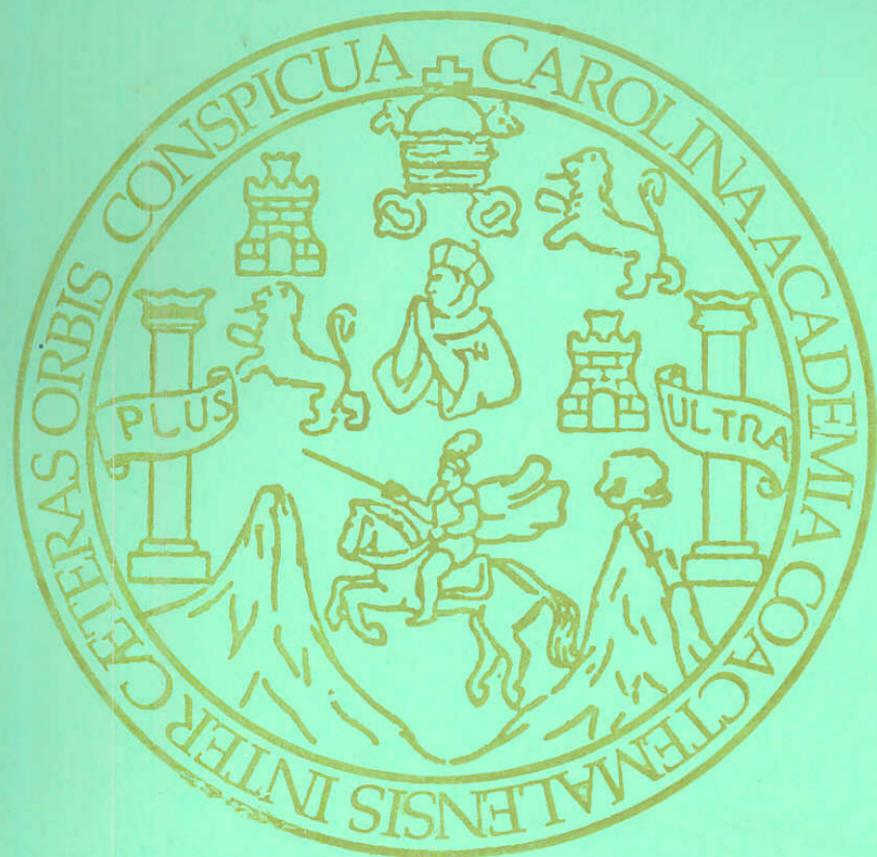


Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas

"Caracterización epidemiológica de la mujer añosa embarazada"



Edwin Roberto Borrayo Romero

Médico y Cirujano

Guatemala, mayo de 2003.

INDICE

	PAGINA
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA	3
CAPITULO II	
JUSTIFICACION	5
CAPITULO III	
OBJETIVOS	7
A. Objetivos Generales	7
B. Objetivos Específicos	7
CAPITULO IV	
REVISIÓN BIBLIOGRAFICA	9
A. Embarazo	9
B. Añosa	9
C. Embarazo en mujer añosa	9
D. Complicaciones maternas	10
E. Mortalidad materna	11
F. Complicaciones fetales y neonatales	12
G. Consideraciones económicas	14
H. Consideraciones demográficas	15
CAPITULO V	
MATERIAL Y METODOS	17
A. Metodología	17
B. Recursos	20

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLOGICA DE LA MUJER AÑOSA EMBARAZADA

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA

POR

EDWIN ROBERTO BORRAYO ROMERO

PREVIO A CONFERÍRSELE EL TITULO DE
MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, MAYO DE 2003.

I. INTRODUCCION.

El problema del embarazo en mujeres ańosas radica en las consecuencias graves que éste genera, tales como, las hemorragias, la hipertensión arterial, diabetes, distosias de contracción, inserciones anómalas de la placenta, anemias, abortos recurrentes, productos de bajo peso al nacer y complicaciones durante el parto. (1,2,3,4,5,6,7,8,9, 10, 11,12,13,14,15,16,17,18,19,26,27,28). Si bien no hay una edad precisa en la cual una mujer se vuelve más susceptible a las complicaciones, la edad de 35 ańos se utiliza como límite de corte. (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11, 12,13,14,15,16,17,18,19,26,27,28,).

En el Departamento de Sacatepequez, en donde la población de mujeres entre las edades de 35 a 49 ańos representó para el ańo 2,002 el 27 % de las mujeres en edad reproductiva (22) y según datos del Hospital General Hermano Pedro de Bethancourt, el 10% de todos los partos atendidos durante ese mismo ańo pertenecieron a éste grupo de mujeres (21), surgió la necesidad de realizar una investigación que permitiera conocer el patrón epidemiológico de los embarazos de mujeres de 35 ańos en adelante.

El estudio descriptivo se realizó en el Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt en el Departamento de Obstetricia, en donde se revisaron 200 fichas clínicas que fueron seleccionadas de forma aleatoria de todos los partos atendidos de mujeres ańosas durante el período del 1 de enero de 2,001 al 31 de diciembre de 2,002.

Esta investigación permitió conocer que el 94 % de pacientes se encontraba entre las edades de 35 a 42 ańos, el 6% se encontraba entre 43 y 47 ańos. El 51 % de mujeres era analfabeta, el 72 % era casada, el 61 % había tenido más de 5 hijos y que el 71.5 % no había tenido control prenatal.

Así mismo se observó que el 75.5% de pacientes era proveniente del departamento de Sacatepequez, que el tipo de parto más frecuente fue el Eutósico Simple (78.5 %), la edad gestacional de los productos se encontraba entre las 37 y 41 semanas en el 90.5 % y el peso de los productos fue adecuado para la edad gestacional en el 79%.

También se observó que en el 27.5 % de los partos se presentaron complicaciones materno-fetales, dentro de las cuales se encontraron preeclampsia severa, agotamiento materno, obitos fetales, bajo peso al nacer, macrosomias, sufrimiento fetal agudo y apgar bajo entre otros.

Si bien de las complicaciones reportadas por la literatura sobre el parto tardío, se encuentran la mortalidad materna y las malformaciones congénitas, estas sí se presentaron durante el período de estudio del 2,001 al 2,002, pero si no se ven reflejadas

en éste estudio es porque el calculo de tamaño de muestra se hizo en base a probabilidades de complicaciones y no en base a la prevalencia de las mismas.

Esto corrobora que el embarazo tardío puede presentar complicaciones graves tanto para la madre como para los productos; que es necesario un control riguroso tanto durante el embarazo como durante el parto por parte de personal altamente capacitado y que éste sea llevado en instalaciones adecuadas para la toma de decisiones pertinentes. También evidencia que en materia de salud reproductiva queda mucho por hacer en el Departamento de Sacatepequez , con el fin de mejorar tanto la calidad de vida de las mujeres como la de sus familias.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA:

Debido al aumento de la incidencia de enfermedades crónicas en función de la edad, no es sorprendente que tanto las complicaciones médicas como las obstétricas se encuentran con más frecuencia en las mujeres mayores. En realidad la edad es un factor de riesgo mucho más importante para las complicaciones durante el embarazo, intra y posparto, que la paridad (3,4,6,7,8,9,10,13)

Aunque no hay una edad precisa más allá de la cual una mujer se vuelve más susceptible a las complicaciones, la edad de 35 años se utiliza a menudo como límite de corte, especialmente en las mujeres que son primíparas pero esto también es cierto para las multíparas (2,3,4,6,8,12,13)

El embarazo en mujeres arias debe ser sujeto de interés ya que dentro de los riesgos que corre una madre encontramos: Hemorragias; Hipertensión arterial, Diabetes, Toxemia gravídica, distocias de contracción, inserciones y adherencias anormales de la placenta, anemias, abortos recurrentes, trabajo de parto prolongado, ruptura uterina, entre otros; esto a su vez puede traducirse en riesgos para el producto del embarazo como retraso del crecimiento intra uterino (RCIU), enfermedades y malformaciones congénitas, bajo peso al nacer (BPAN) y muerte neonatal. (3,4,6,7,8,9,10,13)

La mortalidad materno-infantil es uno de los principales problemas de salud a escala nacional, en Guatemala según el estudio de la línea basal de mortalidad materna para el año 2,000 era de 153 x 100,000 nacidos vivos (20) y la tasa de mortalidad infantil era de 45.0 x 1,000 nacidos vivos (23), datos generales que no nos permiten conocer la tasa de mortalidad materno-infantil en mujeres multíparas arias y sus productos.

En Guatemala, debido a un programa deficiente en materia de salud reproductiva, nuestras mujeres empiezan muy temprano su vida sexual, lo cual en numerosas ocasiones termina en embarazos (23). Estas mujeres continúan teniendo embarazos hasta una edad tardía lo que también representa un riesgo tanto para la madre como para el producto. (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13, 14,15,16,17,18,19,25,26,27)

En el año 2,000 en el departamento de Sacatepéquez se contaba con una población en edad reproductiva de 61,882 mujeres , encontrándose 17,071 mujeres entre 35 y 49 años; en el año 2,002 eran 66,612 mujeres en edad reproductiva y 18,452 de 35 a 49 años y se espera que para el año 2,005 se cuente con una población femenina en edad reproductiva de 78,786 de las cuales 20,666 estarán entre 35 y 49 años (24). Así mismo en el año 2,000 se contó con una tasa de mortalidad materna para el departamento de Sacatepequez de 55.49 X 100,000 nacidos vivos, y para al año 2,001 fue de 60.29 por 100,000 nacidos vivos(22)

En el Hospital Nacional Hermano Pedro de Antigua Guatemala, en donde se atiende en su mayoría a una población rural y creciente, en el año 2,000 se atendieron 4,833 partos y en el año 2001 se atendieron 5,841 , siendo de estos un 10 % de mujeres mayores de 35 años.(21) Por esta razón surge la necesidad de realizar un estudio, hasta la fecha inexistente, que nos permita conocer las características epidemiológicas de las mujeres mayores de 35 años y sus factores de riesgo durante el embarazo y el parto con el fin de prevenir las complicaciones que en éstas mujeres se presentan.

III. JUSTIFICACIÓN.

El problema del embarazo en mujeres añosas radica en las consecuencias graves que éste genera, encontrándose dentro de éstas hemorragias, hipertensión arterial, diabetes, toxemia gravidica, distocias de contracción, inserciones y adherencias anormales de la placenta, anemias, abortos recurrentes, trabajo de parto prolongado y ruptura uterina, entre otros. De acuerdo con la mayoría de estudios, éstas complicaciones afectan principalmente a mujeres mayores de 35 años. (3,4,6,7,8,9,10,13)

Aunque no hay una edad precisa más allá de la cual una mujer se vuelve más susceptible a las complicaciones, la edad de 35 años se utiliza a menudo como límite de corte, debido al aumento de la incidencia de enfermedades crónicas en función de la edad; siendo la edad un factor de riesgo más importante para las complicaciones intra y posparto que la paridad. (2,3,4,6,8,12,13)

En Guatemala, según el estudio de línea basal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del 2,000, la tasa de mortalidad materna era de 153 x 100,000 nacidos vivos (20) ; la tasa de mortalidad infantil era de 45.0 x 1,000 nacidos vivos según el Programa de Salud Reproductiva 2,000 a 2,004 (23). En el departamento de Sacatepéquez la tasa de mortalidad materna para el año 2001 fue de 55.49 por 100,000 nacidos vivos y para el año 2,001 fue de 60.29 (22) pero no se cuenta con datos sobre la tasa de mortalidad materno infantil en aquellas mujeres mayores de 35 años.

En el departamento de Sacatepéquez la población de mujeres en edad reproductiva de 35 a 49 años ha pasado de 17,071 en el 2,000 a 18,452 en el 2,002 y se espera que para el año 2,005 sean 20,666 mujeres (24).

En el Hospital General Hermano Pedro de Bethancourt en el año 2,000 se atendieron 4,833 partos y en el año 2,001 se atendieron 5,841, siendo el 10 % en mujeres mayores de 35 años . (21) Por ésta razón surge la necesidad de realizar un estudio, que permita conocer las características epidemiológicas de la mujer añosa embarazada, tales como la edad más frecuente, el grado de escolaridad, estado civil, paridad, si llevó control prenatal, procedencia, el tipo de parto más frecuente, la edad y el peso del producto al momento del

nacimiento y las complicaciones más frecuentes presentadas tanto en la madre como en el producto pre y posparto; esto con el fin de determinar que características epidemiológicas son factores de riesgo durante el embarazo y el parto para la mujer añosa y su producto.

IV. OBJETIVOS.

A. OBJETIVOS GENERALES:

Caracterización epidemiológica de la mujer añosa embarazada atendidas en el Departamento de Maternidad del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt del 1 de enero del 2001 al 31 de diciembre del 2002.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar :
 - a. Edad materna
 - b. Grado de escolaridad materna.
 - c. Estado civil de la madre.
 - d. Paridad materna a los 35 años.
 - e. Asistencia al control prenatal.
 - f. Procedencia materna.
 - g. Tipo de parto atendido.
 - h. Edad gestacional del producto al momento del parto.
 - i. Peso al nacer del producto.
 - j. Morbilidad durante el embarazo.
 - k. Complicaciones materno-fetal durante el parto.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. EMBARAZO:

Es el estado materno que consiste en llevar un feto en desarrollo dentro del cuerpo. (2)

B. AÑOSA:

Término que se utiliza en gineco-obstetricia para designar a la mujer que cuenta con 35 años o más. (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,)

C. EMBARAZO EN MUJERES AÑOSAS:

Durante la década pasada, debido a que las mujeres mayores y a menudo bien instruidas retrasaban la maternidad, la proporción de mujeres que dieron a luz con más de 35 años aumentó principalmente en países desarrollados; pero la gran cantidad de mujeres en edad reproductiva que continúan teniendo hijos en países en vías de desarrollo también ha dado por resultado que un gran número de mujeres mayores de 35 años continúen teniendo hijos. (2,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,25,26,27)

De acuerdo con la mayoría de estudios, hay numerosas complicaciones en el embarazo – que afectan tanto a la madre como al feto o al neonato- entre mujeres con más de 35 años. Aunque no hay una edad precisa más allá de la cual una mujer se vuelve más susceptible a las complicaciones, la edad de 35 se utiliza a menudo como límite de corte, especialmente al referirse a las mujeres que son primíparas. (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,25,26,27)

Es bien conocido para los que prestan asistencia obstétrica, que las mujeres mayores de 35 años embarazadas, son más susceptibles a padecer resultados adversos durante el embarazo y el parto; esto es cierto tanto para las mujeres nulíparas como para las múltiparas. (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,25,26,27)

D. COMPLICACIONES MATERNAS:

Debido al aumento de la incidencia de las enfermedades crónicas en función de la edad, no es sorprendente que tanto las complicaciones médicas como las obstétricas se encuentren con mucho más frecuencia en las mujeres embarazadas mayores de 35 años. De acuerdo a numerosos estudios, la edad es un factor de riesgo mucho más importante para las complicaciones intraparto que la paridad. Se ha demostrado un

significativo aumento en el riesgo de hipertensión tanto crónica como inducida por el embarazo, diabetes, aunque un riesgo disminuido de embarazos prolongados en las mujeres multíparas mayores de 35 años.

(1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,25,26,27)

Debido a que la gravedad de muchos cuadros aumentan a lo largo de su duración, es probable que las mujeres embarazadas mayores puedan tener alteraciones crónicas más avanzadas. El mejor ejemplo de éste concepto es la diabetes, una situación que aumenta su incidencia con la edad. La mayor parte de mujeres diabéticas tipo II, o sea no insulino dependientes son de 40 años o mayores. Así mismo, las complicaciones vasculares de la diabetes están directamente relacionadas con el tiempo de duración desde que la diabetes se convierte en clínicamente evidente. (3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,25,26,27)

Las complicaciones debidas a la obesidad, la diabetes y a las alteraciones hipertensivas del embarazo (preeclampsia eclampsia) así como los miomas uterinos, se encuentran con una frecuencia incrementada en las mujeres embarazadas mayores de 35 años, en comparación con la edad "ideal" de parto de 20 a 25 años. En diferentes estudios la hipertensión crónica complicó del 10 al 20 por ciento de los embarazos de mujeres mayores de 35 años. La diabetes de tipo II aumenta también en frecuencia con la edad, y hay una incidencia mucho más alta de diabetes gestacional así como diabetes previa en las mujeres mayores que en las más jóvenes. Además junto con la edad de la mujer embarazada aumenta la frecuencia de complicaciones médicas y quirúrgicas del embarazo, dentro de las que se encuentran alteraciones cardiovasculares, neurológicas, del tejido conectivo, renales y pulmonares, así como alcoholismo y cáncer. Por ésta razón el ingreso de las mujeres añosas embarazadas al hospital durante su embarazo es más frecuente que el de las más jóvenes. (1,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,25,26,27)

Lehmann y Chism enfatizaron durante un estudio en mujeres añosas embarazadas que tenían también mayores complicaciones médicas posparto, especialmente complicaciones trombóticas, edema pulmonar y hemorrágicas. La alta incidencia de insuficiencia cardiaca en éstas mujeres a menudo está relacionado con una hipertensión crónica subyacente. (9,15)

Entre otras complicaciones se encuentra el aumento de hemorragias maternas provenientes tanto de un desprendimiento de placenta, por una hipertensión crónica, como de una placenta previa, riesgo que aumenta con la edad. De acuerdo con datos del Collaborative Perinatal Project (1980), la incidencia del desprendimiento de placenta y la placenta previa aumentan en una de cada tres mujeres, con incrementos de 10 años por encima de los 35. Mas recientemente Lehmann y Chism (1987) comunicaron una incidencia en mujeres de más de 40 años del 3.2 por ciento de desprendimiento de placenta, en comparación con el 0,4 por ciento en menores de 35 años.(1,3,4,6,9,15,25,26,27)

De acuerdo a numerosos estudios, el índice de cesáreas está sustancialmente aumentado, siendo éste aumento tanto para las nulíparas como para las múltiparas. Esto es el resultado de múltiples factores que incluyen aumento de alteraciones hipertensivas, diabetes, trabajo de parto pretérmino, accidentes placentarios y trabajo de parto prolongado, éste último principalmente en primigestas. Otro factor que en los últimos años ha jugado un papel importante en el aumento de las cesáreas es el concepto de feto valioso y la necesidad de asegurarse por parte de los obstetras que todo salga bien tanto para la madre como para el producto de un embarazo el cual puede desarrollarse y se ha catalogado como, de alto riesgo. (1,3,4,6,9,11,13,15,16, 18,19,25,26)

E. MORTALIDAD MATERNA:

Dada la multitud de complicaciones tanto médicas como obstétricas que pueden complicar el embarazo en mujeres mayores, no es sorprendente que la tasa de mortalidad materna esté aumentada. De acuerdo con datos reportados en el Center for Disease Control, la tasa de mortalidad para las mujeres mayores de 35 años era de 58 por 100.000, lo que representa un aumento de cuatro veces sobre las mujeres de 20 a 34 años. Este riesgo aumentado en las mujeres mayores parece deberse principalmente a una asociación más frecuente de embarazo y situaciones médicas preexistentes. (3,4,5,6,7,8,9,10, 11,13,15,16,17,19,25,26)

Dentro de las principales causas de mortalidad materna encontramos trastornos hipertensivos tales como preeclampsia y eclampsia, problemas hemorrágicos ocasionados por desprendimiento prematuro de placenta, como por placenta previa, a éstos se le suman problemas hemorrágicos posparto. (1,4,5,6,9,10,11,13,14,15,17,20,23)

F. COMPLICACIONES FETALES Y NEONATALES.

Con el incremento de la edad de la madre, menos embarazos terminan en nacimientos vivos debido al aumento concomitante de abortos espontáneos, abortos inducidos y mortinatos. (3,4,6,8,9,12,13,14,17,18,25,26)

1. Abortos.

En las mujeres mayores la pérdida de los embarazos tempranos se incrementa debido a la cantidad excesiva de abortos espontáneos y a las anomalías cromosómicas. La difusión generalizada de la detección de los defectos fetales, en especial en mujeres mayores de 35 años, también es indudablemente un factor que influye en la tasa creciente de abortos inducidos.(3,4,6,8,9,12,13,14,17,18,25,26)

La mayoría de estudios epidemiológicos indican que las mujeres mayores tienen un riesgo mayor de tener abortos espontáneos. Hansen (1986) revisó cinco estudios realizados en Estados Unidos, uno en Canadá y uno en Hungría. El autor concluyó en que la frecuencia de abortos espontáneos aumentaba de un modo consistente con la edad, con un aumento de 4 veces cuando se compararon mujeres en la década de los 40 años con respecto a las que se encontraban en los 20 años. (9)

Debido a que la mayoría de pérdidas espontáneas del primer trimestre y el 30 por ciento de las del segundo trimestre están asociadas con anomalías cromosómicas, al menos parte de este aumento está relacionado con el riesgo conocido asociado con la edad de anomalías del cariotipo fetal. También parece ser importante los efectos de situaciones médicas preexistentes. (3,4,6,8,9,12,13,14,17,18,)

2. Parto pretérmino y retardo del crecimiento fetal.

En las mujeres de más de 35 años la incidencia de recién nacidos de bajo peso está aumentada debido al parto pretérmino espontáneo o inducido, así como al retardo del crecimiento fetal. Numerosos estudios muestran que en las mujeres mayores de 35 años la incidencia de recién nacidos de bajo peso está aumentada al doble en comparación con los controles más jóvenes. Tuck y col. (1988) comunicaron que el riesgo relativo para el parto antes de las 37 semanas en las mujeres primigrávidas de más de 35 años estaba aumentado cuatro veces en comparación con mujeres entre los 20 y 25 años (6,1 vs 1,5 %) El 8,2 por ciento de madres mayores, tuvieron recién nacidos con peso menor de 2,500 g, comparados con el 3,6 por ciento de los controles más jóvenes. (3,4,6,12,13,14,17,18,24)

El impacto de las complicaciones hipertensivas sobre el bajo peso al nacer fue demostrado en 1987 por Lehmann y Chism , otros estudios han coincidido con dichos resultados y han reportado incidencias del 32 por ciento de partos de bajo peso al nacer en mujeres de 35 años y más en comparación con mujeres de 20 a 25 años. (3,4,6,9,12,13,14,15,17,18,19,25)

3. Macrosomia.

Las mujeres mayores tienen una incidencia más alta de recién nacidos macrosómicos cuando se las compara con las mujeres más jóvenes, 9 por ciento vs 4 por ciento respectivamente. Los recién nacidos grandes 4000 g o más, presentan riesgos perinatales importantes debido a una dificultad en el parto, y la distocia de hombros es una de las causas principales de morbilidad. (3,4,6,9,12,13,14,15,17,18,19,25)

4. Malformaciones Congénitas.

Algunas de las complicaciones del embarazo más devastadoras en mujeres mayores, son las malformaciones fetales como las aberraciones cromosómicas, especialmente las aneuploidias que se observan en 1 de cada 50 mujeres alrededor de la edad de los 40 años. La asociación de la edad y las anomalías congénitas no relacionadas con aneuploidias es un poco menos clara, dentro de estos se encuentra el síndrome de Down, el cual si bien puede presentarse en cualquier edad se observa con una mayor incidencia en mayores de 40 años, específicamente 8,8 por 1000 mujeres mayores de 40 años, comparada con el 6,6 para mujeres de 35 años. (3,4,6,8,9,10,11, 13, 14, 16,18,19,25,26,27)

5. Mortalidad Perinatal.

La mortalidad perinatal está aumentada de un modo considerable, y principalmente los mortinatos intervienen en este aumento. Si bien es cierto que en países donde la tecnología juega un papel importante en la maternidad de mujeres arias, también juega un papel importante para la disminución de la mortalidad perinatal; no así en países en vías de desarrollo donde la fertilidad de las mujeres mayores suele ser más alta, pero no se cuentan con alta tecnología o con el poder adquisitivo para procurársela, allí la tasa de muerte perinatal es más alta.(1,2,3, 4,6,8,9,10,11,13,14,16,18,19,25,26,27)

6. Mortalidad Infantil.

La mortalidad infantil está considerablemente aumentada en mujeres mayores, esto se calcula a partir de los recién nacidos vivos que mueren dentro del primer año. De acuerdo al National Infant Mortality Surveillance de 1988, el cual presentó resultados de un estudio de 1,6 millones de mujeres de 25 a 49 años, el riesgo de muerte infantil fue casi igual para las mujeres de 25 a 29 años en comparación con las de 30 a 34 años, los niños de madres de 35 a 39 años tenían un riesgo de mortalidad aumentado en un 18 por ciento mientras que aquellos nacidos de madres de entre 40 y 49 años tenían un riesgo aumentado del 69 por ciento. (3,4,6,7,8,9,10,11,13,14,17,18,19,)

G. CONSIDERACIONES ECONOMICAS.

La mayoría de personal que brinda atención obstétrica enfatiza que la complejidad de la atención dada a las mujeres embarazadas de 35 años o más, había originado un aumento de los costos. Específicamente mencionaron el aumento de la necesidad de atención prenatal de alta tecnología, que incluía asesoramiento genético y diagnóstico prenatal, amniocentesis, exámenes ultrasónicos y pruebas para evaluar el bienestar fetal. El aumento de los costos parece inevitable dada la mayor incidencia de los partos pretermino y de la consiguiente necesidad del cuidado intensivo neonatal. Así mismo la incidencia aumentada al doble de las hospitalizaciones prolongadas durante el embarazo también contribuye al aumento de los costos médicos. (1,3,6,7,8, 10, 11,12,13,16,17,18,25,26,27)

H. Consideraciones Demográficas

El departamento de Sacatepequez está conformado por 16 municipios, los cuales a su vez están conformados por 116 aldeas. Cuenta con una población de 276, 760 habitantes (72% urbano, 38% rural) de los cuales el 60% son indígenas.(22)

El porcentaje de alfabetismo es de 72%, aunque es importante mencionar que de estos el 67% solo cuentan con educación primaria, el porcentaje de analfabetas es del 38%. El departamento cuenta con una población económicamente activa del 32%, de los cuales el 24 % está subocupado y el 31 % no está ocupado en ningún tipo de actividad económica; esto provoca que el 65% de la población de Sacatepequez viva en pobreza y el 35% en pobreza extrema.(22)

De acuerdo a los informes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la población de Sacatepequez recibe servicios de salud en un 86% por el ministerio, un 5% por instituciones como el IGSS e instituciones privadas y un 9% no cuenta con servicios de salud.(22)

Según el informe anual de epidemiología del Hospital Nacional de Antigua, las 5 primeras causas de morbilidad para la población en general fueron: Dermatitis, enfermedades respiratorias agudas, hernias, fracturas y caries. Las 3 primeras causas de morbilidad materna fueron : puerperio complicado, endometritis y abortos incompletos.(21)

Según las proyecciones de población, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para Sacatepequez la población femenina en edad reproductiva (15- 49 años) era de 64,197 para el año 2,001 y 66,612 para el año 2,002 de éstas el 27.6% y el 27.7% respectivamente se encontraban entre 35 y 49 años.(24)

El Hospital Nacional de Antigua Guatemala, Hermano Pedro de Bethancourt, fue fundado en 1,976 en la ciudad de Antigua Guatemala; de donde fue trasladado a la aldea San Felipe de Jesús, por mejoras de infra estructura y calidad de servicios, lugar donde se encuentra actualmente. Este hospital fue creado para brindar asistencia a la población de Sacatepequez, pero por ser un hospital nacional no solo atiende personas provenientes de éste departamento; ya que en los últimos 5 años se ha observado un aumento de la cantidad de pacientes provenientes del departamento de Chimaltenango, Tecpan, y la ciudad capital entre otros, llegando a representar hasta el 40 % de las consultas anuales.(21)

VI. MATERIAL Y METODOS

A. METODOLOGIA:

1. Tipo de Estudio:

Descriptivo

2. Unidad de Análisis:

Ficha clínica de mujeres embarazadas de 35 años y más de edad atendida durante el embarazo y/o parto en la maternidad del Hospital Nacional de Antigua.

3. Población de Estudio:

1,000 Expedientes clínicos de mujeres embarazadas mayores de 35 años, atendidas por embarazo, en el Hospital Nacional Hermano Pedro de Betancourt del 1 de enero del 2,001 al 31 de diciembre del 2002.

4. Tamaño de Muestra:

200 Fichas clínicas seleccionadas de forma aleatoria, con un intervalo de confianza del 95 % para el cual se utilizó la siguiente formula:

$$N = \frac{Z^2 (q) (p)}{(0.05)^2} \qquad N = \frac{1.96^2 (0.9) (0.1)}{(0.05)^2} = 138$$

En donde N es la muestra, Z es el intervalo de confianza de un muestra infinita, q es el complemento y p es la probabilidad. Se realiza el índice de prevalencia de las complicaciones materno-fetales más comunes durante el embarazo de mujeres añosas, por lo cual se decide aumentar el número de muestra a 200 con el fin de abarcar el mayor número de complicaciones que pudieran presentarse dentro de la muestra.

4. Definición de Variables:

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	MEDICION
EDAD MATERNA	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Años de edad al ingreso hospitalario	Numérica	años de edad
GRADO DE ESCOLARIDAD	Ultimo año aprobado que curso	Se tomará de la ficha clínica el dato proporcionado por la paciente sobre el último año cursado.	Numérica	Primaria (1,2,3,4,5,6) Básicos(1,2,3) Diver.(1,2,3) Univer. (1,2,3,4,5,6)
ESTADO CIVIL	Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Se recaudará de la ficha clínica si es casada, unida, soltera.	Nominal	Casada, Unida Soltera
PARIDAD	Estado de haber parido uno o más lactantes de 500 gramos o más vivos o muertos	Se recaudará de la ficha clínica cuantos hijos vivos o muertos ha parido	Numérica	Número de partos
CONTROL PRENATAL	Conjunto de actividades que se ejercen sobre la embarazada con la finalidad de obtener el mejor grado de ésta y de su producto	Se tomará de la ficha clínica la respuesta de la madre en cuanto a si tuvo o no control prenatal, sin importar el número de veces	Nominal	SI, NO
PROCEDENCIA	Lugar de residencia actual o hasta el momento del parto	Se recaudará de la ficha clínica la respuesta de la madre en cuanto el lugar de su residencia, nombre del departamento y municipio.	Nominal	Chimaltenango, Tecpan, Sacatepequez, Mixco, Ciudad Guatemala, Etc.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	MEDICIÓN
TIPO DE PARTO	Método utilizado en la extracción del producto de la gestación en un	Se recaudará de la ficha clínica el tipo de resolución del parto presentado	Nominal	Parto Eutósico Simple, Parto distósico, casárea

	embarazo intrauterino			
EDAD GESTACIONAL DEL PRODUCTO AL NACER	Tiempo transcurrido desde la concepción hasta el nacimiento según Capurro.	Se recaudará de la ficha clínica la edad gestacional en semanas estimadas por el personal que atendió el parto	Numérica	Numero de semanas
PESO DEL PRODUCTO AL NACER	Cantidad de masa del producto medida en gramos	Se recaudará de la ficha clínica el peso acordado en gramos, del producto al momento de su nacimiento	Numérica	Cantidad en gramos
MORBILIDAD MATERNA DURANTE EL EMBARAZO	Se considera como tal todo fenómeno que afecte negativamente a la madre	Tipo de morbilidad asociadas a la madre durante el embarazo	Nominal	Abortos, ruptura prematura de membranas , trastornos hipertensivos, diabetes, inserción anómala de la placenta, hemorragias
COMPLICACIÓN MATERNO - FETAL DURANTE EL PARTO	Se considera como todo fenómeno que afecte negativamente a la madre y al producto durante el parto	Tipo de complicaciones asociadas a una edad materna de 35 años o más	Nominal	Muerte materna, distocias de contracción, parto prematuro, parto prolongado, retención de placenta, prematures, bajo peso al nacer, APGAR menor de 5 Síndrome de aspiración de meconio, mortinato, muerte neonatal, anomalías cromosómicas y congénitas, macrosomía.

5. Plan para la Recolección de Datos:

Luego de la obtención de los permisos correspondientes, se consultó los libros de labor y parto con el fin de recaudar los números de expedientes de toda mujer de 35 años y más que haya sido atendida en dicha maternidad. Con los números de expedientes, se solicitaron los mismos al departamento de archivo para su consulta y recolección de los

datos necesarios para la investigación; estos datos se extrajeron principalmente de la hoja del Centro Latino Americano de Atención Perinatal (CLAP) , luego se tabularon en una hoja previamente elaborada.

6. Plan de Análisis:

Por ser un estudio descriptivo, se aplicó procedimiento de estadística descriptiva, utilizando valores de frecuencia y porcentajes para determinar los patrones generales de ocurrencia.

7. Aspectos Éticos de la Investigación:

En el presente trabajo no se experimentó o lesionó la integridad de las personas, a condición de recolectar la información a través de las fichas clínicas del Departamento de Maternidad del Hospital Hermano Pedro de Antigua Guatemala y de conservar la discreción y privacidad pertinente de los datos recaudados.

B. RECURSOS:

1. Materiales:

- a. Económicos.
- b. Físicos:
 - i. Servicios de emergencia y labor y partos del Hospital Pedro de Bethancourt, Libro de registros.
 - ii. Fichas clínicas de la maternidad del Hospital Pedro de Bethancourt.
 - iii. Bibliotecas.

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A. CUADRO 1.

Edad de Pacientes Añosas Embarazadas Atendidas en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

1 de enero de 2,001 al 31 de diciembre de 2,002.

No	EDAD MATERNA	FRECUENCIA	%
1	35 años	34	17.0
2	36 años	26	13.0
3	37 años	27	13.5
4	38 años	29	14.5
5	39 años	29	14.5
6	40 años	19	9.5
7	41 años	9	4.5
8	42 años	15	7.5
9	43 años	6	3.0
10	44 años	3	1.5
11	45 años	2	1.0
12	46 años	0	0.0
13	47 años	1	0.5
	Total	200	100.0

Fuente :Registros Clínicos

B. CUADRO 2

Escolaridad de Mujeres Añosas Embarazadas Atendidas en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.
1 de enero de 2,001 al 31 de diciembre de 2,002

No	GRADO DE ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
1	Analfabetas	102	51.0
2	Primero Primaria	15	7.5
3	Segundo Primaria	22	11.0
4	Tercero Primaria	14	7.0
5	Cuarto Primaria	10	5.0
6	Quinto Primaria	3	1.5
7	Sexto Primaria	25	12.5
8	Primero Básico	1	0.5
9	Segundo Básico	0	0.0
10	Tercero Básico	5	2.5
11	Cuarto Diversificado	0	0.0
12	Quinto Diversificado	0	0.0
13	Sexto Diversificado	3	1.5
14	Universidad	0	0.0
	Total	200	100.0

FUENTE: Fichas Clínicas

C. CUADRO 3

Estado Civil de Mujeres Añosas Embarazadas Atendidas en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.
1 de enero 2,001 al 31 de diciembre de 2,002.

No	ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
1	SOLTERA	7	3.5
2	CASADA	145	72.5
3	UNIDA	48	24.0
	TOTAL	200	100.0

Fuente: Fichas Clínicas.

D. CUADRO 4

Paridad de Mujeres Añosas Embarazadas Atendidas en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.
1 enero de 2,001 al 31 de diciembre de 2,002.

No	PARIDAD MATERNA	FRECUENCIA	%
1	PRIMIGESTA	11	5.5
2	1 HIJOS	9	4.5
3	2 HIJOS	16	8.0
4	3 HIJOS	22	11.0
5	4 HIJOS	20	10.0
6	5 HIJOS	24	12.0
7	6 HIJOS	24	12.0
8	7 HIJOS	16	8.0
9	8 HIJOS	21	10.5
10	9 HIJOS	8	4.0
11	10 HIJOS	11	5.5
12	> 10 HIJOS	18	9.0
	TOTAL	200	100.0

Fuente: Fichas Clínicas

E. CUADRO 5

Asistencia al Control Prenatal por Mujeres Añosas Embarazadas
Atendidas en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.
1 enero de 2,001 al 31 de diciembre de 2,002.

No	CONTROL PRENATAL	FRECUENCIA	%
1	SI	57	28.5
2	NO	143	71.5
	TOTAL	200	100.0

Fuente: Fichas Clínicas.

F. CUADRO 6

Procedencia de Mujeres Añosas Embarazadas Atendidas en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

1 enero de 2,001 al 31 de diciembre de 2,002.

No	PROCEDENCIA	FRECUENCIA	%
1	ANTIGUA	33	16.5
2	SN. LUCAS	21	10.5
3	CIUDAD VIEJA	16	8.0
4	STA. MARIA DE JESUS	13	6.5
5	JOCOTENENGO	12	6.0
6	ALOTENANGO	10	5.0
7	SN. MIGUEL DUEÑAS	10	5.0
8	PASTORES	7	3.5
9	SANTIAGO SACATEPEQUEZ	6	3.0
10	STA. LUCIA MILPAS ALTAS	5	2.5
11	SN. PEDRO SACATEPEQUEZ	3	1.5
12	MAGDALENA MILPAS ALTAS	3	1.5
13	SN. FELIPE DE JESUS	3	1.5
14	STA. CATARINA BARAHONA	3	1.5
15	SN. MATEO MILPAS ALTAS	2	1.0
16	STA. MARIA CAUQUE	2	1.0
17	PARRAMOS	6	3.0
18	PATZICIA	6	3.0
19	CHIMALTENANGO	6	3.0
20	SANTIAGO AGUAS CALIENTES	4	2.0
21	SN. ANDRES ITZAPA	4	2.0
22	SN. JUAN COMALAPA	4	2.0
23	SN. MARTÍN JILOTEPEQUE	3	1.5
24	TECPAN	2	1.0
25	PATZUN	3	1.5
26	ACATENANGO	2	1.0
27	MIXCO	3	1.5
28	OTROS *	8	4.0
29	TOTAL	200	100.0

Fuente: Fichas Clínicas.

*Ciudad Guatemala, Villa Nueva , Escuintla, Zaragoza, Boca del Monte.

G. CUADRO 7

Tipo de Parto Atendido en Mujeres Añosas Embarazadas en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.
1 enero de 2,001 al 31 de diciembre de 2,002.

No	TIPO DE PARTO	FRECUENCIA	%
1	PARTO EUTOSICO SIMPLE	157	78.5
2	CESAREA	40	20.0
3	PARTO DISTOSICO SIMPLE	2	1.0
4	GEMELAR	1	0.5
	TOTAL	200	100.0

Fuente: Fichas Clínicas.

H. CUADRO 8

Edad Gestacional del Producto de Mujeres Añosas Atendidas en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.
1 enero de 2,001 al 31 de diciembre de 2,002.

No	EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	%
1	< 37 SEMANAS	12	6.0
2	37 SEMANAS	12	6.0
3	38 SEMANAS	34	17.0
4	39 SEMANAS	58	29.0
5	40 SEMANAS	64	32.0
6	41 SEMANAS	13	6.5
7	42 SEMANAS	7	3.5
	TOTAL	200	100.0

Fuente: Fichas Clínicas.

I. CUADRO 9

Peso al Nacer del Producto de Mujeres Añosas Atendidas en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.
1 enero de 2,001 al 31 de diciembre de 2,002.

No	PESO DEL PRODUCTO	FRECUENCIA	%
1	< 2,500 GRAMOS	19	9.5
2	2,500 A 3,800 GRAMOS	158	79.0
3	> 3,800 GRAMOS	23	11.5
	TOTAL	200	100.0

Fuente: Fichas Clínicas.

J. CUADRO 10

Morbilidad Presentada Durante el Embarazo en Mujeres Añosas Atendidas en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.
1 enero de 2,001 al 31 de diciembre de 2,002.

No	MORBILIDAD	FRECUENCIA	%
1	SI	24	12.0
2	NO	176	88.0
	TOTAL	200	100.0

Fuente: Fichas Clínicas.

K. CUADRO 11.

Morbilidad Durante el Embarazo de Mujeres añosas Atendidas en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.
1 enero de 2,001 al 31 de diciembre de 2,002.

No	MORBILIDAD	FRECUENCIA	%
1	DIABETES	5	2.5
2	PREECLAMPSIA	5	2.5
3	PLACENTA PREVIA	2	1.0
4	ABORTO INCOMPLETO	2	1.0
5	TRAUMA MATERNO	2	1.0
6	HIPOTIROIDISMO	1	0.5
7	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	1	0.5
8	TRABAJO DE PARTO PREMATURO	1	0.5
9	OLIGOHIDRAMNIOS	1	0.5
10	SIN MORBILIDAD	180	90.0
	TOTAL	200	100.0

Fuente: Fichas Clínicas.

L. CUADRO 12.

Morbilidad Fetal Durante el Embarazo de Mujeres Añosas Atendidas en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.
1 enero de 2,001 al 31 de diciembre de 2,002.

No	MORBILIDAD FETAL	FRECUENCIA	%
1	PRESENTACIÓN PODALICA	3	1.5
2	OBITO FETAL	1	0.5
	TOTAL	4	2.0

Fuente: Fichas Clínicas.

M. CUADRO 13.

Complicaciones Durante el Parto de Mujeres Añosas Atendidas en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

1 enero de 2,001 al 31 de diciembre de 2,002.

No	COMPLICACIONES	FRECUENCIA	%
1	SI	55	27.5
2	NO	145	72.5
		200	100.0

Fuente: Fichas Clínicas.

N. CUADRO 14.

Complicaciones Presentadas Durante el Parto de Mujeres Añosas Atendidas en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

1 enero de 2,001 al 31 de diciembre de 2,002.

No	COMPLICACIONES	FRECUENCIA	%
1	PRECLAMPSIA SEVERA	5	2.5
2	UTILIZACIÓN DE FORCEPS	2	1.0
3	AGOTAMIENTO MATERNO	1	0.5
4	CORIOAMNIOITIS	1	0.5
5	DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO	1	0.5
6	EDEMA VULVAR	1	0.5
7	OLIGOHDRAMNIOS	1	0.5
8	SITUACIÓN TRANSVERSA	1	0.5
9	BAJO PESO AL NACER	24	12.0
10	MACROSOMIA	23	11.5
11	SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	15	7.5
12	APGAR BAJO	13	6.5
13	PREMATUREZ	12	6.0
14	SÍNDROME DE ASPIRACIÓN DE MECONIO	5	2.5
15	DESPROPORCION CEFALO PELVICA	5	2.5
16	SEPSIS NEONATAL	3	1.5
17	OBITO FETAL	2	1.0
18	MUERTE NEONATAL	1	0.5
	SIN COMPLICACIONES	145	72.5
	TOTAL	200	100.0

Fuente: Fichas Clínicas.

VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Para este estudio se tomó una muestra representativa de 200 expedientes, calculado con un intervalo de confianza del 95 %, sobre los 1,000 expedientes que conforman la totalidad de partos atendidos de mujeres añosas entre el 1 de enero de 2,001 al 31 de diciembre de 2,002.

El 94 % de pacientes seleccionadas se encontraba entre las edades de 35 a 42 años, siendo la edad de 35 años donde más partos se produjeron (17 %) , el 6% restante era de mujeres entre las edades de 43 a 47 años . (cuadro No. 1). Esto indica que contrariamente a países desarrollados en donde el porcentaje de embarazos tardíos se encuentra en aumento debido a los adelantos en materia de salud reproductiva y al alto grado de información sobre los riesgos de éstos embarazos, las mujeres deciden dicho embarazo luego de realizarse como profesionales (2,3,4,5,6,7,8,9,10, 11,12,14, 15, 17,19,25,26,27), en el departamento de Sacatepequez donde el 51% de las mujeres era analfabeta, el 44.5% había cursado algún grado de primaria y ninguna había llegado a la universidad, así como el 61 % había tenido más de 5 hijos, sin importar los riesgos que esto conlleva, tanto para ellas como para sus productos, evidencia la debilidad en educación en materia de Salud Reproductiva dentro de este grupo de mujeres.

El análisis del estado civil de las mujeres añosas atendidas en el Hospital Nacional Pedro de Betancourt en el departamento de obstetricia, reflejó que el 72.5% era casada, el 24 % vivía en unión libre y que 3.5% era soltera.(cuadro No. 3). Estos son valores esperados que puede corresponder a un factor socio-cultural, pues en áreas rurales los divorcios no son tan comunes como en el área urbana, ya que esto no es bien visto por ciertos grupos étnicos y religiosos.

Un dato impresionante y lamentable es que el 71.5 % de mujeres no asistió a control prenatal.(cuadro No.5). Es un hecho preocupante pues si recordamos que el 61 % de mujeres había tenido más de 5 hijos, deberíamos preguntarnos si éstas mujeres recibieron algún tipo de información sobre el control prenatal durante sus embarazos anteriores, pues esto parece reflejar que para la mujer añosa y múltipara, el control prenatal no es importante para ellas y sus productos.

El 75.5 % de pacientes provenía del departamento de Sacatepequez, siendo las provenientes de Antigua el mayor porcentaje (16.5 %), seguido de San Lucas y Ciudad Vieja (10.5 % y 8 % respectivamente) . 19 %

provenía del departamento de Chimaltenango y el 5.5 % de otras regiones como Escuintla, Mixco, Villa Nueva y ciudad Guatemala.(cuadro No. 6). Esto permite observar que siendo un Hospital para la atención de la población de Sacatepequez y que los otros sitios de afluencia cuentan también con hospitales, el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt brinda un servicio de calidad para que un 24.5% de su afluencia venga de otros departamentos y municipios en busca de sus servicios; aunque debe también tomarse en cuenta la cercanía de los municipios, la comodidad de acceso para las pacientes como otras razones para dicha afluencia. Si bien es un dato alentador debe de ser tomado con cautela pues de continuar la afluencia de otros municipios, deberá vigilarse la suficiente asignación de recursos económicos y humanos, así como un equipamiento y mantenimiento suficiente.

El tipo de parto más atendido fue el Eutósico Simple (78.5 %), las cesareas representaron un 20%, los partos distósicos 1 % y los gemelares 0.5 %.(cuadro No. 7). Estos datos corroboran lo descrito por la literatura en donde el número de cesareas aumenta al doble en mujeres mayores de 35 años, éstas varían en el orden de 40 por cada 100 nacimientos en primigestas y hasta 20 por cada 100 nacimientos en múltiparas (1,3,4,6,7,9,10,12,14,15,17,27). Si bien en su mayoría los partos se realizaron de forma natural, un 20% necesitó la atención oportuna de médicos especialistas para realizar una cesarea, lo que confirma que un embarazo tardío representa un riesgo tanto para la madre como para los productos y que éstos deben ser monitorizados por personal altamente capacitado y en lugares adecuados para la toma de decisiones oportunas.(1,3,4,6,7,9,10,12,14,15,17,27)

El 90.5 % de los hijos de pacientes añosas atendidas en el Hospital Pedro de Bethancourt, se encontraron entre las 37 y 41 semanas de edad gestacional al momento de nacer, el 6 % fueron prematuros con menos de 37 semanas y el 3.5 % fueron postérmino con 42 semanas y más.(cuadro No.8). Según Tuck y Col. (1,998) el riesgo relativo para el parto antes de las 37 semanas se encontraba en 6.1% en mujeres añosas en comparación al 1.5 % entre mujeres más jóvenes de 20 y 25 años (9), dato que corresponde al hallado durante éste estudio y de donde se confirma la necesidad de un control prenatal adecuado por personal capacitado y que éste sea realizado en instalaciones que cuenten con el personal y equipo necesario para atender complicaciones de la madre como del producto de ésta, si fuera necesario.

El peso de los productos en un 79% fue adecuado para la edad gestacional al momento del parto, 11.5 % presentó macrosomía o sea un peso mayor a 3,800 g. y un 9.5 % eran de bajo peso al momento de nacer. (cuadro No. 9). Según numerosos estudios el peso de los productos se ve grandemente afectado por la multiparidad de las madres, los embarazos poco espaciados y las enfermedades concomitantes de mujeres añosas (1,3,4,6,7,8,9,11,12,13,14,16,17,18,19,23,25,27). Numerosos estudios, como el realizado por Tuck y Col. (1998) mostraron que el porcentaje de macrosomía en

mujeres ańosas era del orden del 9% y el bajo peso al nacer era de 8.2 % en comparaci3n con sus controles m1s j3venes entre 20 y 25 ańos (9). Resultados que son similares a los reflejados en 3ste estudio; por lo que nuevamente surge la necesidad de insistir en una adecuada educaci3n en materia de salud reproductiva para evitar posibles complicaciones durante el embarazo y parto tanto para la madre como para su hijo.

Por lo que a morbilidad durante el embarazo corresponde, el 88% de mujeres tuvieron un embarazo normal sin complicaciones, el 12 % present3 morbilidad, dentro de la que se encontr3: Diabetes 2.5 %, preeclampsia 2.5%, placenta previa 1%, aborto incompleto 0.5 % entre otros.(cuadros No. 10 y 11). Numerosos estudios concuerdan en que la edad materna es un factor mucho m1s importante para las complicaciones durante el embarazo y parto que la paridad, debido a enfermedades cr3nicas que en funci3n de la edad puedan presentarse, dentro de 3stas complicaciones encontramos hipertensi3n, diabetes, inserciones an3malas de la placenta y abortos recurrentes (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16, 17,18,25,26,27); datos que concuerdan con los hallazgos de este estudio. Esto confirma lo referido por la literatura sobre el riesgo de complicaciones maternas en un embarazo tardío, y sobre la necesidad de un monitoreo adecuado durante el embarazo.

El 1.5 % de productos de embarazos tardíos se presentaron en pod1lica y el 0.5 % se obitaron durante el embarazo.(cuadro No. 12) Dato que muestra nuevamente la necesidad de un control prenatal adecuado.

Finalmente durante 3ste estudio se pudo determinar que 55 mujeres (27.5%) present3 complicaciones materno-fetales durante el parto, frente a 145 mujeres (72.5%) sin complicaciones.(cuadro No.13) Dentro de las complicaciones se observaron : Preeclampsia severa en un 2.5%, agotamiento materno 0.5%, corioamnioítis 0.5%, bajo peso al nacer del producto 12%, macrosomía del producto 11.5%, apgar bajo 6.5%, sufrimiento fetal agudo 7.5% y prematuridad del producto en un 6% (cuadro No. 14). Datos que concuerdan con los numerosos estudios que 3ste grupo de mujeres ha sido objeto (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12, 13,14,15,16,17, 18, 19,27). Esto es altamente preocupante, ya que si recordamos que el 71.5% de mujeres de 3ste estudio no acudi3 al control prenatal (cuadro 5), que estos datos son de pacientes atendidas en un hospital y que seg3n el Ministerio de Salud P3blica y Asistencia Social el 60% de partos se realiza en casa (23), los riesgos que 3ste grupo de mujeres enfrenta es alto, no solo para ellas sino tambi3n para sus productos , por lo que se debe de insistir en un control prenatal adecuado y sobre la atenci3n del parto por personal capacitado dentro de instalaciones adecuadas, con el fin de disminuir las complicaciones tanto para la madre como para el producto.

Es importante hacer menci3n que las complicaciones que no se presentaron en 3ste estudio, puede explicarse porque el calculo de tamańo de muestra se hizo en base a probabilidades y no en base a prevalencia y esto no indica que tanto la mortalidad materna como las malformaciones cong3nitas no se hallan presentado. Por ejemplo durante el periodo de estudio se presentaron 2 casos de mortalidad materna dentro de 3ste grupo de mujeres, uno en el 2,001 y el otro en el 2,002 ambos debidos a complicaciones hemorr1gicas.

IX. CONCLUSIONES.

1. Grupo de edad, el 94 % de pacientes se encontraba entre las edades de 35 a 42 años, y el 6% de 43 a 47 años; que el 51% era analfabeta, el 49% era alfabeta. Así mismo se evidenció que el 96.5 % vivía en una relación de pareja estable y el 3.5% era soltera.
2. Se determinó que el 61% de mujeres había tenido más de 5 hijos, el 33.5% había tenido entre 1 y 4 hijos y el 5.5 % era primigesta; que el 71.5 % no asistió a control prenatal, y que el 75.5% era proveniente del departamento de Sacatepequez , el 19% del departamento de Chimaltenango y el 5.5 % era proveniente de otros departamentos.
3. El tipo de parto más atendido fue el eutósico simple(78.5%), cesareas (20%), distósicos (1%) y gemelar (0.5%). El 90.5% de hijos de éstas mujeres era a término, 6% prematuro y 3.5% postérmino. Así mismo se evidenció que el 79% de los productos contaba con peso adecuado para la edad gestacional, 11.5% presentó macrosomía y 9.5% era de bajo peso para la edad gestacional.
4. Se determinó que el 88% de los embarazos transcurrieron sin complicaciones y que el 12 % presentó algún tipo de morbilidad.
5. 55 mujeres del estudio (27.5%) presentaron complicaciones durante el parto, siendo algunas de éstas preeclampsia severa , agotamiento materno , corioamnionitis , desprendimiento placentario, edema vulvar, oligohidramnios, bajo peso del producto, macrosomía, sufrimiento fetal agudo y prematuridad entre otras.

Según las características de las mujeres añosas embarazadas que se determinaron durante éste estudio, se concluye que, en su mayoría podrían convertirse en riesgo tanto para ellas como para sus productos durante el embarazo y parto; por ejemplo : El 94% de pacientes se encontraba entre las edades de 35 a 43 años, el alto grado de analfabetismo (51%), la ausencia al control prenatal (71.5%), y la necesidad de intervención por medio de cesareas (20%). Esto se ve reflejado en que un 6% de los productos de éstas madres fueron prematuros, 3.5% postérmino, 11.5% presentó macrosomía, el 9.5 % fue de bajo peso al nacer, el 12 % de embarazos presentaron algún tipo de morbilidad y el 27.5 % de partos se vio afectado por complicaciones materno-fetales.

Las características más comunes entre las mujeres embarazadas mayores de 35 años fueron el analfabetismo, la multiparidad y la ausencia de control prenatal.

Los resultados encontrados en éste estudio reflejan los resultados de estudios internacionales sobre el mayor riesgo existente en mujeres añosas embarazadas, por lo que se debe insistir en programas de salud reproductiva no solo para éste tipo de población sino para toda aquella que se encuentre dentro de la edad reproductiva.

X. RECOMENDACIONES.

1. Informar a toda la población en edad reproductiva, haciendo énfasis en mujeres jóvenes y sobre todo en sus parejas, sobre los riesgos de embarazos tardíos, de la multiparidad y sobre la necesidad del control prenatal para evitar complicaciones durante el embarazo y el parto.
2. Promover programas de salud reproductiva no solo dirigido a las mujeres sino también a sus cónyuges, a nivel departamental con el fin de mejorar la calidad de vida de las mujeres y sus familias.
3. Fomentar programas de educación integral para la mujer, en donde se vele por que la mujer pueda no solo asistir a la escuela sino que la termine, que ésta educación promueva los derechos de la mujer como individuo y como pareja, ya que una mujer educada e informada poseerá el derecho de elegir y espaciar sus embarazos para bienestar propio y de sus productos.
4. Presentar y divulgar éstos resultados a las esferas capaces de tomar decisiones, con el fin de promover y fomentar la salud reproductiva y la calidad de vida de la mujer.

XI. RESUMEN.

En el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt surgió la necesidad de investigar las **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE MUJERES AÑOSAS EMBARAZADAS**, ya que los partos que se atienden de éstas representa el 10 % de la totalidad de partos atendidos anualmente, así como por los riesgos que un parto tardío puede generar tanto en la madre como en los productos.

Por medio del estudio se logró identificar que dentro de las Características de las Mujeres Añosas Embarazadas, hay algunas que pudieran llegar a ser factores de riesgo tanto para ellas como para sus productos. El 94 % de pacientes contaba con una edad entre 35 y 42 años, el 6 % entre 43 y 47 años. El 51% de mujeres era analfabeta y el 44.5% había cursado algún grado de primaria, 72.5% era mujeres casadas, 24% vivía en unión libre y el 3.5% era solteras.

Así mismo se determinó que 61% de mujeres había tenido más de 5 hijos, 33.5% había tenido de 1 a 4 hijos y el 5.5% era primigestas. El 71% de mujeres nunca asistió a su control prenatal, así mismo que el 75.5% era proveniente del Departamento de Sacatepequez. El tipo de parto más atendido fue el distosico simple (78.5%) .El 90.5% de los productos de mujeres añosas tuvo una edad adecuada el momento del nacimiento, 6% fue prematuro y 3.5% postérmino. El 79% de los productos tuvo peso adecuado al nacimiento, 11.5 % presentó macrosomía y 9.5 fue de bajo peso. El 88% de los embarazos transcurrieron sin morbilidad. El 27.5% de los partos presentó complicaciones materno-fetales.

Del estudio se puede concluir que el embarazo en mujeres añosas presenta un alto riesgo de complicaciones materno fetales durante el embarazo y parto debido a las características epidemiológicas de éste grupo de mujeres, por ello la necesidad de insistir en los programas de salud reproductiva y educación integral de las mujeres, con el fin de disminuir los riesgos de un embarazo tardío y mejorar la calidad de vida de éstas mujeres y de sus familias.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Adashek, J. A : Factors contributin to the increased cesarean birth rate in older parturient women . Am. J. Obstet Gynecol. Dallas,Texas: Appleton and Lange, 1993. 169: 936.
2. American College of Obstetricians and Gynecologist: Guidinest for Women's Health Care. Philadelphia: Meredith Corporation, 2,000. p.92.
3. Berkowits, G. S: Delayed childbearing and the outcome of pregnancy. N Eng J Med 1990. 322: 659.
4. Bobronwski, R. A: Underappreciated risk of the elderly multipara. Am. J. Obstet Genecol. Dallas, Texas: Appleton and Lange, 1995. 172: 1764.
5. Buehler, J. W. And Col: Maternal mortality in women aged 35 years or Older: United States. JAMA 1986. 255: 53.
6. Cnatingius, S, Forman MR: Delayed childbearing and risk of adverse Perinatal outcome. JAMA 1992. 268:886.
7. Cunningham, FG, Leveno KJ: Childbearing among older women the Message is cautiously optimistic. N Eng J Med 1995. 333: 1002.
8. Cunningham, FG, Leveno KJ: Maternal age and outcome of pregnancy. N Eng J Med 1990. 323: 414.
9. Cunningham And Col: Willeams Obstetrics 20ª Edition. Buenos Aires: Medica Panamericana, 1,999. 25:535-540.
10. Davidson, EC Jr, Fukushima T: The age extremes for reproduction; Current implications for policy change. Am J Obstet Gynecol, Dallas,Texas: Appleton and Lange,1985. 152.467.
11. Dildy, GA, Jackson GM, And Col: Very advanced maternal age Pregnancy after 45 years. Am J Obstet Gynecol, Dallas,Texas: Appleton and Lange, 1996.
12. Edge, V. Laros Rk: Pregnancy outcome in nulliparus women age 35 or Older. Am J Obstet Gynecol, Dallas,Texas: Appleton and Lange, 1993. 168: 1881.
13. Fonteyn, VJ. Isada NB: Nongenetic implictions of childbearin after age 35. Obstet Gynecol Surv. Dallas,Texas: Appleton and Lange, 1988. 43: 709.

14. Fretts, RC. Schmittiel J. And Col: Increased maternal age and the fetal Risk of death. N Eng J Med 1995. 333: 953.
15. Friede, A. Baldwin: Older maternal age and infant mortality in the United States. Obstet Gynecol, 1988. 72: 152.
16. Hasen, JP: Older maternal age and pregnancy outcome; A riview of Literature. Obstet Gynecol Surv.1986. 41:726.
17. Kirz, DS. Freeman, RK: Advanced maternal age; The mature grvida. Am J Obstet Gynecol, Dallas,Texas: Appletonand Lange,1985. 152:7.
18. Lehmann, DK: Pregnancy outcome in medically complicated and Uncomplicated age 40 years or older. Am J Obstet Gynecol, Dallas,Texas: Appleton ad Lange,1987. 157: 738.
19. Mc Cornick MC: High risk mothers; Infant mortality and morbidity 1973-1978: Am J Public Health 1984. 74:18.
20. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social : Estudio de Línea Basal de Mortalidad Materna para el Año 2,000 ; Guatemala, 2,000.
21. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social : Memoria anual de vigilancia epidemiológica; Hospital Hermano Pedro de Bethancourt.Guatemala, 2,001. 8 p.
22. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social: Memoria anual de vigilancia epidemiológica; departamento de Sacatepequez. Guatemala, 2,001. 32 p.
23. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social: Programa de salud reproductiva 2,000-2,004. Guatemala, 2,000. 64 p.
24. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social: Proyecciones de población 2,000-2,005; Sacatepequez. Guatemala, 2,000. 1p.
25. Prysak, M. Lorens RP. And Col: Pregnancy outcome in nulliparus women 35 years and older. Obstet Gynecol, 1995. 85: 65.
26. Sauer, MV. Paulson, RJ. Lobo RA: Pregnancy in women 50 or more years of age; Outcomes of 22 consecutively established pregnancies from oocyte donation. Fétil Steril, 1995. 64: 111.
27. Toohey, JS. And Col: The “dangerous multipara” fact or fiction?. Am J Ostet Gynecol, Dallas,Texas, 1995. 172: 683.

XIII. ANEXOS

A. Anexo 1.

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA MUJER AÑOSA EMBARAZADA.

Boleta de Recolección de Datos: Registro Clínico: _____

1. Edad: _____
2. Grado de Escolaridad: Primaria _____ Básicos. _____
Diversificado. _____ Universidad. _____
3. Estado Civil: Soltera _____ Casada _____ Unida _____
4. Paridad: _____
5. Control Prenatal : Si _____ No _____
6. Procedencia: _____
7. Tipo de Parto : Eutósico Simple _____ Distosico _____
CSTP _____
8. Edad gestacional del producto al nacimiento por CAPURRO:
Número de semanas _____
9. Peso al nacer del producto: Cantidad de gramos _____
10. Morbilidad durante el embarazo: Si _____ No _____
Cual _____
11. Complicación materno-fetal durante el parto: Si _____ No _____
Materna _____
Fetal _____