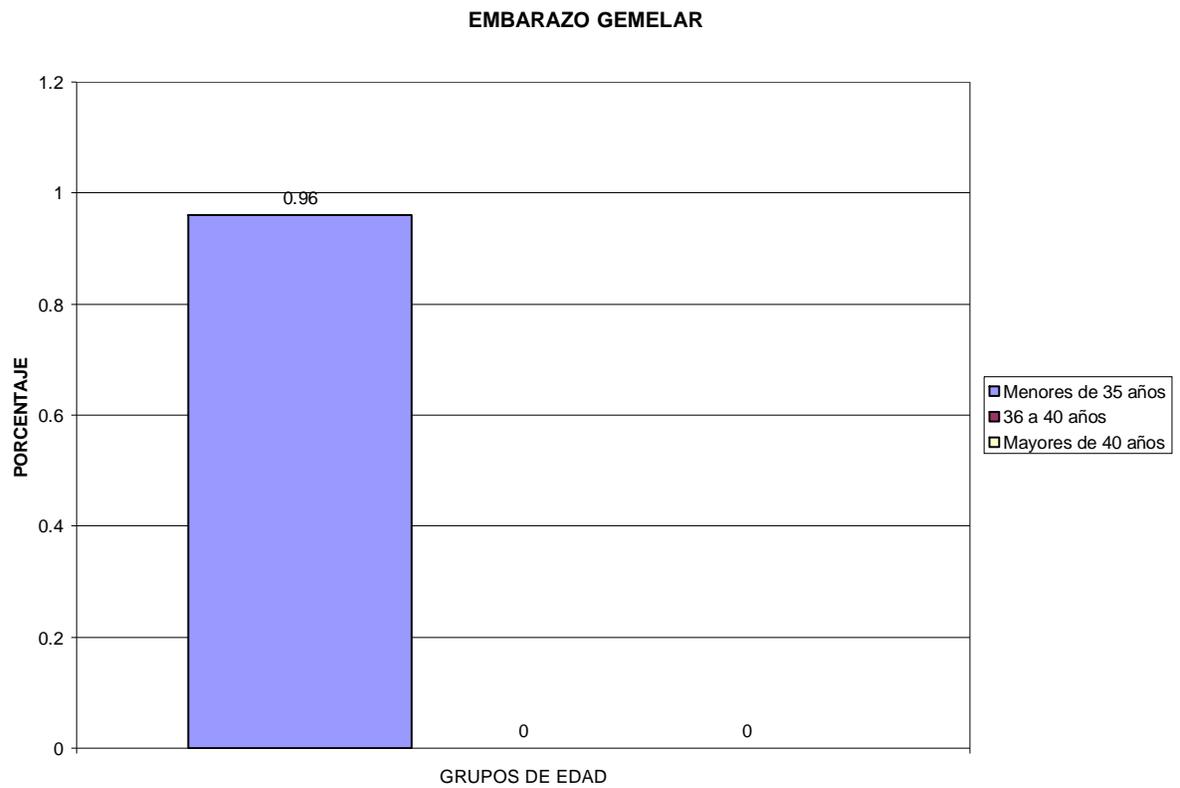
Grafica No. 8.- *Relación en por ciento de Placenta Previa por cada grupo de edad.*



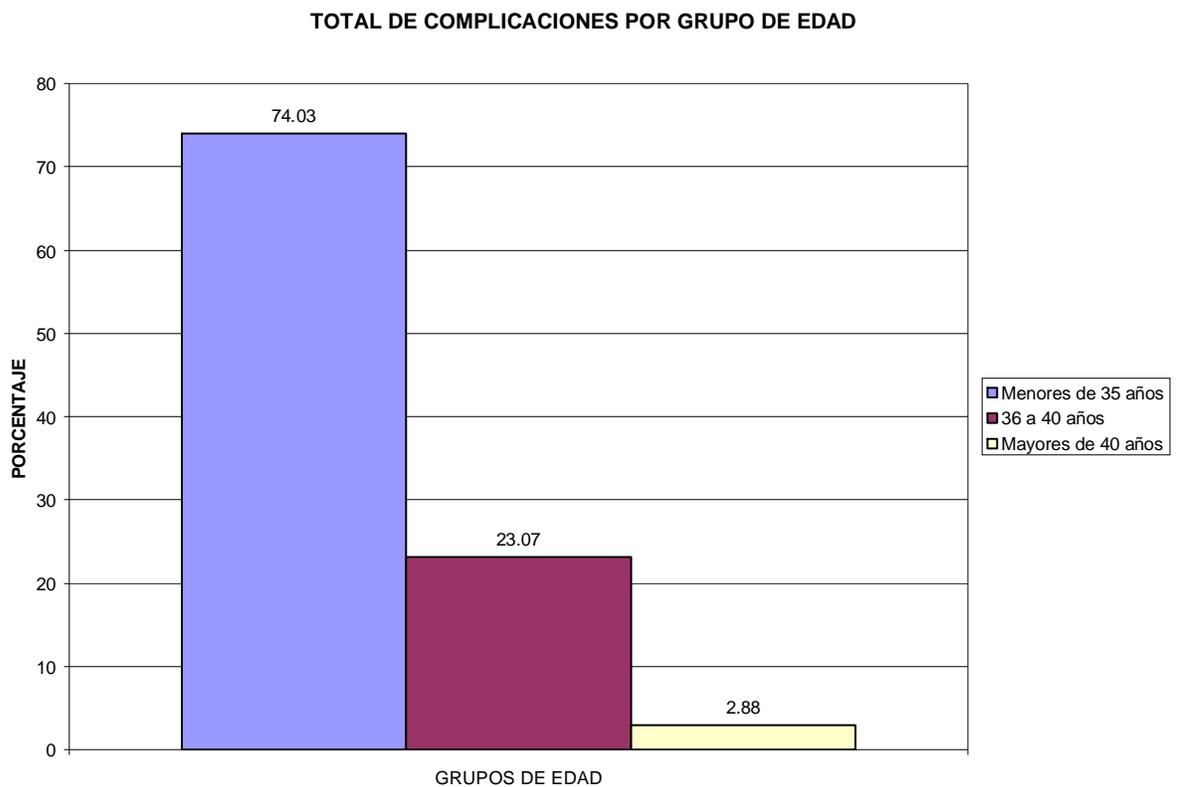
Grafica No. 9.- *Relación en por ciento de Restricción en el Crecimiento Intrauterino por cada grupo de edad.*



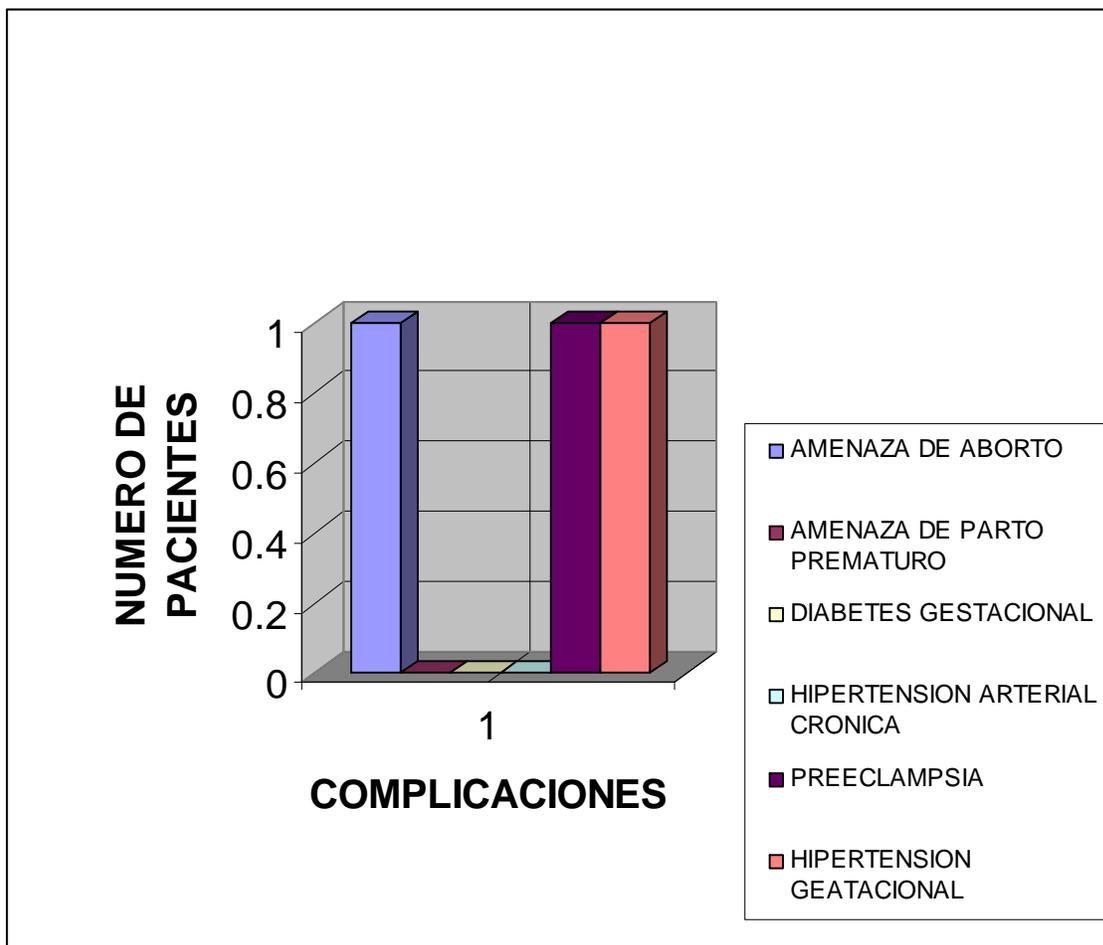
Grafica No. 10.- *Relación en por ciento de Embarazo Gemelar por cada grupo de edad.*



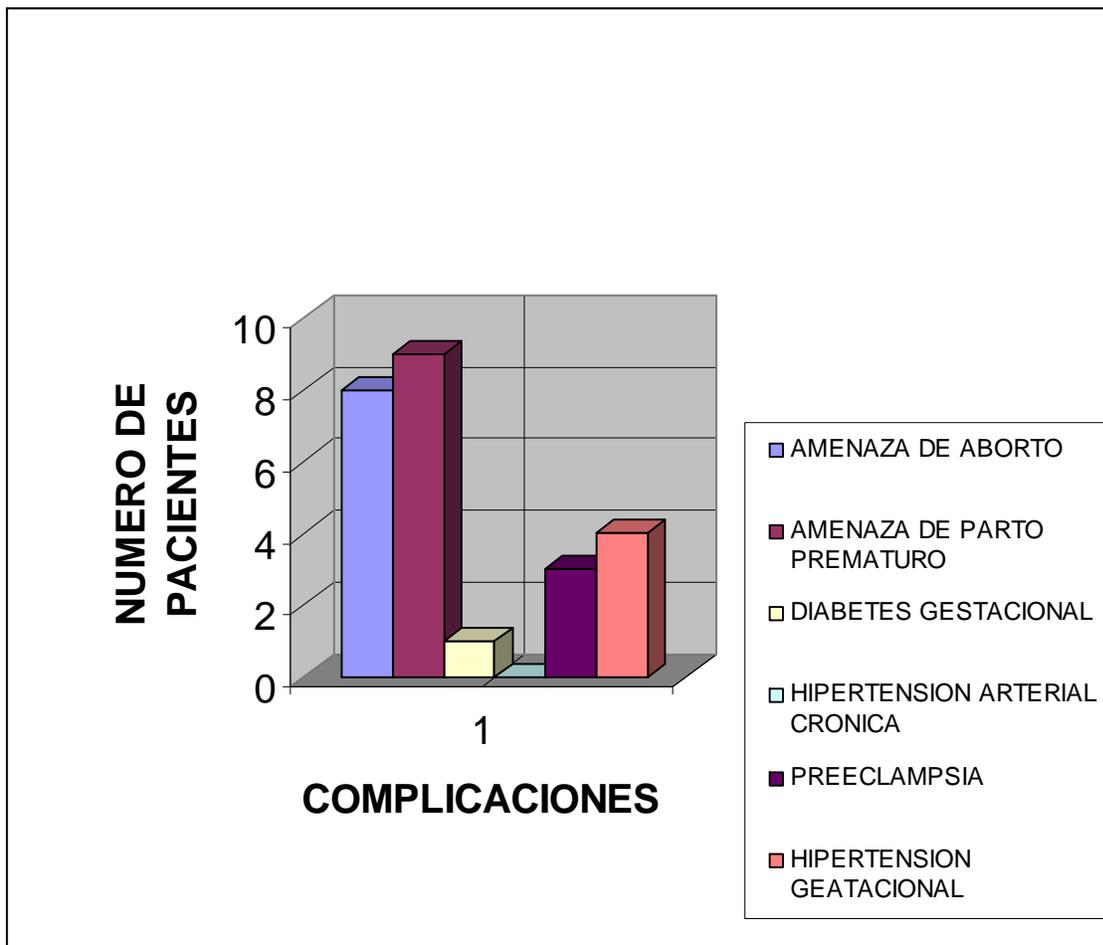
Grafica No. 11.- *Relación en por ciento del total de complicaciones por cada grupo de edad.*



Grafica No. 12.- *Relación en por ciento del total de complicaciones por cada grupo de edad.*



Grafica No. 13.- *Relación en por ciento del total de complicaciones por cada grupo de edad.*



BIBLIOGRAFIA

- [1] *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*. Geneva, World Health Organization, 2003.
- [2] **Lagro M, Liche A, Mumba T, Ntebeka R, van Rosmalen J**. Postpartum health among rural Zimbabwean women. *African Journal of Reproductive Health* 2003; 7: 41-8.29-736.
- [3] **Thaddeus S, Nangalia R, Vivio D**. Perceptions matter: barriers to treatment of postpartum hemorrhage. *Journal of Midwifery and Women's health* 2004; 49: 293-97.
- [4] **Sibley LM, Sipe T TA**. What can meta-analysis tell us about traditional birth attendant training and pregnancy outcomes? *Midwifery* 2004; 20: 51-60.
- [5] **AbouZahr C**. Global burden of maternal and disability. In: Rodeck C, ed *Reducing maternal death and disability in pregnancy*. Oxford, Oxford University Press 2003; 1: 11.
- [6] *Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia. FLASOG. Primer Taller sobre Violencia de Género y Violencia Sexual para Centroamérica y Panamá*. *Ginec Obstet Mex* 2003; 71: 465-70.
- [7] **Karchmer S**. Reflexiones sobre una Vocación Científica. 1ra Ed. México D.F.: Publicaciones MPM; 2004. p. 238-48. atención primaria. *Toko-Gin Pract* 1991; 50; 8: 115-121.
- [8] **FIGO**. Comité for Women's Sexual and Reproductive Rights. Newsletter. 2005.
- [9] **Karchmer S**. Salud Reproductiva y Violencia Sexual contra la mujer. *Ginec Obstet Mex* 2002; 70: 248.

- [10] *Agenda de Salud. Compendio de leyes, reglamento y otras disposiciones conexas sobre la materia 2002.*
- [11] *La Salud y el Sistema de Atención. Salud de México. 2004.*
- [12] **Ana E, Núñez y Camadace Robertson.** *Consideraciones multiculturales sobre la salud de la mujer. Clínicas Médicas de Norteamérica, McGraw-Hill Interamericana 2003; 5.*
- [13] **Olaia G, Rico del Rió A.** *Coord. Encuesta Nacional Sobre Violencia contra las mujeres 2003, ENVIM. INSP, SS, México 2003.*
- [14] *Adaptado de: OMS Informe sobre la salud en el mundo. Anexo estadístico. 2005. Cuadro 8, <http://www.who.int/whr/2005/annex/es/index/.html>.*
- [15] *Sector Salud. Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios. 2005. Cuadro II. 1. 11.*
- [16] *S.S.A. Comunicado de prensa Núm. 134. 8 de marzo de 2006. Sector Salud. Sistemas Automatizados de Egresos Hospitalarios 2005. Cuadro IV. 3*
- [17] **Neufeld L, Haas J, Grajeda R, Martorell R.** *Changes in maternal weight from the first to second trimester of pregnancy are associated with fetal growth and infant length at birth. Am J Clin Nutr 2004; 79: 646-52.*
- [18] *Grupo coordinador para la emisión de recomendaciones. "Para mejorar la calidad de la atención Obstetricia", elaborada por la Comisión de Arbitraje Medico. 2003; 15-35.*
- [19] **Lira P, Oviedo H, Zambrana C, Ibarquengoltia O, Ahued A.** *Implicaciones perinatales del embarazo en la mujer adolescente. Gineco Obstet Mex 2005; 73: 407-14*

- [20] **Nybo A, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M.** Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *BMJ* 2003; 20: 1708-12.
- [21] **Frank R, Pelcatre B, Salgado S, Frisbe W, Potter J, Bronfman P.** Low birth weight in México: new evidence from a multi-site postpartum hospital survey. *Salud Pública Mex* 2004; 46 (1): 1-19.
- [22] **Gates A.** Communicating risk in prenatal genetic testing. *J Midwifery Women Health* 2004; 49(3):220-7.
- [23] **Healy J, Malone D, et al.** Early access to prenatal care: implication for racial disparity in perinatal mortality. *Obstet Gynecol* 2006; 107;625-31.
- [24] **Vohr BR, Allen M.** Extreme Prematurity-The Continuing dilemma . *N Engl J Med* 2005; 352(1): 71.
- [25] **Duley L.** Preeclampsia and hypertension. In: *clinical evidence.* 2005; 13: 1810-25. London: BMJ Publishing Group.
- [26] **Timothy E, Franciosi R, Dwight P.** Normal fetus with a twin presenting as both a complete hydatidiform mole and placenta previa. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 527-30.