



RESUMEN

Objetivo. Determinar la prevalencia de cesáreas después de los 35 años de edad en el Hospital José Carrasco Arteaga, en el periodo de un año.

Material y métodos. Con un diseño de corte transversal se recopiló información de todas las maternas mayores de 35 años que fueron atendidas en su parto mediante operación cesárea en el período de un año calendario: desde marzo de 2010 a marzo del 2011.

Resultados. Se encontró una prevalencia de partos por cesárea después de los 35 años de edad de 8,8% con respecto de los partos por año y de 18,9% con respecto de las cesáreas por año.

Las condiciones clínicas relacionadas con el embarazo después de los 35 años fueron hipertensión, diabetes mellitus, sobrepeso y obesidad.

Discusión. Las características epidemiológicas de nuestras pacientes difieren de los reportes publicados en sus antecedentes obstétricos que describen a una mujer multípara en edad temprana.

DECS. PREVALENCIA, EMBARAZO, CESÁREA, HIPERTENSIÓN, EDAD MATERNA.



SUMMARY

Objective. Determine the prevalence of cesarean delivery after 35 years old at the José Carrasco Arteaga Hospital, for a one year period.

Material and methods. With a cross-sectional design, we collected all maternal age 35 years old who were seen at its birth by Cesarean section in a calendar year period, from March 2010 to March 2011.

Results. The prevalence of cesarean delivery after 35 years old is about 8.8% of deliveries per year and 18.9% for cesarean sections per year.

The clinical conditions related to pregnancy after 35 years old were hypertension, diabetes mellitus, overweight and obesity.

Discussion. The epidemiological characteristics of our patients differ from the published reports on their obstetric history describing a multiparous woman at an early age.

Key words. Prevalence, pregnancy, cesarean section, hypertension, maternal age.

**TABLA DE CONTENIDO**

RESUMEN.....	1
SUMMARY	2
CAPÍTULO I.....	9
1.1. INTRODUCCIÓN.....	9
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
3. JUSTIFICACION.....	10
CAPÍTULO II.....	12
2.1. ¿Cómo pueden afectar el embarazo los problemas de salud preexistentes?	12
2.2. ¿Cuál es el riesgo de que un bebé nacido de una madre de más de 35 años tenga defectos de nacimiento?.....	14
2.3. ¿Cuál es el riesgo de un aborto espontáneo a medida que la mujer envejece?.....	14
2.4. ¿El riesgo de complicaciones y resultados negativos del embarazo aumenta después de los 35 años?.....	15
2.5. ¿Las mujeres de más de 35 años experimentan más problemas durante el parto y el alumbramiento?	16
2.6. ¿Cómo puede reducir sus riesgos una mujer embarazada?	16
2.7. Riesgos asociados al embarazo en la mujer mayor de 35 años	17
2.8. Estándares de atención a la embarazada mayor de 35 años.....	20
2.9. Valoración Nutricional y Ganancia de Peso	22
2.10. Inmunizaciones:.....	23
2.11. Complementarios	23
CAPÍTULO III.....	25
3. OBJETIVOS	25
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	25
3.2. ESPECÍFICOS.....	25
CAPÍTULO IV	26
4. METODOLOGÍA.....	26
4.1. Diseño del estudio	26



4.2. Período de estudio.....	26
4.3. Área de estudio.....	26
4.4. Universo.....	26
4.5. Muestra.....	26
4.6. Variables.....	26
4.7. Operacionalización de las variables.....	27
4.8. Criterios de inclusión.....	27
4.9. Criterios de exclusión.....	27
4.10. Procedimientos y técnicas.....	27
4.11. Análisis de la información y presentación de resultados.....	27
4.12. Aspectos éticos de la investigación.....	28
CAPÍTULO V.....	29
5. RESULTADOS.....	29
5.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO.....	29
5.2. PREVALENCIA DE PARTOS POR CESÁREA.....	29
5.3. PREVALENCIA DE CESÁREA DESPUÉS DE LOS 35 AÑOS DE EDAD	29
5.4. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	30
5.5. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS.....	32
5.6. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SU EVOLUCIÓN.....	33
5.7. EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO.....	34
CAPÍTULO VI.....	35
6. DISCUSIÓN.....	35
CAPÍTULO VII.....	39
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	39
7.1. Conclusiones.....	39
7.2. Recomendaciones.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
ANEXOS.....	42



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**PREVALENCIA DE CESÁREAS DESPUÉS DE LOS 35 AÑOS DE EDAD, EN
EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO
ARTEAGA; CUENCA, MARZO DE 2010 A MARZO DEL 2011**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTORAS: VERÓNICA CARRASCO CABRERA
PAMELA CONTRERAS ARIAS**

DIRECTOR: DR. JORGE NARVÁEZ A.

ASESOR: DR. JAIME ÑAUTA B.

**CUENCA, ECUADOR
2011**



DEDICATORIA

A nuestros padres:

Que con su dedicación y esfuerzo nos han brindado todo su apoyo para hacer de nosotras personas de bien. A nuestros profesores que han sabido transmitir sus conocimientos en beneficio de los estudiantes y profesionales del futuro.

Con cariño,

Pamela y Verónica



AGRADECIMIENTO

Esta investigación es el resultado del esfuerzo conjunto de un grupo de trabajo. Por eso agradecemos a nuestro director, Dr. Jorge Narváez A., a nuestro asesor, Dr. Jaime Ñauta B., quienes durante este proceso aportaron con su tiempo, conocimientos y dedicación.

De igual manera nos gustaría expresar nuestro más sincero agradecimiento al Dr. Arturo Quizhpe P. Decano de nuestra Facultad, quien estuvo siempre disponible, con buena voluntad para brindarnos su apoyo incondicional en el desarrollo de nuestro trabajo.

Finalmente agradecemos al personal de Estadística del Hospital José Carrasco Arteaga quienes nos proporcionaron apertura y brindaron un ambiente de trabajo adecuado y positivo para el desempeño de esta labor.

LAS AUTORAS



RESPONSABILIDAD

Los conceptos emitidos en este informe son de exclusiva
responsabilidad de su autor

Pamela Contreras Arias

010525972-5

Verónica Carrasco Contreras

010416643-4



CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

Para muchas mujeres no es posible elegir la edad de quedarse embarazada. Actualmente, los jóvenes se independizan de sus padres cada vez más tarde, y en muchas ocasiones el trabajo hace que las mujeres prefieran esperar para tener un hijo. Además, el aumento del divorcio ha provocado que muchas mujeres deseen tener un hijo con la nueva pareja, aunque ya se hayan superado los 35 años (1).

A pesar de los riesgos, existen algunas ventajas de tener un hijo con una edad más avanzada: La pareja suele mantener una relación estable. La madre suele tener una buena situación económica y el hijo suele ser deseado y muy querido. Suelen tener menos miedo a enfrentarse con la educación del bebé y piensan que no se trata de un sacrificio, sino de una compensación (1).

En muchos casos, no se trata del primer hijo sino del segundo o el tercero, y esto provoca casi siempre una mayor tranquilidad por parte de la madre que vive el nuevo embarazo con la tranquilidad de quien conoce ya cómo debe atenderse a un bebé (2).

La mayoría de las mujeres de más de 35 años de edad tienen embarazos y bebés saludables. Sin embargo, los estudios más recientes sugieren que las mujeres que posponen su maternidad están expuestas a algunos riesgos especiales (3).

Desde fines de los años 70, ha subido significativamente la tasa de bebés nacidos de mujeres de entre 35 y 50 años de edad. Según el National Center for Health Statistics, entre 1978 y 1997, la tasa de nacimientos subió un 90 por ciento para las mujeres de entre 35 y 39 años de edad. Entre 1981 y 1997, la tasa subió un 87 por ciento para las mujeres de entre 40 y 50 años de edad (3).



1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los avances de la medicina han ayudado a las mujeres de entre 35 y 50 años de edad a tener embarazos con menos riesgos que en el pasado. A pesar de esto, señalan los expertos, es necesario que las mujeres conozcan los riesgos relacionados con los embarazos a esta edad para estar informadas al decidir cuál es el mejor momento para comenzar a formar una familia (2).

Esta realidad, más estudiada en los países desarrollados, también existe en el nuestro y de hecho viene siendo un problema de la salud reproductiva y particularmente de la salud materna para lo cual los organismos de salud no han establecido aún las guías clínica o por lo menos las normativas que deberán cumplir los Servicios de Obstetricia. Al interior de nuestras principales instituciones prestadoras de servicios médicos del Ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Salud Social y Maternidades tanto públicas como privadas no se registra esta información, de tal manera que no ha sido posible recabar datos al respecto. De ahí nace la inquietud de realizar esta investigación que pretende conocer las características de las embarazadas mayores de 35 años de edad atendidas en un hospital de tercer nivel, identificar los factores asociados a su ocurrencia y a su vez analizar la atención a este sector de la población materna dadas las condiciones especiales en las que se cumple el embarazo.

3. JUSTIFICACION

De lo que hemos intentado conocer sobre la embarazada mayor de 35 años, en los servicios de Obstetricia de nuestros hospitales, no existe ni un registro dedicado a este grupo poblacional, tampoco se ha manifestado hasta la actualidad ningún interés por las particularidades de este tipo de embarazo y menos aún se ha tratado de identificar los posibles factores relacionados con su ocurrencia.



De esta manera, creemos que incluir a la embarazada mayor de 35 años de edad en un estudio que permita determinar las características de su embarazo y al mismo tiempo identificar los factores asociados, justifica plenamente su realización.

Creemos que luego de la realización de este trabajo el Servicio de Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga dispondrá de información útil con miras a elevar la calidad de los servicios de salud materna para este importante sector de la comunidad que hasta ahora no está identificado como tal.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

Por lo general, las mujeres comienzan a experimentar una disminución en su fertilidad a partir de los 30 años de edad. No es raro que a una mujer de 35 años o más le lleve más tiempo concebir que a una mujer joven. La disminución de la fertilidad que se produce con la edad puede atribuirse, en parte, a una menor frecuencia de la ovulación o a problemas tales como la endometriosis, que ocasiona que tejidos similares a los que recubren el útero se adhieran a los ovarios o las trompas de Falopio e interfieran con la concepción. Si después de intentar concebir durante seis meses, una mujer no ha quedado embarazada, debe consultar a su médico. Muchos casos de infertilidad pueden ser tratados con éxito. Si bien las mujeres de más de 35 años pueden tener más dificultades en concebir, también tienen una mayor posibilidad de tener mellizos. Esta probabilidad alcanza su máximo nivel entre los 35 y los 39 años de edad; luego vuelve a declinar (3).

2.1. ¿Cómo pueden afectar el embarazo los problemas de salud preexistentes?

Antes de intentar concebir, y sin importar su edad, toda mujer debe consultar a su doctor. Una visita al médico antes de concebir ayuda a asegurar que la mujer se encuentra en el mejor estado posible para hacerlo. Esta consulta es la oportunidad ideal para conversar con el médico sobre sus preocupaciones y las de su pareja en cuanto al embarazo. La visita al médico antes de concebir es especialmente importante cuando una mujer tiene un problema de salud crónico, como diabetes o alta presión arterial (4).

Estas condiciones, que son mucho más comunes entre las mujeres de entre 35 y 50 años de edad, pueden poner en peligro la salud de la mujer embarazada o la de su bebé. Pero la supervisión cuidadosa del médico desde antes de



concebir y durante el transcurso de todo el embarazo puede reducir los riesgos relacionados con estas condiciones y, en la mayoría de los casos, resultar en un embarazo saludable (4).

La alta presión arterial y la diabetes también pueden ocurrir por primera vez durante el embarazo, especialmente en mujeres de más de 35 años de edad.

Un estudio de la escuela de medicina Mount Sinai de la ciudad de Nueva York en 1990 demostró que es dos veces más probable que una mujer de más de 35 años de edad desarrolle alta presión arterial y diabetes que una mujer de entre 20 y 30 años. Un estudio realizado por la misma institución en 1996 determinó que las mujeres de 40 años de edad o más tenían tres veces más probabilidades de contraer diabetes y casi el doble de probabilidades de desarrollar alta presión arterial durante el embarazo que las mujeres de entre 20 y 30 años (5).

De la misma manera, un estudio realizado en 1999 en la Universidad de California en Davis, descubrió que las madres primerizas de más de 40 años tenían un 60 por ciento más de probabilidades de desarrollar alta presión arterial y cuatro veces más probabilidades de contraer diabetes durante el embarazo que las madres de entre 20 y 30 años (6).

Por esta razón es sumamente importante que las madres de mayor edad obtengan cuidados prenatales desde temprano y en forma regular. Por lo general, estos trastornos no presentan grandes riesgos a la madre o al bebé cuando se los diagnostica en forma temprana y se practica el tratamiento adecuado (6).



2.2. ¿Cuál es el riesgo de que un bebé nacido de una madre de más de 35 años tenga defectos de nacimiento?

El riesgo de dar a luz un niño con ciertos trastornos cromosómicos incrementa con la edad de la mujer. El trastorno más común es el síndrome de Down, una combinación de retraso mental y anomalías físicas causada por la presencia de un cromosoma 21 adicional (7)

A los 25 años, una mujer tiene una probabilidad entre 1.250 de tener un bebé con síndrome de Down; a los 30 años, una entre 952; a los 35, una entre 378; a los 40, una entre 106 y a los 45 una entre 30. La mayoría de los doctores ofrece a las mujeres embarazadas de 35 años o más la opción de realizarse una prueba prenatal (amniocentesis o la muestra del villus coriónico) para determinar si el feto tiene el síndrome de Down o alguna otra anomalía cromosómica. Alrededor del 95 por ciento de las mujeres que se someten a esta prueba prenatal reciben la buena noticia de que su bebé no tiene ninguno de estos trastornos. Si la prueba prenatal no determina que existen estos defectos y la madre se encuentra sana, el bebé tiene el mismo riesgo de tener defectos de nacimiento que si la madre tuviera entre 20 y 30 años de edad (5).

2.3. ¿Cuál es el riesgo de un aborto espontáneo a medida que la mujer envejece?

La mayoría de los abortos espontáneos ocurren durante el primer trimestre de embarazo en las mujeres de cualquier edad. La tasa de estos abortos en mujeres mayores es considerablemente mayor que entre mujeres más jóvenes. Los estudios calculan que en las mujeres de entre 20 y 30 años de edad, el riesgo de aborto espontáneo es de entre 12 y 15 por ciento; esta cifra aumenta al 25 por ciento a los 40 años de edad. Al tener una mayor edad, la mayor incidencia de anomalías cromosómicas contribuye al riesgo de aborto espontáneo (6).



2.4. ¿El riesgo de complicaciones y resultados negativos del embarazo aumenta después de los 35 años?

Si bien es muy probable que las mujeres de entre 35 y 50 años tengan un bebé sano, deben enfrentar más complicaciones durante el embarazo. Además del mayor riesgo de diabetes y alta presión arterial, las mujeres de más de 35 años tienen un riesgo mayor de problemas en la placenta. El problema más frecuente es la placenta previa, por el cual la placenta cubre parte o la totalidad de la abertura del cuello del útero. El estudio de la Universidad de California en Davis descubrió que las madres primerizas de más de 40 años tenían hasta 8 veces más probabilidades que las mujeres de entre 20 y 30 años de sufrir esta complicación (6).

Ambos problemas pueden causar graves hemorragias durante el parto que pueden poner en peligro la salud de la madre y del bebé, pero a menudo es posible evitar estas complicaciones mediante una intervención cesárea.

Algunos estudios sugieren que las mujeres que esperan hasta la edad de 35 o más para tener su primer bebé tienen más probabilidades de tener un bebé de peso bajo al nacer (menos de 5 libras y media [2,5 kg]) o prematuro (nacido a una edad de gestación de menos de 37 semanas). Estos riesgos aumentan en forma leve pero gradual con la edad de la mujer, aunque ésta no tenga problemas de salud crónicos relacionados con la edad como diabetes y alta presión arterial (6).

Si bien un estudio realizado en 1997 en Canadá descubrió que las mujeres de más de 35 años tenían muchas más probabilidades de dar a luz un bebé sin vida que las mujeres de entre 20 y 30 años, esto no ocurrió en ninguno de los dos estudios de Mount Sinai, ni siquiera en mujeres de más de 40 años. La mayoría de las muertes del feto en el estudio canadiense se debió a causas no explicadas. Los bebés neonatos de madres de entre 40 y 50 años pueden sufrir más complicaciones (como asfixia y hemorragias cerebrales) que los de



madres más jóvenes, según el estudio de la Universidad de California en Davis. No obstante, a pesar del mayor riesgo de complicaciones, no se produjeron más muertes entre los bebés de madres mayores, y la amplia mayoría de ellos se recuperó con éxito (8).

Las mujeres embarazadas que tienen 35 años o más deben enfrentar riesgos especiales, pero muchos de ellos pueden controlarse eficazmente con un buen cuidado prenatal. Es importante además tener en cuenta que el mayor riesgo, incluso para las mujeres mayores, es reducido.

2.5. ¿Las mujeres de más de 35 años experimentan más problemas durante el parto y el alumbramiento?

Las madres primerizas de más de 35 años tienen más probabilidades que aquellas de entre 20 y 30 años de tener dificultades durante el parto. Los estudios sugieren que el sufrimiento fetal y una segunda etapa prolongada de dolores de parto son más comunes en las madres mayores. Esto puede justificar, en parte, la mayor tasa de nacimientos por cesárea entre mujeres de más de 35 años. Las madres primerizas de más de 40 años tienen el riesgo más alto de nacimiento por cesárea, el 47 por ciento, según el estudio de la Universidad de California. De la misma manera, otros estudios han informado que las madres primerizas de más de 35 años tienen un riesgo del 40 por ciento de cesárea, comparado con un riesgo de aproximadamente el 14 por ciento en las madres primerizas de entre 20 y 30 años.

2.6. ¿Cómo puede reducir sus riesgos una mujer embarazada?

En la actualidad, las mujeres de entre 35 y 50 años que han postergado su maternidad se encuentran generalmente en excelente estado de salud, por lo que pueden esperar tener embarazos saludables. De todos modos, además de las consideraciones especiales que deben tenerse en cuenta al quedar embarazada después de los 35 años, es importante recordar los riesgos que



tener un bebé supone para cualquier mujer. Es particularmente importante para las mujeres de más de 35 años seguir las reglas básicas para un embarazo saludable. Las siguientes son recomendaciones un tanto generalizadas:

- Tomar una multivitamina con 400 microgramos del ácido fólico del complejo de vitaminas B diariamente antes y durante la primera etapa del embarazo para ayudar a prevenir ciertos defectos de nacimiento del cerebro y médula espinal (esto atañe a todas las mujeres en edad de tener hijos).
- Comer una dieta saludable, incluidos alimentos ricos en ácido fólico como cereales fortificados para el desayuno, jugo de naranja y verduras de hoja verde, y lograr el peso adecuado para la altura antes de la concepción.
- Someterse a un chequeo médico antes del embarazo y recibir cuidados prenatales durante el embarazo desde temprano y de manera regular.
- No consumir bebidas alcohólicas como licores, cerveza, vino o mezclas de vino con frutas ("wine coolers") durante el embarazo.
- No fumar durante el embarazo.
- No utilizar drogas, incluso medicamentos que se venden libremente, a menos que así lo recomiende un médico que sepa que está embarazada.

2.7. Riesgos asociados al embarazo en la mujer mayor de 35 años

Algunas investigaciones publicadas en estos últimos años dan cuenta de los principales riesgos asociados al embarazo en edades mayores a los 30 años. En términos generales están descritos a través de las siguientes adversidades a las que se enfrenta la mujer con embarazo añoso (9):

a. DEFECTOS CONGÉNITOS

El riesgo de que el feto nazca con algún defecto congénito, va aumentando a medida que la edad de la madre aumenta, por poneros un ejemplo de un déficit



congénito por todos conocidos es el caso del Síndrome de Down, donde la relación es la siguiente:

- A los 25 años de la madre, 1 caso de cada 1.250
- A los 30 años de la madre, 1 caso de cada 1.000
- A los 35 años de la madre, 1 caso de cada 400
- A los 40 años de la madre, 1 caso de cada 100
- A los 45 años de la madre, 1 caso de cada 30
- A los 49 años de la madre, 1 caso de cada 10

Por desgracia el síndrome de Down no es el único, puede haber otros como el retraso mental o los defectos físicos, que se producen en una mayor probabilidad, en los embarazos a los 40.

Hay estudios prenatales que ayudan a saber de antemano la existencia de estos defectos congénitos, como es la ecografía, el análisis de sangre (triple screening en el que se realiza la medición de tres proteínas, alfafoproteína, estriol no conjugado y la gonadotropina coriónica, en caso de resultados dudosos se recomienda la amniocentesis) o la amniocentesis (extracción de líquido amniótico para realizar estudio genético, prueba no dolorosa y que se realiza en minutos)

b. RIESGOS DE ABORTO

La mayor probabilidad de abortos espontáneos se produce, en cualquier embarazo, en el primer trimestre del mismo. Pero en el caso de las embarazadas añosas, el riesgo es todavía mayor, en las mujeres de 20 a 30 años tenemos un 12-15% y en las mayores de 40 años pasamos a un 25%.

c. PARTO DE LA EMBARAZADA AÑOSA

Las madres mayores de 35 años y primerizas tienen más probabilidades de tener dificultades en el parto, tales como mayor riesgo de sufrimiento fetal o una segunda fase del parto más larga y dolorosa.



Esto provoca que se dé en un alto índice, partos por cesáreas, subiendo hasta un 47% en el caso de embarazadas mayores de 40 años, un 40% las mayores de 35, frente a un solo 14% de las que están entre 20 y 30 años.

d. FERTILIDAD REDUCIDA

Las mujeres comienzan a tener dificultades en la concepción a partir de los 30 años. No quiere decir con ello que no conciban, pero sí que les cuesta más tiempo lograrlo en comparación con las más jóvenes.

La endometriosis suele ser una de las implicadas en la reducción de la fertilidad. La endometriosis es una afección que provoca que los tejidos del endometrio se adhieran a las trompas de Falopio y a los ovarios dificultando la concepción.

Por regla general, si se tarda más de 6 meses en concebir es conveniente acudir al médico para revisar y descartar posibles causas de infertilidad.

Pero por el contrario, las mujeres mayores de 35 años, tienen mayor probabilidad de concebir mellizos, sobre todo entre los 35 y los 39 años, fundamentalmente porque suelen someterse a tratamientos de fertilidad, en los que se implantan varios óvulos fecundados para evitar el fracaso, y posteriormente tiene la consecuencia del nacimiento de los mellizos, pero las probabilidades también aumentan de forma natural.

e. PROBLEMAS DE SALUD DURANTE EL EMBARAZO

Algunos problemas de salud que pueden ocurrir durante el embarazo tienen una mayor probabilidad de aparición en las embarazadas añosas. Algunos de estos problemas de salud son la diabetes gestacional, la hipertensión arterial, problemas con la placenta o los sangrados.

La hipertensión arterial durante el embarazo, que puede producirse aun cuando la madre no tenga este problema de salud normalmente, es conocida como



preeclampsia, y puede tener efectos perjudiciales tanto para el feto como para la madre. Puede provocar inflamación de la cara y de las manos en la madre, dañar su sistema nervioso, desencadenar convulsiones, producir accidentes cerebrovasculares, etc.

Los problemas más comunes con la placenta son la placenta previa (cuando la placenta está mal situada y cubre total o parcialmente el cuello del útero) o el desprendimiento de placenta. En ambos casos, se pueden producir fuertes sangrados durante el parto que pueden comprometer la vida del feto y de la madre. Esto sin embargo tiene fácil solución, la intervención por cesárea.

A pesar de todas estas posibles complicaciones y del notable aumento de los riesgos en las embarazadas ańosas, la inmensa mayoría de ellas acaban teniendo unos bebés sanos y estupendos.

f. NACIMIENTO DE FETO SIN VIDA

Por desgracia las mujeres que superan los 35 años de edad, tienen hasta el doble de probabilidades de que nazca sin vida. Para considerarse nacimiento de feto sin vida tiene que tener al menos 20 semanas de gestación. Aun no se conocen bien las causas de esta mayor probabilidad en mujeres mayores.

2.8. Estándares de atención a la embarazada mayor de 35 años

Ante todo, es importante que se mantenga una actitud positiva y realista. Los avances médicos de las últimas décadas han hecho posible que el embarazo de una mujer madura esté mucho más controlado. Y no sólo eso: el aumento de este tipo de embarazadas ha dado muchas pistas a los especialistas acerca de las complicaciones más comunes (10).

Uno de los principales problemas de la gestante ańosa es la tendencia a la obesidad, por lo que es necesario que siga una dieta hipocalórica para evitar el sobrepeso, recomendando una suplementación polivitamínica.



En estas gestaciones también hay más riesgo de que la mujer desarrolle cuadros de diabetes gestacional e hipertensión (se calcula que el 15% de las embarazadas mayores de 40 años las padecerán) (11).

La buena noticia es que los estudios han demostrado que la gestante madura es más disciplinada que la que es muy joven, de manera que sigue sin problemas las pautas que prescribe el tocólogo, esenciales para prevenir estas complicaciones (11).

También, cuanto mayor es la mujer, más saludables son sus hábitos: está más concienciada de los efectos nocivos del tabaco para ella (aumenta la presión arterial ligada a la preeclampsia) y para el bebé (riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer), así como de la importancia de comer fruta y verdura y hacer ejercicio (11).

El seguimiento de estos embarazos es básicamente el mismo que el de una embarazada joven, aunque deberá proponérseles una amniocentesis en la semana 16 y una ecografía a nivel 3 en la semana 20. El riesgo de anomalías cromosómicas, especialmente las del par 21, es más elevado (12).

El test de O'Sullivan es necesario para analizar los niveles de glucosa en sangre antes de la semana 24 y descartar una posible diabetes gestacional, que haría que el bebé creciera más de la cuenta dificultando el momento del parto (13).

Las ecografías prestarán especial atención a la cantidad de líquido amniótico, al adecuado crecimiento del feto y a la posición de la placenta: es más común que se sitúe en el tercio inferior del útero que en una madre más joven, aunque lo más probable es que emigre hacia la zona media-alta del útero a medida que éste aumenta de tamaño (14).



2.9. Valoración Nutricional y Ganancia de Peso

En la consulta de captación de embarazo luego de medir y pesar correctamente a la embarazada se calcula el índice de masa corporal (IMC) por la fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Peso en kg}/(\text{talla en m})^2$$

Se refleja la valoración nutricional según este y se establece la meta de ganancia de peso total que nos proponemos lograr en este embarazo.

Intervalo recomendado de incremento de peso basado en el índice de masa corporal.

Categorías	IMC	Ganancia Global de Peso Recomendada (promedio)
Bajo Peso	Menor de 19.8	12.5 a 18 (15.3)
Normal	19.8 a 25.9	11.5 a 16 (13.8)
Sobrepeso	26.0 a 29.9	7,0 a 11.5 (9.3)
Obesa	Mayor de 29.9	6
Gemelar		15.5 - 20

La ganancia total del peso será valorada en relación al peso pregestacional. Es el resultado del crecimiento del feto (25%), la placenta (5%), el líquido amniótico (6%) y los tejidos maternos (2/3 del total). Se debe tener en cuenta que en el caso de ser una paciente adolescente se debe seleccionar siempre el límite superior del rango y de ser la gestante baja talla (entiéndase por debajo de 1.54 m se debe tomar el límite inferior. Para cumplir con esta propuesta ideal de ganancia de peso esta debe comportarse según el tiempo de embarazo de la siguiente forma:



IMC	1 ^{er} trimestre	2 ^o trimestre (kg/ semana)
Menor de 19.8	2.3 kg.	500 g. (0.5 kg.)
19.8 a 26	1.6 kg.	400 g. (0.4 kg.)
26.1 a 29	0.9 kg.	300 g. (0.3 kg.)
Más de 29	0.9 kg.	300 g. (0.3 kg.)
Gemelar		750 g./ semana

2.10. Inmunizaciones:

Se refiere principalmente a la situación inmunitaria del toxoide tetánico.

- A las gestantes cuya vacunación con el toxoide no se conozca o no pueda ser precisada se le colocarán las dos dosis en las semanas 22 y 26 respectivamente y se reactivará al año.
- La gestante cuya última reactivación fue realizada hace más de 10 años se le reactivará a la semana 26 de gestación.
- Las gestantes con toxoide reactivado en un tiempo menor de 10 años no será necesario volver a vacunarlas.

Vacunas peligrosas: Antimalárica, Antirubeólica, Antisarampionosa, Antivariólica, Antirrábica, antitifoídica, BCG, Cólera.

2.11. Complementarios

Hemoglobina y Hematocrito: Se realizará en los 3 trimestres y al final del embarazo, previo a la consulta de gestante a término. Se consideran patológicas en la embarazada cifras inferiores a 110 gramos/litro de hemoglobina y hematocrito de 33% o menos. La anemia más frecuente en el embarazo es la ferripriva, no obstante, cuando las cifras descienden por debajo de 10 gramos/litro debe estudiarse el tipo de anemia (Lámina Periférica, Constantes Corpusculares, Hierro Sérico, Conteo de reticulocitos, Conteo de plaquetas, etc.), al igual que cuando existen antecedentes personales de la enfermedad. La anemia en dependencia de las cifras de hemoglobina se clasifica de la siguiente forma:



- Anemia ligera: 110 - 100 g/L
- Anemia moderada: 9.9 - 80 g/L
- Anemia severa: menos de 80 g/L

Se impondrá terapia vía oral siempre que no exista intolerancia gastrointestinal o síndrome de malabsorción intestinal, en cuyo caso se impondrá terapia con inferón intramuscular, al igual que cuando la anemia no responde al tratamiento vía oral. Si se presenta anemia severa o muy próxima al parto o cesárea está indicada la transfusión de glóbulos lavados.

Fumarato Ferroso (200 mg) 1 ó 2 tabletas vía oral 3 veces al día alejadas de las comidas (10 am- 4 pm- 10 pm). Se realizará control de hemoglobina evolutiva al mes de tratamiento y se continuará el mismo por a menos 3 meses con el fin de llenar los depósitos.

Inferón (ámpulas de 50 mg/ml y 100 mg/2 ml): se calculará la dosis total en mg de hierro a administrar por la fórmula: hemoglobina normal- hemoglobina real*255. Se colocará a 1.5 mg/kg de peso intramuscular profundo en días alternos (aproximadamente 100 mg diarios) hasta completar la dosis total calculada. Se realizarán controles de hemoglobinas evolutivas al mes del tratamiento y se continuará con hierro oral para llenar los depósitos.



CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia de cesáreas después de los 35 años de edad en embarazadas atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga, en el periodo de un año.

3.2. ESPECÍFICOS

- Identificar los factores relacionados con la necesidad de realizar operación cesárea en una embarazada después de los 35 años de edad.
- Describir las características epidemiológicas de las embarazadas mayores de 35 años de edad que acuden al área de Obstetricia de Hospital José Carrasco Arteaga.
- Analizar las condiciones que intervienen en la decisión de realizar operación cesárea en las embarazadas mayores de 35 años de edad atendidas en el área de Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga.



CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño del estudio

El estudio se cumplió con un diseño de corte transversal.

4.2. Período de estudio

Se recogió la información de un año calendario de las embarazadas mayores de 35 años de edad en el periodo de Marzo de 2010 a Marzo del 2011.

4.3. Área de estudio

Se consideró área de estudio al Servicio de Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga.

4.4. Universo

Todas las embarazadas que recibieron atención de su embarazo y parto en el Servicio de Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga durante un año calendario.

4.5. Muestra

Las embarazadas mayores de 35 años de edad a quienes se les practicó operación cesárea en Servicio de Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga, durante un año.

4.6. Variables

Se consideraron variables de estudio: edad, peso, estatura, índice de masa corporal, estado civil, instrucción, ocupación, residencia, antecedentes ginecológicos y obstétricos, antecedentes de sobrepeso y diabetes e historia del embarazo actual: controles prenatales, control de tensión arterial, hemorragia, amenaza de aborto y presentación del neonato.



Dado el diseño del estudio no se consideró relación empírica de variables.

4.7. Operacionalización de las variables

Las variables se operacionalizaron en una matriz. Anexo 1.

4.8. Criterios de inclusión

- Todas las embarazadas mayores de 35 años de edad con indicación de parto por cesárea.

4.9. Criterios de exclusión

- Embarazadas menores de 35 años de edad.
- Las embarazadas mayores de 35 años con tratamientos previo sin relación con el embarazo.
- Embarazadas con comorbilidad diagnosticada previamente y en tratamiento.

4.10. Procedimientos y técnicas

- Se solicitó la aprobación del Comité de Ética y de la Dirección Técnica de Investigación y Docencia del Hospital José Carrasco Arteaga.
- Se solicitó la autorización respectiva al Departamento de Estadística y de Ginecología y Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga
- Se recopiló la información de todas las variables de estudio en un formulario diseñado expresamente para tal fin (anexo 2).

4.11. Análisis de la información y presentación de resultados

Una vez recopilada la información de las pacientes y de los resultados de exámenes se ingresó en una matriz de datos de un programa de computadora, el SPSS versión 15.0 en español para Windows™.

Se procesó la información con estadística descriptiva. Las variables discretas fueron operacionalizadas en número de casos (n) y sus porcentajes (%) y las variables continuas en promedio \pm desviación estándar ($X \pm DE$).



Se presentan los resultados en tablas simples que muestran la distribución de frecuencias de las variables estudiadas.

4.12. Aspectos éticos de la investigación

Para mantener el aspecto ético de la investigación se garantizó a las pacientes que la información será manejada únicamente con fines de cumplimiento de la investigación. La exclusión de la identificación personal fue parte de esta garantía.



CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

La recopilación de la información incluyó a 95 parturientas mayores de 35 años de edad atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga en el período marzo de 2010 a marzo del 2011.

El análisis se realiza sobre este número de pacientes.

5.2. PREVALENCIA DE PARTOS POR CESÁREA

En el Servicio de Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga se atendieron 1074 partos durante el año de 2010. De éstos el 46,64% (n = 501) correspondió a las cesáreas.

5.3. PREVALENCIA DE CESÁREA DESPUÉS DE LOS 35 AÑOS DE EDAD

Los partos por cesárea después de los 35 años de edad fueron, en el Hospital José Carrasco Arteaga, el 8,8% de los partos por año y el 18,9% de las cesáreas por año.



5.4. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Tabla 1

Distribución, según características demográficas, de 95 maternas mayores de 35 años de edad a quienes se realizó cesárea para terminación de su parto. Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca, 2011.

Variable	Frecuencia	%
Edad		
35 a 40 años	82	86,3
41 a 49 años	13	13,7
Estado civil		
Soltera	12	12,6
Casada	75	78,9
Unión libre	7	7,4
Divorciada	1	1,1
Residencia		
Urbana	76	80,0
Rural	19	20,0
Instrucción		
Primaria	17	17,9
Secundaria	63	66,3
Superior	15	15,8
Ocupación		
Empleada	39	41,1
Profesional independiente	25	26,3
Ama de casa	31	32,6

Fuente: formulario de investigación
Elaboración: autores

El 86,3% de la población de estudio estuvo entre los 35 a 40 años. Por encima de los 40 años se ubicó una de cada 8 maternas.

Las casadas fueron el 78,9%. Una de cada 8 maternas fue soltera (12,6%). El estado civil unión libre y divorciada fueron el 8,5%.

Cuatro de cada cinco embarazadas residieron en la zona urbana. La residencia en zona rural representa las referencias de los dispensarios del Seguro Campesino.



El 66,3% de maternas hubieron cursado la instrucción secundaria. La instrucción primaria y superior fue menor del veinte por ciento.

En la distribución según ocupación, las empleadas y las amas de casa tuvieron los más altos porcentajes, 41,1% y 32,6% respectivamente. Las profesionales independientes fueron una de cada cuatro (26,3%).



5.5. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Tabla 2

Distribución, según antecedentes obstétricos, de 95 maternas mayores de 35 años de edad a quienes se realizó cesárea para terminación de su parto. Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca, 2011.

Antecedentes Obstétricos	Frecuencia	%
Menarquia		
9 a 11 años	5	5,3
12 a 14 años	57	60,0
15 a 16 años	33	34,7
Gestas		
1 a 3 gestas	73	76,8
> 3 gestas	22	23,2
Partos		
Sin parto previo	51	53,7
1 a 3 partos	41	43,2
> 3 partos	3	3,2
Abortos	23	24,2
Cesáreas	36	37,9
Embarazo anterior > 35 años	35	36,8

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

Dos de cada tres maternas mayores de 35 años (60%) tuvieron la menarquia a la edad de 12 a 14 años y una de cada tres (34,7%) la tuvo después de los quince años. La menarquia temprana alcanzó el 5,3%.

Tres de cada cuatro maternas tuvieron el antecedente de 1 a 3 gestaciones previas.

El 53,7% de maternas no tuvo un antecedente de parto. El 43,2% tuvo entre 1 a 3 partos y más de 3 partos lo tuvo el 3,2% de ellas.

La amenaza de aborto se dio en una de cada cuatro embarazadas. Así mismo, las cesáreas anteriores lo tuvo un 37,9% de las maternas y los embarazos anteriores por encima de los 35 años se dio en el 36,8% de los casos.



5.6. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SU EVOLUCIÓN

Tabla 3

Distribución, según características clínicas y su evolución, de 95 maternas mayores de 35 años de edad a quienes se realizó cesárea para terminación de su parto. Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca, 2011.

Características Clínicas	Frecuencia	%
Tensión arterial inicial normal	95	100
Tensión arterial normal al final del embarazo	36	37,9
Hipertensión arterial	22	23,2
Diabetes mellitus	15	15,8
Hemorragia	5	5,3
Sobrepeso	3	3,2

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

Los antecedentes clínicos más importantes fueron hipertensión arterial (23,2%) diabetes mellitus (15,8%), hemorragia (5,3%) y sobrepeso (3,2%).

La hipertensión arterial se presentó en una de cada cuatro maternas (23,2%) aunque al inicio de los controles del embarazo fue normal en todas las maternas. Al final del embarazo sólo el 37,9% de ellas tuvo la tensión arterial normal.



5.7. EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO

Tabla 4

Distribución, según evolución del embarazo, de 95 maternas mayores de 35 años de edad a quienes se realizó cesárea para terminación de su parto. Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca, 2011.

Evolución del embarazo	Frecuencia	%
Control prenatal		
1 a 5 controles	13	13,7
6 a 10 controles	77	81,1
11 a 13 controles	4	4,2
Amenaza de aborto		
	1	1,1
Índice de Masa Corporal		
Bajo peso	1	1,1
Peso Normal	44	46,3
Sobrepeso	41	43,2
Obesidad	9	9,5
Presentación al momento del parto		
Cefálica	77	81,1
De nalgas	14	14,7
De pies	4	4,2

Fuente: formulario de investigación

Elaboración: autores

Los controles prenatales en número de 6 a 10 se cumplieron en el 81,1% de las maternas. Una de cada ocho (13,7%) recibió de 1 a 5 controles y tan sólo a una de cada veinticinco (4,2%) se le realizó de 11 a 13 controles.

Se registró un caso (1,1%) de amenaza de aborto.

El 46,3% de las maternas tuvo peso normal y el sobrepeso estuvo presente en porcentaje similar (43,2%). Se detectó obesidad en una de cada once maternas (9,5%).

La presentación cefálica al momento del parto se encontró en el 81,1% de las maternas. La presentación de nalgas fue del 14,7% y la de pies únicamente del 4,2%.



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

Sobre cuál es la edad más propicia para que la mujer embarace no existe hasta la actualidad un acuerdo por parte de los especialistas no solamente del campo biomédico sino de las disciplinas relacionadas con la salud. Al parecer seguirán publicándose reflexiones y quizá con el tiempo se pueda disponer de mayor información sobre las ventajas y desventajas de la edad y el embarazo.

La Medicina Basada en Evidencias, la herramienta de mayor uso en la actualidad para sentar las bases de un ejercicio profesional adecuado, no ha reportado estudios concluyentes sobre el tema lo que significa que continuarán en vigencia por muchos años más los conceptos clásicos del embarazo con respecto de la edad de la embarazada.

Se asegura, por ejemplo, que las madres de edad más avanzada tienen un mayor riesgo de tener un bebé con síndrome de Down. La posibilidad de que esto ocurra es una en 300 aproximadamente, cuando se tiene 35 años. Sin embargo, cuando se tiene 25 años es sólo una en 1.250. Hay otras anomalías cromosómicas mucho más raras, como los síndromes de Patau y de Edward, cuyas incidencias también aumentan con la edad materna. La prueba de translucencia de la nuca fetal y otros exámenes pueden ofrecer una idea del riesgo aproximado, y el análisis de las vellosidades coriónicas (CVS) y la amniocentesis pueden proporcionar un diagnóstico definitivo, el cual permite que la mujer se prepare si va a tener un bebé con necesidades especiales o tome la decisión de interrumpir el embarazo si así lo desea (14).

A pesar del aumento de algunos riesgos asociados con la edad de la madre la gran mayoría de los bebés nacen sanos y, a excepción de las anomalías cromosómicas, los estudios indican que el riesgo de malformaciones



congénitas en bebés nacidos de madres maduras no es mayor que para los hijos de las mamás más jóvenes (14).

Hay una marcada tendencia a aumentar las intervenciones médicas cuantos más años tenga la madre. Las mujeres de 35 años de edad en adelante tienen una mayor probabilidad de tener un parto inducido, un diagnóstico de sufrimiento fetal, una anestesia epidural, o un parto con fórceps o ventosa, y prácticamente todos los estudios están de acuerdo en que la tasa de partos por cesárea crece con el aumento de la edad. Sin embargo, este aumento no parece estar relacionado con ningún problema específico. La pregunta es: ¿Cuántas de estas intervenciones son realmente necesarias y cuántas resultan de la percepción generalizada de que las madres de más edad tienen embarazos de "alto riesgo"? Una vez que se interrumpe el transcurso natural del parto con la primera intervención, no es raro que esto desencadene un "efecto dominó", provocando una serie de intervenciones.

Existe, sin embargo, un pequeño pero serio riesgo para los bebés de madres de edad más avanzada. Inexplicablemente, un mayor número de bebés mueren antes de nacer, al final del embarazo, en este grupo de mujeres (1 de cada 440 embarazos de mujeres de 35 años o más, contra 1 de cada 1.000 embarazos de mujeres más jóvenes). Por este motivo, los médicos suelen vigilar más a las madres embarazadas que tienen más de 35 años durante las últimas semanas del embarazo (14).

Con la información que antecede queda suficientemente claro que a la investigación médica le falta camino por recorrer para disponer de información concluyente en este tema. En todo caso, los acuerdos actuales a los que han llegado los expertos en salud reproductiva consideran que el embarazo en la mujer mayor de 35 años tiene particularidades que no pueden ser soslayadas y mientras no se demuestre lo contrario la normativa vigente debe ser observada con rigurosidad.



Nuestro trabajo se incluye en este ámbito y los resultados obtenidos en esta recopilación anual nos ofrecen una visión, aunque no profunda, de la prevalencia hospitalaria del embarazo por sobre los 35 años de edad, sus características y el mejor manejo clínico que ofrecen nuestras instituciones de salud para su terminación.

Al examinar el dato de prevalencia hay que enfatizar que una recopilación como la nuestra si bien genera una información que tiene el carácter de epidemiológica su precisión es aplicable a la población hospitalaria de la que fue extraída. De esta manera, la extrapolación¹ queda limitada a ámbitos o instituciones de salud de características similares como hospitales, clínicas o áreas de salud zonales más no a la población en general. Esta aclaración es válida considerando que comúnmente tienden a compararse erróneamente las tasas de la población con las tasas hospitalarias.

La mayoría de estudios que publica la literatura médica especializada reportan datos de la población porque provienen de países poseedores de sistemas de registro confiables. En nuestro país esta posibilidad está iniciándose aún.

Visto así, la prevalencia de partos por cesárea en mujeres mayores de 35 años de edad en el Hospital José Carrasco Arteaga fue del 8,8 por cada 100 partos atendidos en el Servicio y del 18,9% con respecto de las cesáreas realizadas en ese mismo servicio en el período de 12 meses.

Los reportes de los hospitales estadounidenses aseguran que la tasa de nacimientos en mujeres mayores de 35 años en la última década se ha incrementado significativamente llegando a ser hasta el 40% del total de partos por cesárea en la población general. La cifra obtenida en nuestro hospital y que llega ni al veinte por ciento viene a ser bastante inferior hecho que podría explicarse a través de la comprensión que la madre ecuatoriana y en general

¹ **Extrapolación.** Atributo que posee la información obtenida a través de los análisis con Estadística inferencial que le permite extender su valor o **extrapolar** a toda la población donde fue tomada la muestra.



latinoamericana tiene sus embarazos en edades muy tempranas en comparación con la mujer de los países desarrollados (15).

Por otro lado, las características demográficas de nuestra población de estudio son similares a las reportadas por la literatura médica. La información que se muestra diferente es la relacionada con los antecedentes obstétricos que en nuestra paciente caracterizan a una madre multípara en tempranas edades (tabla 2).

La información de mayor interés se centra en las características clínicas a las que hemos denominado factores relacionados con el embarazo tardío (tabla 3) y que reafirmarían lo que los reportes especializados indican. En efecto, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, también en nuestra serie son las dos condiciones clínicas más relevantes a la que debe agregarse el sobrepeso, factor que no todos los estudios incluyen en el análisis.

De esta manera, a pesar de las limitaciones propias de los diseños descriptivos con el que realizamos nuestro trabajo, creemos que la información obtenida luego de la culminación del mismo es de utilidad no sólo para la institución en donde fue recabada sino para orientar nuestro ejercicio profesional cuando se trate de dar asistencia a la mujer que se embaraza por sobre su tercera década de su vida.



CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones

- La prevalencia del parto por cesárea después de los 35 años de edad en el Hospital José Carrasco Arteaga muestra una cifra más baja de la que reporta la literatura médica de investigaciones realizadas en países desarrollados.
- Las características clínicas de la mujer que se embaraza por sobre la tercera década de su vida guardan similitud en todos los estudios incluido el nuestro. En efecto, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus son los factores relacionados más relevantes.
- El sobrepeso y la obesidad, en nuestra recopilación, aparecen como una característica de importancia a pesar de que la mayoría de estudios publicados no lo incluyen.

7.2. Recomendaciones

- La realización de este tipo de estudios debe ser permanente en todas las instituciones que como el Hospital José Carrasco Arteaga brindan atención a las necesidades de salud de una gran población que incluye por lo menos seis provincias del sur del país.
- La recomendación de realizar estudios que permiten llegar a un diagnóstico situacional de salud de la población a la que sirven las instituciones ha sido, es y seguirá siendo un clamor de todos los profesionales sanitarios. La información tiene doble utilidad, para la



institución en donde se la recaba y para orientar al profesional en su práctica clínica de la especialidad.

- La comprensión de un nuevo enfoque de la salud de la comunidad que recoge la epidemiología crítica del investigador ecuatoriano Jaime Breilh debería también ser incluida en la salud reproductiva pues pone al alcance del profesional contemporáneo importantes herramientas para la comprensión de la dinámica social en donde el individuo y su derecho a la salud son los elementos más importantes.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berkowitz, G., et al. Delayed childbearing and the outcome of pregnancy. *New England Journal of Medicine*, volumen 322, número 10, 8 de marzo de 1990, págs. 659-664.
2. Bianco, A., et al. Pregnancy outcome at age 40 and older. *Obstetrics and Gynecology*, volumen 87, número 6, junio de 1996, págs. 917-922.
3. Fretts, R.C., Usher, R.H. Causes of fetal death in women of advanced maternal age. *Obstetrics and Gynecology*, volumen 89, número 1, enero de 1997, págs. 40-45.
4. Gilbert, W.M., et al. Childbearing beyond age 40: pregnancy outcome in 24,032 cases. *Obstetrics and Gynecology*, volumen 93, número 1, enero de 1999, págs. 9-14.
5. Ziadeh SM. Maternal and perinatal outcome in nulliparous women aged 35 and older. *Gynecol Obstet Invest.* 2002;54(1):6-10.
6. Ziadeh S, Yahaya A Pregnancy outcome at age 40 and older. *Arch Gynecol Obstet.* 2001 Mar;265(1):30-3.
7. Prysak M, Lorenz RP, Kisly A. Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years and older. *Obstet Gynecol.* 1995 Jan;85(1):65-70.
8. Oboro VO, Dare FO. Pregnancy outcome in nulliparous women aged 35 or older. *West Afr J Med.* 2006 Jan-Mar;25(1):65-8.
9. Abu-Heija AT, Jallad MF, Abukteish F. Maternal and perinatal outcome of pregnancies after the age of 45. *J Obstet Gynaecol Res.* 2000 Feb;26(1):27-30.
10. Berenson AB, Wiemann CM, McCombs SL. Adverse perinatal outcomes in young adolescents. *J Reprod Med.* 1997 Sep;42(9):559-64.
11. Jahromi BN, Hussein Z. Pregnancy outcome at maternal age 40 and older. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2008 Sep;47(3):318-21.
12. Crane JM, White J, Murphy P, Burrage L, Hutchens D. The effect of gestational weight gain by body mass index on maternal and neonatal outcomes. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009 Jan;31(1):28-35.
13. Gilbert WM, Nesbitt TS, Danielsen B. Childbearing beyond age 40: pregnancy outcome in 24,032 cases. *Obstet Gynecol.* 1999 Jan;93(1):9-14.
14. Melchor JC, Rodríguez-Alarcón J, Fernández-Llebrez L, Benito JA, Linares A, Aranguren G. Delayed childbearing and pregnancy outcome. *Zentralbl Gynakol.* 1994;116(10):566-70.
15. Prapas N, Kalogiannidis I, Prapas I, Xiromeritis P, Karagiannidis A, Makedos G. Twin gestation in older women: antepartum, intrapartum complications, and perinatal outcomes. *Arch Gynecol Obstet.* 2006 Feb;273(5):293-7.

**ANEXOS****Anexo 1****Matriz de operacionalización de las variables**

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento		Años cumplidos	Valor absoluto
Peso	Relación entre la densidad de un cuerpo y su volumen		Kg	Valor absoluto
Estatura	Longitud corporal en relación con el crecimiento en su masa corporal		Metros	Valor absoluto
Índice de Masa Corporal	Indicador antropométrico aceptado por la OMS para estimar el peso en relación con la estatura	Peso	Kilogramos	Bajo peso Peso normal Sobrepeso Obesidad
		Estatura	Metros	
Estado civil	Relación de convivencia con respecto de su pareja o familia		Información de la paciente	Soltera Casada Viuda Unión libre Divorciada
Antecedentes ginecológicos y obstétricos	Historia natural de su vida reproductiva	Edad de menarquia	Información de la paciente	Continua
		Gestaciones		
		Partos		
		Abortos		
		Cesáreas		
Antecedentes familiares	Presencia en la familia, de cualquiera de los factores que motivan el estudio	Embarazo > 35 años	Información de la paciente	Categorica
		Hipertensión arterial		
		Sobrepeso		
		Diabetes		
Historia del embarazo actual	Evolución clínica del control del embarazo	Consultas prenatales	Información de la paciente	Categoricas
		Ganancia de peso		
		Hipertensión arterial		
		Diabetes		
		Hemorragias		
		Amenaza de aborto		
		Ruptura membranas		
Presentación anormal				



Anexo 2

PREVALENCIA DE CESÁREAS DESPUÉS DE LOS 35 AÑOS DE EDAD, EN
EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO
ARTEAGA; CUENCA, MARZO DE 2010 A MARZO DEL 2011

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Datos de filiación H CI Teléfono

Edad años Peso kg Estatura m

Estado civil: Soltera **Residencia:** Urbana
Casada Rural

Divorciada **Ocupación:** Empleada
Unión Libre..... Profesional independiente

Instrucción: Primaria..... QQ DD

Secundaria.....
Superior.....

Antecedentes gineco – obstétricos:
Menarquia años
Gestas
Partos
Abortos
Cesáreas

Antecedentes Familiares:
Embarazo > 35 años Miembro de la familia

Hipertensión arterial
Sobrepeso
Diabetes

Historia del presente embarazo:
Consultas prenatales (número)
Ganancia de peso: Sí Cuántos kg.....
Presión sanguínea al inicio del embarazo: / mm Hg
Presión sanguínea actual / mm Hg
Diabetes Glicemia actual

Hemorragias durante el embarazo
Amenaza de aborto
Presentación: (maniobras de Leopold).....
Ruptura prematura de membranas

Observaciones:

.....
.....