



**Universidad Abierta Interamericana  
Sede Regional Rosario  
Facultad de Medicina**

**Título: "Complicaciones o eventos de riesgo  
en mujeres que se embarazan después de los  
35 años".**

**Alumna: MANFUERT, Vanina Viviana**

**Tutor: Dr. DIMARCO, David**

**Fecha de presentación: diciembre de 2005**

## Resumen

En el presente estudio se analizaron los datos correspondientes a las 100 historias clínicas de mujeres que lograron su embarazo a los 35 años o más de edad, que atendieron su embarazo y parto en el Centro de Salud “Dr. David Staffieri”, en el Centro de Salud nº 27 “Dr. Ramón Carrillo”; en el Centro de Salud del Barrio Policial, y en el Sanatorio de la Mujer; todos ubicados en la ciudad de Rosario. Durante el período comprendido entre los años 2002, 2003 y 2004 inclusive.

Con el objetivo de conocer con qué frecuencia aparecen complicaciones o eventos de riesgo en mujeres embarazadas mayores de 35 años, el tipo de complicaciones o eventos de riesgo que con mayor frecuencia se presentan; y la frecuencia de complicaciones en neonatos.

Se arribaron a las siguientes conclusiones:

- El 27% de las pacientes tuvieron un embarazo y parto normal, y el 73% presentó complicaciones o eventos de riesgo maternos y/o fetales.
- Las pacientes atendidas en servicios de salud públicos tuvieron una probabilidad mayor de desarrollar complicaciones, que aquellas atendidas en el sector privado.
- El 52,05% de las complicaciones se debían a un embarazo de alto riesgo.
- El 10% presentó retardo del crecimiento intrauterino; el 8% feto muerto y retenido; el 6% oligoamnios; el 6% aborto; el 5% embarazo múltiple; el 5% R.P.M.; el 3% D:P.P.; el 2% placenta previa, y el 2% polihidramnios.
- El 53,42% de las complicaciones se debían a enfermedades maternas que complican el embarazo.
- De las 100 pacientes, el 29% presentaba enfermedad hipertensiva; el 14% diabetes y el 6% enfermedad de Chagas – Mazza.
- El 64,38% de las complicaciones se debían a un parto patológico.
- Del total de pacientes en estudio, en el 35% se realizó operación cesárea; en el 10% se presentó sufrimiento fetal agudo, y en el 9% se usó fórceps.
- El 17,8% correspondían a complicaciones en el neonato.
- En relación al total, el 12% tuvo neonatos con bajo peso; el 9% prematuros;

el 4% con alto peso, y el 4% con enfermedades o defectos congénitos.

- El promedio de edad fue de 38,12 años (sin complicaciones 37,33 años; y con complicaciones 38,4 años). Con una diferencia promedio de 1,07 años.
- El promedio de gestas fue de 3,34 gestas (sin complicaciones 3,37 gestas, y con complicaciones 3,65 gestas)

## Introducción

La mayoría de las mujeres de más de 35 años tienen embarazos y bebés saludables. Sin embargo, los resultados de varios estudios recientes sugieren que las mujeres que quedan embarazadas después de esta edad están expuestas a riesgos especiales.

Desde fines de los años 70, ha aumentado significativamente la tasa de bebés nacidos de mujeres de 35 a 50 años de edad. Según las estadísticas, la tasa de nacimientos correspondientes a mujeres mayores de 35 años se duplicó en los últimos 15 años.

Los avances de la Medicina, han ayudado a estas mujeres a tener embarazos con menos riesgos; pero también a lograr mayor cantidad de embarazos.

La disminución de la fertilidad se experimenta a partir de los 30 años, esto puede atribuirse a una menor frecuencia de la ovulación o por enfermedades que afectan los órganos reproductores o su función. La esterilidad e infertilidad pueden ser tratadas mediante técnicas de reproducción asistida; esto conlleva la posibilidad de embarazos múltiples.

Por contrapartida, la probabilidad de embarazos múltiples en forma natural, alcanza su máximo nivel entre los 35 y 39 años de edad. (1)

Es también más frecuente que las mujeres de 35 a 50 años padezcan algún tipo de problema crónico de salud, como la hipertensión o la diabetes; o bien que los desarrollen en el curso del embarazo.

El riesgo de trastornos cromosómicos se incrementa con la edad de la mujer, el más común es el síndrome de Down. A su vez, esto incrementa el riesgo de abortos espontáneos.

Otras complicaciones que pueden aparecer son las relacionadas a la placenta (como placenta previa) que causan graves hemorragias durante el parto (que son pasibles de evitar mediante la intervención por cesárea).

También se incrementa el riesgo de retardo del crecimiento intrauterino, prematuridad y bajo peso al nacer.

Estas mujeres tienen más probabilidades de tener dificultades durante el

trabajo de parto, que se produzca sufrimiento fetal agudo y prolongación de la segunda etapa del trabajo de parto. Esto puede explicar, en parte, la mayor tasa de nacimientos por cesárea y el uso de fórceps entre las mujeres de más de 35 años.

Todo esto remarca la importancia de conocer cuán frecuente es, en nuestra población, los riesgos a los que están expuestas las embarazadas de 35 años o más.

En la actualidad la mujer cuenta con el asesoramiento genético, que es el acto médico del pronóstico familiar.

La genética médica recurre a técnicas de estudio específicas para ciertas enfermedades y defectos congénitos. Por ejemplo:

- 1- aspiración de vellosidades coriales: se realiza durante el primer trimestre de la gestación, sirve para detectar trastornos genéticos, y está contraindicada más allá de la semana 12.
- 2- Amniocentesis (punción de la cavidad ovular): es un estudio genético que permite el análisis cromosómico en células cultivadas del líquido amniótico y el estudio de defectos enzimáticos; se realiza durante las primeras 17 semanas de gestación. (2)

## Marco teórico

Hay general coincidencia en considerar a las embarazadas de 20 a 30 años como el grupo etario de menor riesgo perinatal. La mortalidad fetal y perinatal aumenta, tanto en las madres adolescentes, como en las que tienen más de 35 años. (2)

Las mujeres que quedan embarazadas con 35 años o más están expuestas a riesgos especiales, por lo que se considera que cursan embarazos de alto riesgo (en los cuales aumenta la morbilidad materna y neonatal).

El embarazo de alto riesgo es aquél en el cual la madre, el feto y/o el neonato tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes, durante o después del parto.

El criterio de riesgo ha sido ampliamente utilizado en el ambiente médico, y en particular en el obstétrico-perinatal. Se ha aceptado como embarazo de riesgo aquel que tiene una mayor probabilidad de sufrir un daño, o ser receptor de alguna morbilidad o mortalidad materno-fetal. Esta circunstancia puede derivarse de la posesión de factores que incrementan el riesgo, como antecedentes familiares, personales, obstétricos o por tener alguna patología durante el anteparto, intraparto o período neonatal.(3)

Los eventos que aumentan el riesgo están relacionados al embarazo (embarazo considerado como de alto riesgo); a enfermedades maternas que complican el embarazo; y al parto (parto patológico). Y, como consecuencia, pueden aparecer complicaciones en el neonato.

Los eventos que más frecuentemente se presentan en mujeres de 35 años o más son: (2)

### ➤ los considerados como embarazo de alto riesgo

**1- embarazo múltiple:** es el desarrollo simultáneo de varios fetos. El embarazo doble o gemelar oscila en torno de 1 cada 80 a 120 nacimientos únicos; para los triples es de 1 cada 6.400 . Con la introducción de los inductores de la ovulación y de la fertilización in vitro en mujeres estériles,

se ha observado un aumento de las gestaciones múltiples. La posibilidad de embarazo gemelar aumenta con la paridad y con la edad materna. La mortalidad materna se eleva al doble, debido a las hemorragias del posparto y a la preeclampsia. La mortalidad perinatal es 4 veces mayor en los embarazos dobles que en los únicos, y se debe al nacimiento de niños de pretérmino; además contribuyen los prolapsos de cordón, el desprendimiento prematuro de placenta y las presentaciones patológicas.

(4)

## **2- hemorragias:**

- **aborto:** interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de amenorrea, con un peso del producto de la gestación inferior a los 500 gr. La etiología puede ser ovular (por defectos cromosómicos, desarrollo embriológico anormal, etc.); por causas maternas orgánicas ( Chagas, infecciones genitales, incompetencia istmo-cervical, etc.); por causas funcionales (Diabetes, endocrinopatías, etc.); causas inmunológicas (síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, anticuerpos antinucleares, incompatibilidad ABO, etc.); causas psicodinámicas; causas de origen tóxico o carencial, y traumatismos físicos.
- **placenta previa (P.P.):** proceso caracterizado por la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero, y clínicamente, por hemorragias. Ocurre en 1 de cada 200 a 300 embarazos. Dicha frecuencia es mayor en las multíparas y en las mujeres mayores de 35 años.
- **desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (D.P.P.):** proceso caracterizado por el desprendimiento total o parcial, antes del parto, de una placenta que está normoinsertada. Ocurren luego de las 20 semanas de gestación. La frecuencia es del 0,2%. Etiología: preeclampsia, traumatismos externos o internos, evacuación brusca de hidramnios, etc.

## **3- anomalías de las membranas fetoovulares:**

- **polihidramnios:** caracterizado por exagerada cantidad de líquido amniótico. La frecuencia es del 1%; está asociado a factores fetales (gemelaridad), factores maternos (toxemia gravídica y diabetes), y factores ovulares (lesiones de placenta o del cordón).

- **oligoamnios:** caracterizado por una reducida cantidad de líquido amniótico (menor de 300 ml.), se observa en el 4% de los partos. Está vinculado con retardo del crecimiento intrauterino y otras anomalías congénitas.
- **rotura prematura de membranas (R.P.M.):** es la rotura de membranas antes del comienzo del trabajo de parto. La frecuencia es de aproximadamente el 10%. Etiología: traumatismos, infección local, incompetencia istmicocervical y déficit de vitamina C.

**4- retardo del crecimiento intrauterino:** cuando el peso fetal es inferior al que corresponde para la edad gestacional. Los factores que afectan el crecimiento intrauterino son:

- factores de riesgo preconcepcional (edad avanzada, primigesta, diabetes, hipertensión arterial, etc.)
- factores de riesgo durante el embarazo (embarazo múltiple, hipertensión gestacional, malformaciones congénitas, alteraciones placentarias, etc.)
- factores de riesgo ambientales y del comportamiento (tabaquismo, alcoholismo, falta de controles prenatales, etc.)

**5- feto muerto y retenido:** óbito fetal ocurrido durante la segunda mitad del embarazo y sin trabajo de parto. Etiopatogenia: reducción o supresión de la perfusión sanguínea retroplacentaria (hipertensión, cardiopatías); reducción o supresión de aporte de oxígeno al feto (placenta previa, alteraciones de las membranas); aporte calórico insuficiente; diabetes materna; toxinas bacteriana y parasitosis; intoxicaciones maternas; traumatismos; malformaciones congénitas; alteración de la hemodinámica fetal (embarazo múltiple).

➤ **las enfermedades maternas que complican el embarazo**

**1- estados hipertensivos:** (hipertensión gestacional, preeclampsia, hipertensión crónica, etc.). El 5 al 10% de los embarazos cursan con algún estado hipertensivo. Entre los factores de riesgo se encuentra la edad materna (en las mujeres mayores de 30 años es más frecuente la



hipertensión crónica), paridad (la preeclampsia en primíparas mayores de 35 años), antecedentes familiares, embarazo múltiple, otras patologías asociadas.

## 2- **infecciones:**

- ***enfermedad de Chagas – Mazza:*** afecta al 8 – 10% de las embarazadas, dependiendo del área geográfica. Produce miocardiopatía, que aumenta el riesgo materno y fetal:
  - riesgo de descompensación materna:
    - a- entre las 28 a 32 semanas, por mayor volumen plasmático
    - b- trabajo de parto y parto
    - c- puerperio inmediato (cuando aumenta la resistencia vascular por liberación de la obstrucción mecánica de la vena cava).
  - riesgo fetal: parto prematuro, retardo del crecimiento intrauterino, mayor riesgo de abortos y muertes perinatales. (5)
- ***otras infecciones:*** herpes virus, infecciones urinarias, etc.

3- **diabetes:** la asociación diabetes y embarazo se presenta en el 0,1 al 0,5% de la población. La frecuencia de diabetes gestacional oscila entre el 1 y el 15% de todas las embarazadas. Esta enfermedad aumenta la mortalidad perinatal y materna.

## ➤ **el parto patológico**

1- **sufrimiento fetal agudo (S.F.A.):** se presenta durante el trabajo de parto y es de instalación relativamente rápida. Se produce por disminución en el aporte de oxígeno al feto, y puede provocar la muerte o secuelas importantes. Las causas pueden ser: el desprendimiento prematuro de placenta, las alteraciones placentarias, las afecciones crónicas, etc.

2- **uso de fórceps:** las indicaciones para el uso de fórceps son: maternas (estados patológicos graves como la eclampsia, alargamiento del período expulsivo); fetales (sufrimiento fetal agudo) y ovulares (prociencia del cordón).

3- **operación cesárea:** tiene por objeto la extracción del feto cuando existen indicaciones maternas (patologías locales, preeclampsia, hipertensión grave, fracaso de la inducción); fetales (colocaciones viciosas, macrosomía fetal, sufrimiento fetal agudo, retardo del crecimiento intrauterino, etc.) y ovulares (placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, etc.).

➤ **las complicaciones en el neonato**

1- **bajo peso al nacer (B.P.N.):** peso menor de 2.500 gr. Se corresponde con los neonatos de pretérmino, los retardos del crecimiento intrauterino y los mal nutridos fetales.

2- **alto peso al nacer:** un feto se considera de peso excesivo para su edad gestacional cuando sobrepasa el percentilo 90 de los valores de peso neonatal en función de la edad gestacional. Un feto se considera gigante cuando su sobrepeso sobrepasa los 4000 gr. (1 por cada 250 partos). La diabetes materna se asocia con alto peso al nacer, los embarazos cronológicamente prolongados ocasionan mayor número de neonatos de peso elevado que las gestaciones de término.

3- **prematuridad:** el nacimiento se produce entre las 28 y 36 semanas de edad gestacional. Oscila entre el 2 y el 12% del total de nacimientos. Las principales causas son: la desnutrición materno – fetal, las infecciones, el embarazo múltiple, la rotura prematura de membranas, la hipertensión crónica o gestacional, el polihidramnios y los defectos congénitos, entre otros.

4- **enfermedades o defectos congénitos**

- ***síndrome de Down:*** es uno de los defectos genéticos congénitos más comunes (cromosoma 21 adicional o trisomía 21). Se produce más frecuentemente en parejas que ya han tenido un bebé con síndrome de Down, cuando alguno de los padres tiene una traslocación del cromosoma 21, y en las mujeres que se embarazan luego de los 35 años de edad. El riesgo se incrementa con la edad. (6)

- **cardiopatías congénitas:** los defectos cardíacos son el tipo de defecto congénito estructural más común, y afectan a 1 de cada 125 bebés. Estas anomalías son la principal causa de muerte relacionada con defectos congénitos. Se desconocen las causas, se cree que residen en factores genéticos y ambientales. Las mujeres con diabetes mal controlada tienen más posibilidades que las no diabéticas de tener un bebé con un defecto congénito grave. (7)

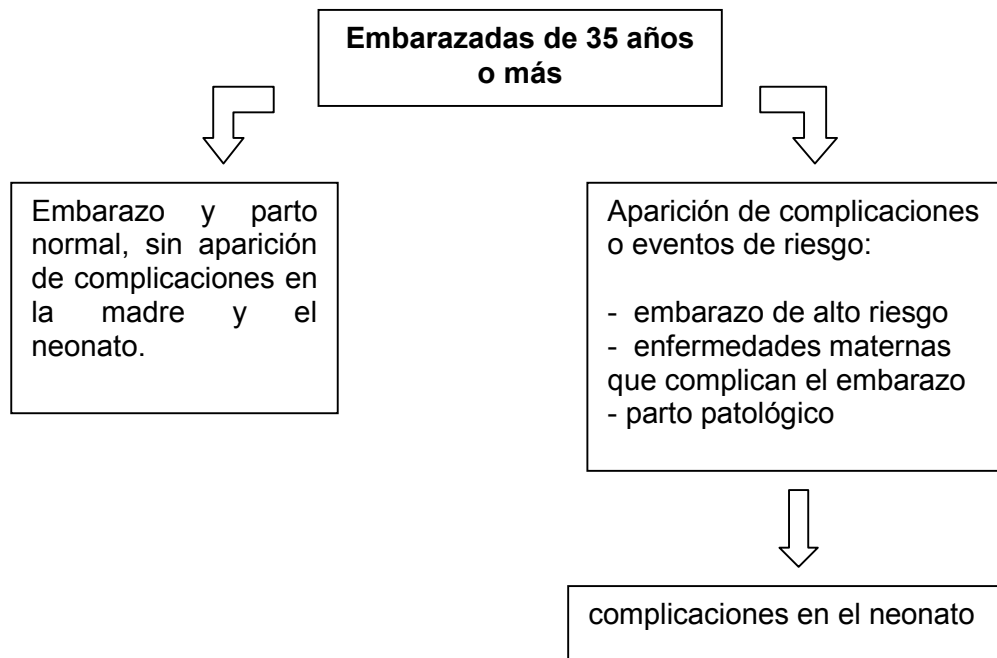
## **Problema**

Frecuencia de aparición y tipo de complicaciones o eventos de riesgo en mujeres embarazadas de 35 años o más, atendidas en el ámbito de la salud pública y privada de la ciudad de Rosario.

## **Objetivos**

- conocer con qué frecuencia aparecen complicaciones o eventos de riesgo en mujeres embarazadas mayores de 35 años.
- conocer el tipo de complicaciones o eventos de riesgo que con mayor frecuencia se presentan en embarazadas mayores de 35 años.
- conocer la frecuencia de complicaciones en neonatos hijos de mujeres mayores de 35 años.
- conocer otras características como: la edad más frecuente de aparición de las complicaciones y el número de gestas.

## Definición de variables



### Definición operacional de las variables:

- \* **edad materna:** en años cumplidos al momento de comienzo del embarazo.
- \* **embarazo de alto riesgo:** situaciones que aparecen en el transcurso del embarazo que aumentan el riesgo del mismo, según se registran en la historia clínica.
- \* **enfermedades maternas que complican el embarazo:** son las enfermedades preexistentes o que aparecen inducidas por el embarazo, según constan en la historia clínica.
- \* **parto patológico:** se considera como tal a los partos distócicos o artificiales, y a sus repercusiones sobre el feto, según se constata en la historia clínica.

- \* **complicaciones en el neonato:** se considerarán, de acuerdo a la historia clínica, el bajo peso al nacer, el alto peso al nacer, la prematuridad y las enfermedades o defectos congénitos.
  
- \* **gestas:** cantidad de embarazos logrados.
  
- \* **tipo de institución:** pública o privada.

## Diseño metodológico

El tipo de estudio es transversal y descriptivo, ya que tiene como finalidad observar, describir e interpretar las complicaciones que ocurren en mujeres que se embarazan a partir de los 35 años de edad, y que son atendidas tanto en el ámbito público, como privado de la salud.

Tomando como universo a las embarazadas de 35 años o más que atienden su embarazo y parto en el Centro de Salud “Dr. David Staffieri”, en el Centro de Salud nº 27 “Dr. Ramón Carrillo”; en el Centro de Salud del Barrio Policial, y en el Sanatorio de la Mujer; todos ubicados en la ciudad de Rosario. Durante el período comprendido entre los años 2002, 2003 y 2004 inclusive.

La unidad de muestreo fueron las historias clínicas de estas pacientes (confeccionadas por los distintos profesionales de salud intervinientes).

Tamaño de la muestra: se determinó que el número de historias clínicas que se estudiarían serían 100, de las cuales, el 50% (50 historias clínicas) corresponden a pacientes atendidas en el ámbito de la salud pública, y el 50% restante, en el ámbito de la salud privada.

La selección de la muestra se realizó en forma aleatorizada, entre las historias clínicas de pacientes que atendieron su embarazo y parto durante los años 2002, 2003 y 2004. Se incluyeron solamente aquellas pacientes cuya edad era igual o mayor a 35 años, ya sean primíparas o multíparas.

La información procedente de las historias clínicas se volcó en tablas confeccionadas para tal fin.

El consentimiento para el uso de la información se obtuvo a través de los directivos de las instituciones de salud involucradas.

## Tabulación de los datos

Los datos obtenidos a partir de las 100 historias clínicas de mujeres embarazadas de 35 años o más, se presentan en tablas de acuerdo al tipo de servicio de salud (público/privado) y ordenados según la edad materna. (ver anexo)

Durante el análisis estadístico e interpretación de los resultados: en primer lugar se compara el grupo de pacientes que no desarrolló complicaciones con el grupo que sí desarrolló complicaciones o eventos de riesgo. Se estiman las frecuencias de aparición de riesgos en cada grupo, y se los compara. Además se establecen comparaciones de acuerdo al tipo de servicio de salud (público o privado) donde son atendidas estas pacientes.

En segundo lugar, se comparan las frecuencias de aparición de los distintos tipos de complicaciones maternas y neonatales. Las comparaciones entre las proporciones se realizan aplicando la prueba chi cuadrado. Se consideran estadísticamente significativas las diferencias cuyos valores de p sean menores a 0,05.

Y, en tercer lugar, se utilizan las medidas de resumen de tendencia central para analizar las variables edad materna y número de gestas.



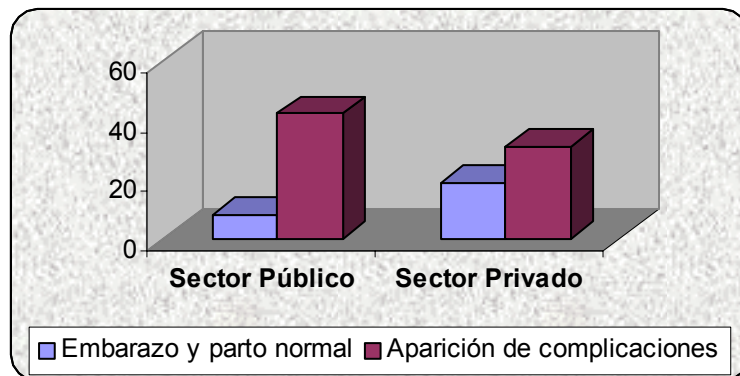
## Resultados

- Aparición de complicaciones o eventos de riesgo maternos y fetales.

	Embarazo y parto normal		Aparición de complicaciones maternas y fetales	
Pacientes del sector público (n=50)	<b>8</b>	16%	<b>42</b>	84%
Pacientes del sector privado (n=50)	<b>19</b>	38%	<b>31</b>	62%
<b>Total (n=100)</b>	27		73	

**OR = 3,2    p = 0,01**

**Tabla 1:** Frecuencias absolutas de mujeres de 35 años o más, con embarazo y parto normales o con aparición de complicaciones y eventos de riesgo materno o fetales; según el tipo de servicio de salud al que asisten.



**Gráfico 1:** Frecuencias de mujeres de 35 años o más, con embarazo y parto normales o con aparición de complicaciones y eventos de riesgo materno o fetales; según el tipo de servicio de salud al que asisten.

El 27% de las pacientes tuvo un embarazo y parto normal, y el 73% tuvo aparición de complicaciones o eventos de riesgo materno y/o fetal.

De acuerdo al tipo de servicio de salud donde atendieron el embarazo y el

parto: en el sector público el 16% de las pacientes tuvieron un embarazo y parto normal, y el 84% desarrolló complicaciones; en el sector privado el 38% tuvo un embarazo y parto normal y el 62% desarrolló complicaciones.

La posibilidad de aparición de complicaciones fue 3 veces mayor en las pacientes del sector público que en los del sector privado.

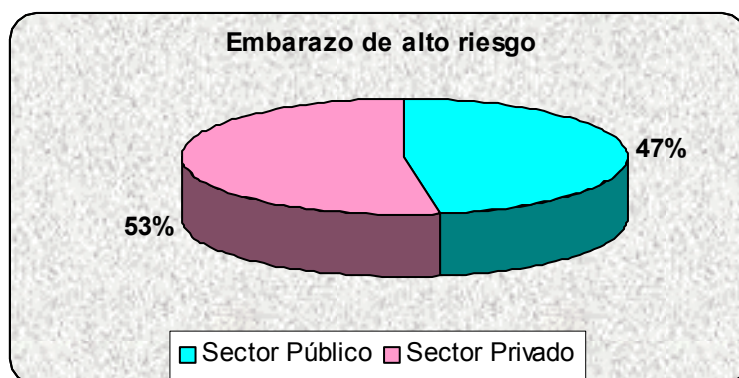
La relación complicaciones/embarazo y parto normal fue de 5:1 en el sector público, y de 2:1 en el sector privado.

- Embarazo de alto riesgo

	Embarazo de alto riesgo	
Complicaciones sector público (n=42)	18	(47,36 %)
Complicaciones sector privado (n=31)	20	(52,63%)
Total (n=73)	38 (52,05%)	

p = 0,07

**Tabla 2:** Frecuencias de embarazos de alto riesgo en mujeres de 35 años o más; según el tipo de servicio de salud al que asisten.



**Gráfico 2:** Frecuencias relativas de embarazos de alto riesgo en mujeres de 35 años o más; según el tipo de servicio de salud al que asisten.

De las 73 pacientes que presentaron complicaciones, el 52,05% (38 pacientes) se debía a un embarazo de alto riesgo.

El 52,63% se atendía en el sector privado, y el 47,36% en el sector público.

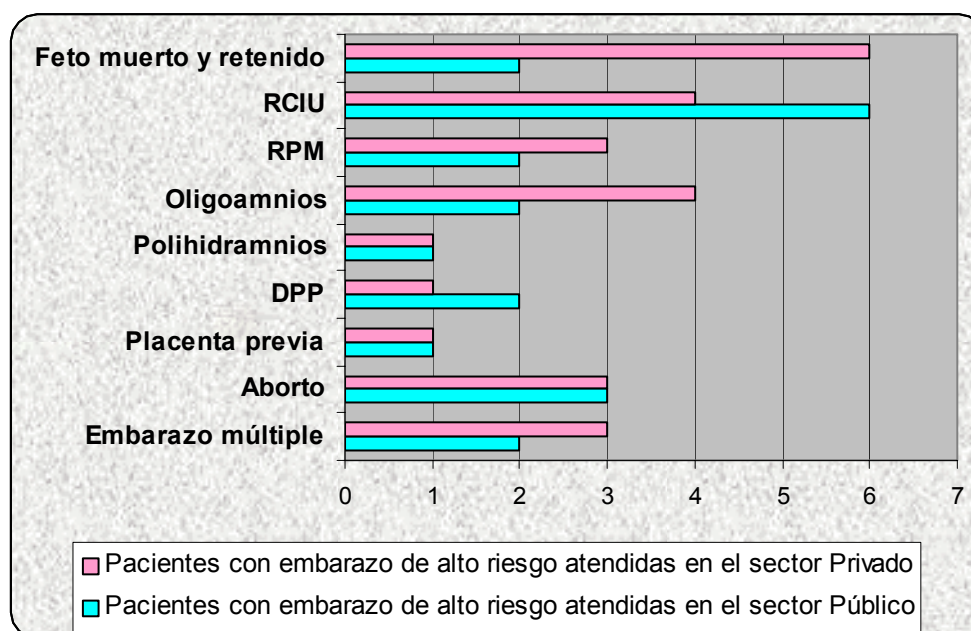
	Embarazo múltiple	Aborto	Placenta previa	DPP	Polihidramnios	Oligoamnios	RPM	RCIU	Feto muerto y retenido
Pacientes con embarazo de alto riesgo atendidas en el sector Público (n=18)	2	3	1	2	1	2	2	6	2
Pacientes con embarazo de alto riesgo atendidas en el sector Privado (n=20)	3	3	1	1	1	4	3	4	6
Total de pacientes con embarazos de alto riesgo (n=38)	5 (13,15%)	6 (15,78%)	2 (5,26%)	3 (7,89%)	2 (5,26%)	6 (15,78%)	5 (13,15%)	10 (26,31%)	8 (21,05%)

DPP (desprendimiento prematuro de placenta normoinsera)

RPM (rotura prematura de membranas)

RCIU (retardo del crecimiento intrauterino)

**Tabla 3:** Frecuencias de los distintos tipos de embarazos de alto riesgo en mujeres de 35 años o más; según el tipo de servicio de salud al que asisten.



**Gráfico 3:** Frecuencias relativas de los distintos tipos de embarazos de alto riesgo en mujeres de 35 años o más; según el tipo de servicio de salud al que asisten.

Sobre el total de embarazos de alto riesgo, se presenta retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) en un 26,31%; feto muerto y retenido en un 21,05%; abortos en un 15,78%; oligoamnios en un 15,78%; rotura prematura

de membranas (RPM) en un 13,15%; embarazo múltiple en un 13,15%; desprendimiento prematuro de placenta (DPP) en un 7,89%; placenta previa (PP) en un 5,26%, y polihidramnios en un 5,26%.

La distribución de los distintos tipos de embarazos de alto riesgo, de acuerdo al tipo de servicio de salud, se presenta en la tabla 3.

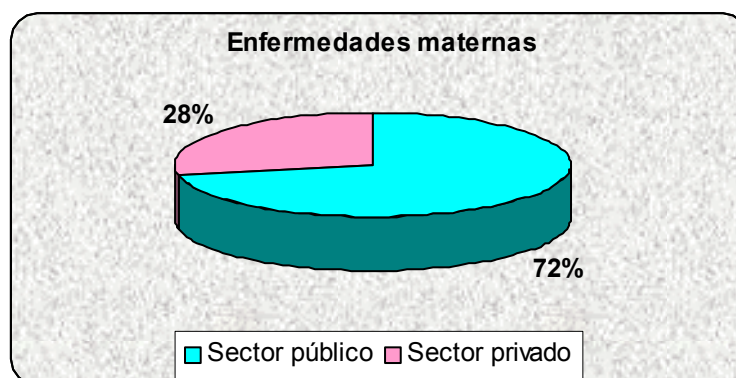
De las 100 pacientes, el 10% presentó R.C.I.U.; el 8% feto muerto y retenido; el 6% oligoamnios; el 6% aborto; el 5% embarazo múltiple; el 5% R.P.M.; el 3% D:P.P.; el 2% placenta previa, y el 2% polihidramnios.

- Enfermedades maternas que complican el embarazo

	Enfermedades maternas	
Complicaciones sector público (n=42)	28	(71,79%)
Complicaciones sector privado (n=31)	11	(28,20%)
Total (n=73)	39	(53,42%)

OR = 3,6 p = 0,008

**Tabla 4:** Frecuencias de enfermedades maternas que complican el embarazo en mujeres de 35 años o más; según el tipo de servicio de salud al que asisten.



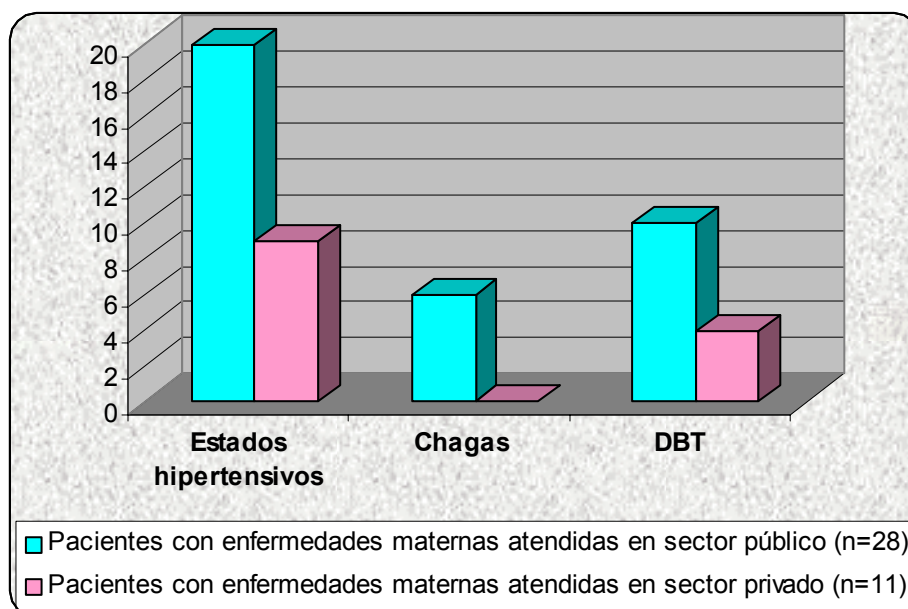
**Gráfico 4:** Frecuencias relativas de enfermedades maternas que complican el embarazo en mujeres de 35 años o más; según el tipo de servicio de salud al que asisten.

De las 73 pacientes que presentaron complicaciones, el 53,42% (39 pacientes) se debía a enfermedades maternas que complican el embarazo.

La posibilidad de presentar enfermedades maternas que complican el embarazo fue superior en el sector público (OR = 3,6; p = 0,008), que en el sector privado.

	Estados hipertensivos	Chagas	DBT
Pacientes con enfermedades maternas atendidas en sector público (n=28)	20	6	10
Pacientes con enfermedades maternas atendidas en sector privado (n=11)	9	0	4
Total pacientes con enfermedades maternas (n=39)	<b>29</b> (74,35%)	<b>6</b> (15,38%)	<b>14</b> (35,89%)

**Tabla 5:** Frecuencias de los distintos tipos de enfermedades maternas que complican el embarazo en mujeres de 35 años o más; según el tipo de servicio de salud al que asisten.



**Gráfico 5:** Frecuencias relativas de los distintos tipos de enfermedades maternas que complican el embarazo en mujeres de 35 años o más; según el tipo de servicio de salud al que asisten.

De las 39 pacientes con enfermedades maternas que complican el embarazo, el 74,3% presentó enfermedades hipertensivas; el 15,3% enfermedad de Chagas – Mazza, y el 35,8% diabetes.

En cuanto a la diabetes y a las enfermedades hipertensivas, no hubo diferencias significativas entre el sector público y el sector privado.

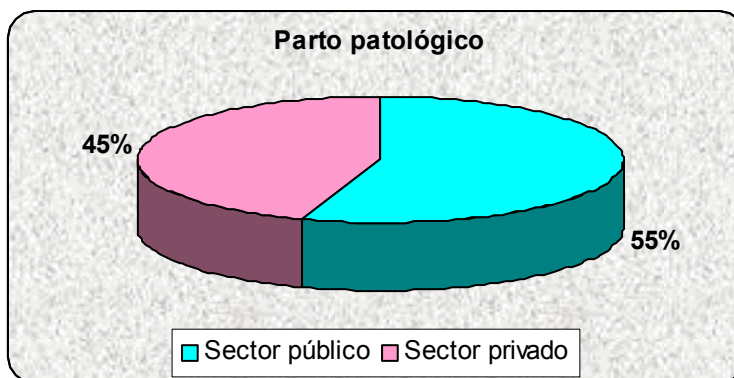
La enfermedad de Chagas – Mazza solamente se constató en las pacientes del sector público.

De las 100 pacientes, el 29% presentaba enfermedad hipertensiva; el 14% diabetes, y el 6% enfermedad de Chagas – Mazza.

- Parto patológico

	Parto patológico	
Complicaciones sector público (n=42)	26	(55,31%)
Complicaciones sector privado (n=31)	21	(44,68%)
Total (n=73)	47	(64,38%)
p = 0,61		

**Tabla 6:** Frecuencias de partos patológicos en mujeres de 35 años o más; según el tipo de servicio de salud al que asisten.



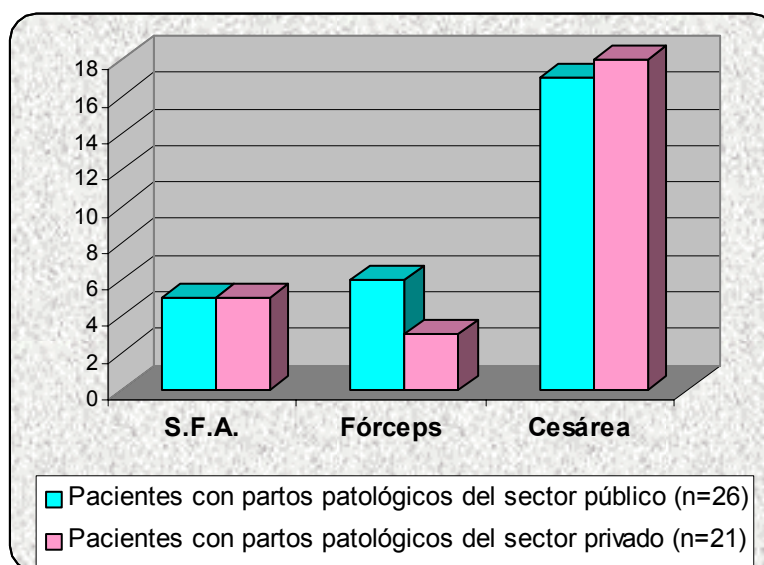
**Gráfico 6:** Frecuencias relativas de partos patológicos en mujeres de 35 años o más; según el tipo de servicio de salud al que asisten.

De las 73 pacientes que presentaron complicaciones; el 64,38% se debía a un parto patológico.

El 44,68% se atendía en el sector privado, y el 55,31% en el sector público; sin diferencias estadísticamente significativas.

	S.F.A.	Fórceps	Cesárea
Pacientes con partos patológicos del sector público (n=26)	5	6	17
Pacientes con partos patológicos del sector privado (n=21)	5	3	18
Total pacientes con partos patológicos (n=47)	<b>10</b> (21,27%)	<b>9</b> (19,14%)	<b>35</b> (74,46%)

**Tabla 7:** Frecuencias de los distintos tipos de partos patológicos en mujeres de 35 años o más; según el tipo de servicio de salud al que asisten.



**Gráfico 7:** Frecuencias relativas de los distintos tipos de partos patológicos en mujeres de 35 años o más; según el tipo de servicio de salud donde concurren.

De las 47 pacientes con partos patológicos, en el 74,46% se practicó

operación cesárea; en el 21,27% se presentó sufrimiento fetal agudo (SFA), y en el 19,14% se usó fórceps.

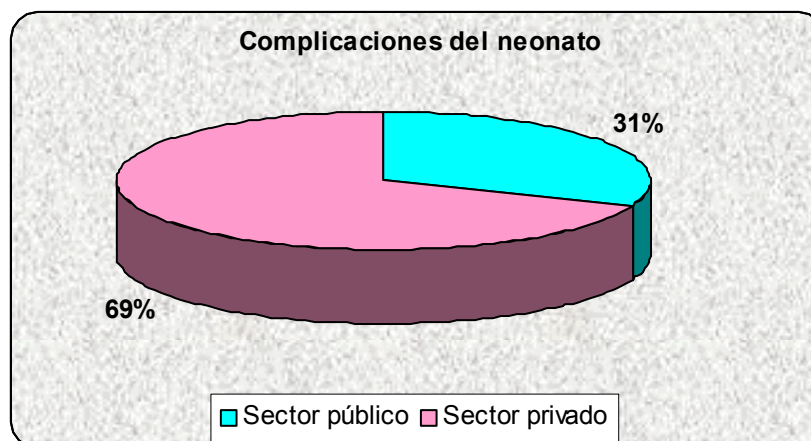
De las 100 pacientes, en el 35% se realizó operación cesárea; en el 10% se presentó S.F.A., y en el 9% se usó fórceps.

- Complicaciones en el neonato

	Complicaciones del neonato	
	Complicaciones sector público (n=42)	4
Complicaciones sector privado (n=31)	9	(69,23%)
Total (n=73)	13	(17,80%)

p= 0,03

**Tabla 8:** Frecuencias de complicaciones en el neonato en mujeres de 35 años o más; según el tipo de servicio de salud al que asisten.



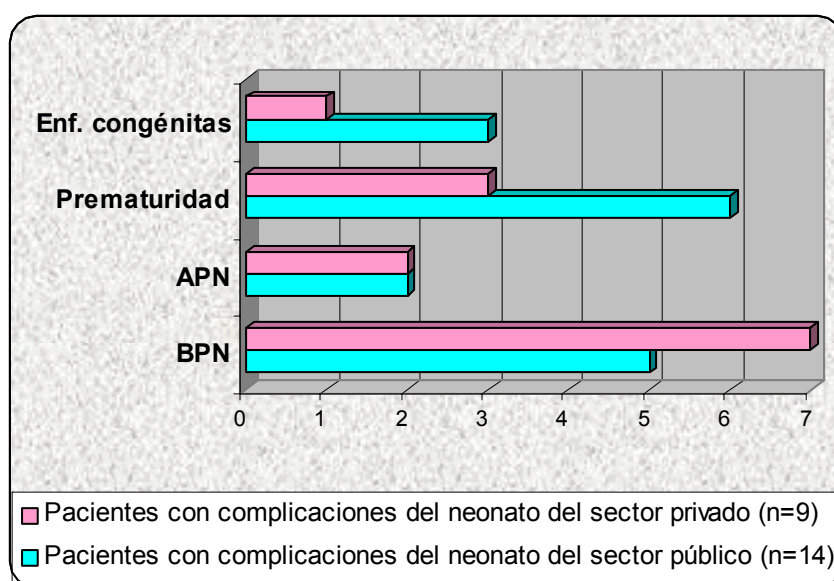
**Gráfico 8:** Frecuencias relativas de complicaciones en el neonato en mujeres de 35 años o más; según el tipo de servicio de salud al que asisten.

De las 73 pacientes que presentaron complicaciones, el 17,80% correspondían a complicaciones en el neonato; que fueron más frecuentes en el sector privado que en el público (p = 0,03).



	BPN	APN	Prematuridad	Enf. congénitas
Pacientes con complicaciones del neonato del sector público (n=14)	5	2	6	3
Pacientes con complicaciones del neonato del sector privado (n=9)	7	2	3	1
Total de pacientes con complicaciones del neonato (n=23)	12 (52,17%)	4 (17,39%)	9 (39,13%)	4 (17,39%)

**Tabla 9:** Frecuencias de los distintos tipos de complicaciones en el neonato en mujeres de 35 años o más; según el tipo de servicio de salud al que asisten.



**Gráfico 9:** Frecuencias relativas de los distintos tipos de complicaciones en el neonato en mujeres de 35 años o más; según el tipo de servicio de salud al que asisten.

De las 23 pacientes que presentaron complicaciones del neonato, el 52,17% correspondía a bajo peso al nacer (BPN); el 39,13% a prematuridad; el 17,39% a alto peso al nacer (APN), y otro 17,39% a enfermedades congénitas.

De las 100 pacientes, el 12% tuvo un neonato de bajo peso al nacer; el 9% prematuro; el 4% con alto peso al nacer, y el 4% con enfermedades o defectos congénitos.

- Edad materna

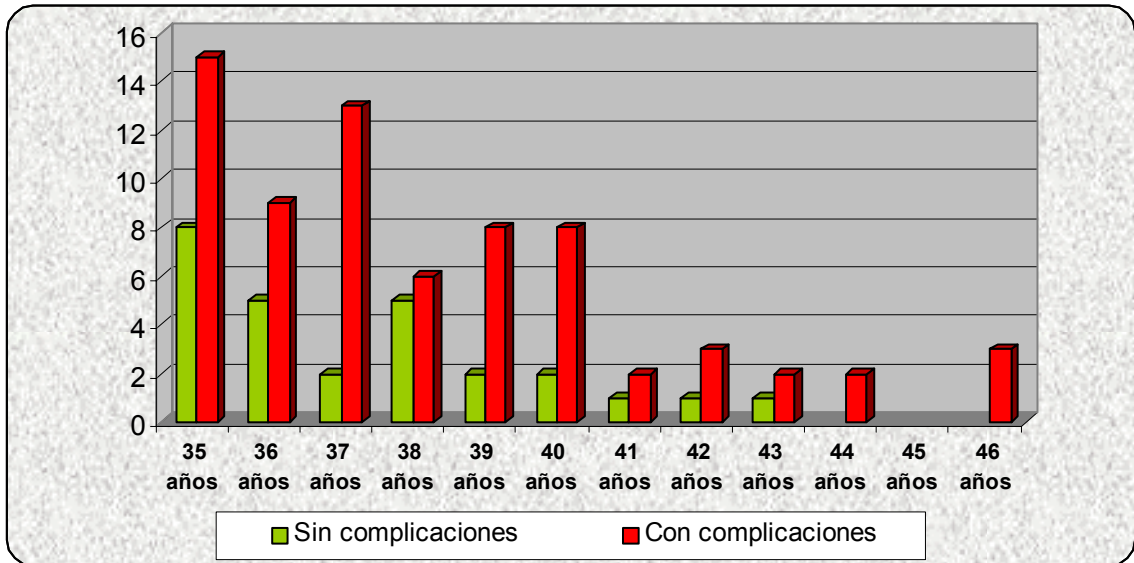
<u>Edad</u>	<b>Sin complicaciones</b>	<b>Con complicaciones</b>
35	8	15
36	5	9
37	2	13
38	5	6
39	2	8
40	2	8
41	1	2
42	1	3
43	1	2
44		2
45		
46		3
47		2
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>73</b>

**Tabla 10:** Distribución de las frecuencias de edad en mujeres de 35 años o más; según hayan desarrollado o no complicaciones.

Las pacientes de 35 años o más tienen una media aritmética o promedio de 38,12 años, con una mediana de 37 años, y una distribución modal de 35 años.

Pacientes sin complicaciones: media 37,33 años, mediana 37 años, modo 35 años.

Pacientes con complicaciones: media 38,4 años, mediana 37 años, modo 35 años.



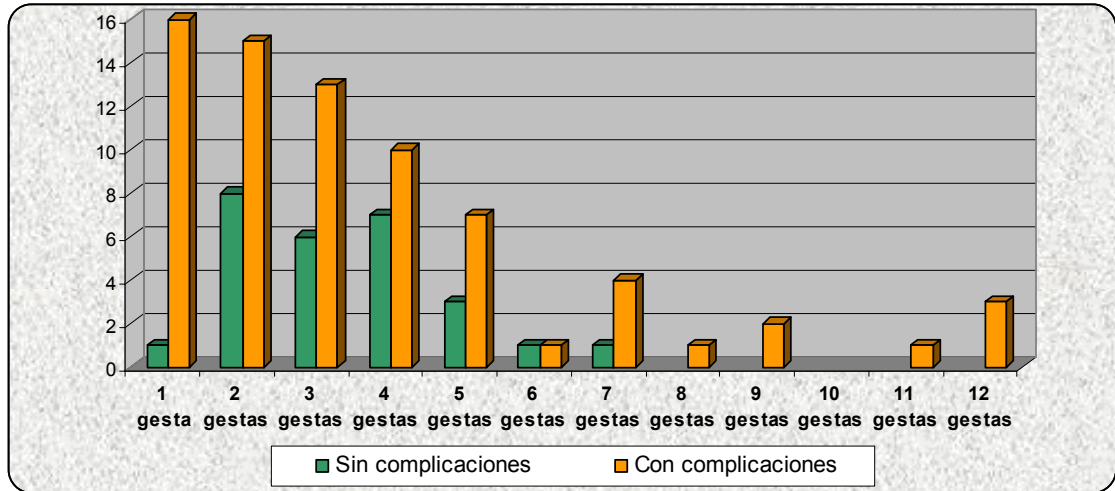
**Gráfico 10:** Distribución de las frecuencias de edad en mujeres de 35 años o más; según hayan desarrollado o no complicaciones.

Las pacientes que desarrollaron complicaciones tienen en promedio 1,07 años más que las pacientes que no desarrollaron complicaciones o eventos de riesgo.

- Gestas

<u>Gestas</u>	Sin complicaciones	Con complicaciones
1	1	16
2	8	15
3	6	13
4	7	10
5	3	7
6	1	1
7	1	4
8		1
9		2
10		
11		1
12		3
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>73</b>

**Tabla 11:** Distribución de las frecuencias de gestas en mujeres de 35 años o más; según hayan desarrollado o no complicaciones.



**Gráfico 11:** Distribución de las frecuencias de gestas en mujeres de 35 años o más; según hayan desarrollado o no complicaciones.

Las pacientes de 35 años o más presentan una media aritmética de 3,34 gestas, una mediana de 3 gestas y una distribución modal de 2 gestas.

Pacientes sin complicaciones: media 3,37 gestas, mediana 3 gestas, modo 2 gestas.

Pacientes con complicaciones: media 3,65 gestas, mediana 3 gestas, modo 2 gestas.

## Discusión

En el presente estudio se analizaron los datos correspondientes a las 100 historias clínicas de mujeres que lograron su embarazo a los 35 años o más de edad, que atendieron su embarazo y parto en el Centro de Salud “Dr. David Staffieri”, en el Centro de Salud nº 27 “Dr. Ramón Carrillo”; en el Centro de Salud del Barrio Policial, y en el Sanatorio de la Mujer; todos ubicados en la ciudad de Rosario. Durante el período comprendido entre los años 2002, 2003 y 2004 inclusive.

Los resultados mostraron que el 27% de las pacientes tuvieron un embarazo y parto normal, y el 73% presentó complicaciones o eventos de riesgo maternos y/o fetales. (tabla 1) Otros trabajos han reportado una incidencia variable de embarazos de riesgo, Müller y col. refieren 16,4% (8), otros autores muestran valores entre 25 y 30%. (3) Pero estos trabajos no ajustan la incidencia según la edad. En otras investigaciones se afirma que la incidencia es cuatro veces mayor en la embarazada de 35 años o más. (9 – 13)

Las pacientes atendidas en servicios de salud públicos tuvieron una probabilidad mayor de desarrollar complicaciones, que aquellas atendidas en el sector privado. Esto puede deberse a que las pacientes que concurren al sector público pertenecen a un determinado estrato social y económico, conformando un grupo de mayor vulnerabilidad, con desigual acceso a los servicios de salud (menor cantidad de controles prenatales, primera consulta obstétrica tardía, mayor prevalencia de ciertas afecciones, enfermedades y hábitos, etc.).

De las pacientes que presentaban complicaciones, el 52,05% se debía a un embarazo de alto riesgo. (tabla 2)

El 10% presentó retardo del crecimiento intrauterino; el 8% feto muerto y retenido; el 6% oligoamnios; el 6% aborto; el 5% embarazo múltiple; el 5% R.P.M.; el 3% D:P.P.; el 2% placenta previa, y el 2% polihidramnios. (gráfico 3) En otros estudios se señala que el retardo del crecimiento intrauterino se presenta en un porcentaje similar al encontrado (9,10,11,12,13); que el feto muerto y retenido se presenta en el 5,77%, un porcentaje menor al encontrado en el presente estudio. (3) Que el oligoamnios junto con el polihidramnios se encuentran en un 20,28%; que el aborto se registra en el 22,44% de los casos;

que el embarazo múltiple se presenta en el 9,61%; la rotura prematura de membranas en el 25,17%; el desprendimiento prematuro de placenta en el 29,37%, y la placenta previa en el 13,29% (3). Todos estos valores son más elevados que los encontrados en el presente estudio. Sin embargo, en la literatura obstétrica, los valores señalados son similares a los encontrados: el oligoamnios se presenta en el 4%; el polihidramnios en el 2% (2); el embarazo múltiple en el 3% (14, 15); la rotura prematura de membranas en el 10%; el desprendimiento prematuro de placenta en el 1% y aumenta con la edad; y la placenta previa en el 2% de los casos. (2)

De las pacientes con complicaciones el 53,42% se debía a enfermedades maternas que complican el embarazo. (tabla 4) Esto coincide con la bibliografía consultada. (16,17,18,19,20)

De las 100 pacientes, el 29% presentaba enfermedad hipertensiva; el 14% diabetes y el 6% enfermedad de Chagas – Mazza. (gráfico 5) Schwarcz señala que la enfermedad hipertensiva se presenta en un 10% de las embarazadas, pero este porcentaje aumenta con la edad; que la enfermedad de Chagas – Mazza se presenta en un 8 a 10%; y la diabetes entre el 1 y 15% de las pacientes.

De las pacientes con complicaciones el 64,38% se debía a un parto patológico. (tabla 6) Otros autores señalan una incidencia de 52,34%. (21,22,23)

Del total de pacientes en estudio, en el 35% se realizó operación cesárea; en el 10% se presentó sufrimiento fetal agudo, y en el 9% se usó fórceps. (gráfico 7) Diversos autores señalan una incidencia de cesárea en el 55,13% y de sufrimiento fetal agudo en el 12,82%. (3) Muchos autores señalan que el elevado porcentaje de cesáreas se debe a la presencia de afecciones obstétricas (24,25,26,27,28,29) y otras veces a la excesiva preocupación por el resultado final de la gestación, tanto del médico como de la paciente. (10,12,24,26,30,31)

De las pacientes con complicaciones, el 17,8% correspondían a complicaciones en el neonato. (tabla 8)

En relación al total, el 12% tuvo neonatos con bajo peso; el 9% prematuros; el 4% con alto peso, y el 4% con enfermedades o defectos congénitos. (gráfico 9) En la bibliografía revisada se señala una incidencia alta de neonatos con

bajo peso, debido a enfermedades vasculares crónicas maternas. (9,10,11,12,27,28, 32,33) Otros estudios señalan que las enfermedades congénitas se presentan en el 1% de hijos de mujeres mayores de 40 años (34,35), y los defectos congénitos en el 4%. (36) Y que la prematuridad se presenta en el 2 a 12%. (2)

Con respecto a la edad, el promedio de las pacientes en estudio era de 38,12 años. En las pacientes sin complicaciones el promedio fue de 37,33 años; y en las pacientes que desarrollaron complicaciones era de 38,4 años. (tabla 10). Las pacientes que desarrollaron complicaciones tuvieron en promedio 1,07 años más que aquellas pacientes que no desarrollaron complicaciones.

En relación al número de gestas, el promedio del total de pacientes en estudio fue de 3,34 gestas. Las pacientes sin complicaciones tenían una media de 3,37 gestas, y las que desarrollaron complicaciones una media de 3,65 gestas. (tabla 11)

## Conclusiones

- I. Los resultados mostraron que el 27% de las pacientes tuvieron un embarazo y parto normal, y el 73% presentó complicaciones o eventos de riesgo maternos y/o fetales.
- II. Las pacientes atendidas en servicios de salud públicos tuvieron una probabilidad mayor de desarrollar complicaciones, que aquellas atendidas en el sector privado.
- III. El 52,05% de las complicaciones se debían a un embarazo de alto riesgo.
- IV. El 10% presentó retardo del crecimiento intrauterino; el 8% feto muerto y retenido; el 6% oligoamnios; el 6% aborto; el 5% embarazo múltiple; el 5% R.P.M.; el 3% D:P.P.; el 2% placenta previa, y el 2% polihidramnios.
- V. El 53,42% de las complicaciones se debían a enfermedades maternas que complican el embarazo.
- VI. De las 100 pacientes, el 29% presentaba enfermedad hipertensiva; el 14% diabetes y el 6% enfermedad de Chagas – Mazza.
- VII. El 64,38% de las complicaciones se debían a un parto patológico.
- VIII. Del total de pacientes en estudio, en el 35% se realizó operación cesárea; en el 10% se presentó sufrimiento fetal agudo, y en el 9% se usó fórceps.
- IX. El 17,8% correspondían a complicaciones en el neonato.
- X. En relación al total, el 12% tuvo neonatos con bajo peso; el 9% prematuros; el 4% con alto peso, y el 4% con enfermedades o defectos congénitos.
- XI. El promedio de edad fue de 38,12 años (sin complicaciones 37,33 años; y con complicaciones 38,4 años). Con una diferencia promedio de 1,07 años.
- XII. El promedio de gestas fue de 3,34 gestas (sin complicaciones 3,37 gestas, y con complicaciones 3,65 gestas)



## Bibliografía

1. Pons,J.C. El embarazo después de los 35 años. El embarazo y el parto. En: [www.feto3d.com](http://www.feto3d.com)
2. Schwarcz,R.; Duverges,C.; Díaz,A. y Fescinar,R. Obstetricia 5º edición, 8º reimpresión. Buenos Aires: El Ateneo, 2002
3. FANEITE, Pedro, DELGADO, Patricia, SABLONE, Sonia *et al.* ¿En cuánto contribuye el embarazo de riesgo a la mortalidad perinatal?. *Rev Obstet Ginecol Venez*, jun. 2003, vol.63, no.2, p.61-66.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Special problems of multiple gestation. ACOG Educational Bulletin, nº 253, noviembre, 1998.
5. Iriarte – Rodríguez. Cardiopatías y embarazo. Universidad de Chile. 1999. En: [www.sd1.med.uchile.cl/pos/obstetricia/Textos/007.htm](http://www.sd1.med.uchile.cl/pos/obstetricia/Textos/007.htm)
6. American Academy of Pediatrics Committee on Genetics. Health Supervision for Children with Down syndrome. *Pediatrics*, vol. 107, nº 2, febrero 2001, pág. 442 – 449.
7. March of Dimes Perinatal Data Center. Maternal, Infant and Child Health in the United States, 2001.
8. Muller G, Rodríguez A, Rodríguez A, Chacón J, Bravo de Muller F, Monroy T. Embarazo de riesgo elevado. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1976;36:505-512.
9. Hansen JP. Older maternal age and pregnancy outcome: a review of the

- literature. *Obst Gynecol Sur* 1986;41:726.
10. Prysak M, Lorenz RP, Kysli A. Pregnancy outcome in multiparas women 35 year old and older. *Obst Gynecol* 1995;85(1):65-85.
  11. Edge V, Laros RK. Pregnancy outcome in nuliparous women age 35 of older. *Am J Obst Gynecol* 1995;168-1881.
  12. Zighelbaum I, Sánchez Rivero M. Primigesta añosa. Asistente obstétrica, Venezuela, 1994;54(1):1-16.
  13. Hernández Cabrera, J.; Hernández Hernández, D.; García León, L.; Rendón García, S.; Dávila Albuerne, B.; Suárez Ojeda, B. Resultados perinatales y maternos de los embarazos en edad madura. En la literatura biomédica. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2003;29(2)
  14. Centers for Disease Control and Prevention. Use of assisted reproductive technology – United States 1996 and 1998. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 51, número 2, 2002.
  15. Mari, G. et al. Perinatal Morbidity and Mortality rates in severe twin-twin transfusion syndrome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, volumen 185, 2001, págs 708 – 715
  16. Maggi L, García M. Algunas observaciones a propósito del alto riesgo materno-infantil. *Rev Sanidad Asist Social* 1967;32:122-129.
  17. Maggi L, García M. Algunas consideraciones sobre el alto riesgo materno-infantil. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1968;28:173-180.
  18. Guigni P, Suckerman E. Embarazo de alto riesgo. *Diag Perinat* 1981;1:89-100.
  19. Franco G. Embarazo de alto riesgo. *Med Priv* 1987;2:33-35.

20. Agüero O. Alto riesgo obstétrico. Rev Obstet Ginecol Venez 1981;41:197-210.
21. Ortega R, Clarembaux J, Guevara F, Briceño R, Ortega J, Weisinger K. Circulación materno fetal en embarazos de alto riesgo. Rev Obstet Ginecol Venez 1992;52:27-33.
22. Ruiz H, Villalobos M, Mc Gregor C, Peña D. Embarazo de alto riesgo I. Identificación del alto riesgo prenatal y su repercusión en el recién nacido. Ginecol Obstet Méx 1979;45:379-389.
23. Faneite P, Montenegro de Quintana B, Lázaro A, González X. Estudio de la incidencia del embarazo de alto riesgo y su repercusión perinatal. Rev Obstet Ginecol Venez 1983;43:123-130.
24. Lehmann DK, Crism J. Pregnancy outcome in medically complicated and uncomplicated patients age 40 years or older. Am J Obst 1987;157:738.
25. Berkowitz GS, Shownon ML, Lapinski RL. Delayed childbearing and the outcome of pregnancy. N Eng J Med 1990;322(10):659-64.
26. Cunnighamn FG, Leve KJ. Childbearing among older women, the message is cautiously optimist. New Engl J Med 1995;333(15):1002-8.
27. Campa Cruz M, Martínez Camejo J, Russel González A, Acosta Vidal Z. Algunos factores de riesgo de la mortalidad infantil en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integ 1995;11(2):121.
28. Medina L, Moronta A. Mortalidad neonatal en la maternidad Concepción Palacios durante el año 1990. Gas Caracas 1994;102(1):57-65.
29. Dildy GA, Jackson GM, Towers GK, Oshin BT, Warner NW, Clark ST. Very advanced maternal age pregnancy after 45 year. Am J Obst Gynecol

1996;65-85.

30. Bulhler JW, Kauntiz AM, Hogue C, Jr. Hughes JM, Smith JC, Rochar RW. Maternal mortality in women aged 35 years or older. United States JAMA 1986;253-55.
31. Puffer R. La planificación familiar y la mortalidad materna e infantil en los E.U.A. Bol Of Sanit Panam 1993;115(5):389-404.
32. Riesgo Obstétrico en Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. Cap. 3. Embarazo de riesgo. La Habana: Ecimed; 1997: 135-42.
33. Lugones Boitell M, Córdova Armengol M de, Quintana Riverón T. Análisis del bajo peso al nacer en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integ 1995;(4):332-6.
34. Hassold, T.; Patterson, D. (Eds.). Down Syndrome: A Promising Future, Together, New York: Willey Liss, 1998.
35. Stray-Gundersen, K. Babies with Down Syndrome. Rockville, Md., Woodbine House, 1995.
36. Morris, C.D, et al. Thirty-year incidence of infective endocarditis after surgery for congenital heart defect. Journal of The American Medical Association, volumen 279, número 8, 1998, págs. 599-603.

## **Agradecimientos**

*He tenido una experiencia muy buena gracias a la colaboración de la Dra. Zcerevin, Margarita, el Dr. Cellerino, José, el Dr. Dimarco, David (mi tutor) y a los demás integrantes de los Centros de Salud, que me brindaron la oportunidad de recavar los datos de una manera grata y cordial.*



