



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Carrera de Medicina

**PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS MÁS FRECUENTES EN GESTANTES
MAYORES DE 35 AÑOS***

*MOST FREQUENT OBSTETRIC PATHOLOGIES IN PREGNANT WOMEN
OVER 35 YEARS*

Autora: Renata Gomes Siqueira Freire
E-mail: renata.gomesfreire@hotmail.com
Teléfono:(0341) 3573165

Tutor: Dr. Gerardo E. Laube
E-mail: gerardolaube@gmail.com
Hospital de Infecciosas Dr. Francisco Javier Muñiz

Cotutor: Dr. Javier S. Campora
E-mail: jscampora@hotmail.com
Sanatorio de la Mujer, Rosario

*Sanatorio de la Mujer, Rosario.

Buenos Aires, diciembre 2019

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
MARCO TEORICO	7
• Diabetes Mellitus	8
• Estados hipertensivos	10
• Preeclampsia	11
• Eclampsia	11
• Síndrome de HELLP	12
• Colestasis Intrahepática del Embarazo (CIE)	13
• Crecimiento restringido del feto (RCIU)	13
• Amenaza de parto prematuro (APP)	14
• Placenta previa	14
• Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta (DPPNI) ..	15
• Rotura prematura de membrana (RPM)	15
OBJETIVOS	17
Objetivo general	17
Objetivos específicos	17
MATERIAL Y METODOS	18
Criterios de selección	18
Variables	19
RESULTADOS	21
DISCUSIÓN	33
CONCLUSIÓN	40
BIBLIOGRAFÍA	42
ANEXOS	47

RESUMEN

Introducción: En la literatura especializada se define como gestación en edad materna avanzada a las ocurridas después de los 35 años, considerándose esto una situación de riesgo, con mayor probabilidad de padecer patologías obstétricas.

Objetivo General: Estudiar cuales fueron las patologías obstétricas más frecuentes en las gestantes de 35 años o más.

Material y método: Se trata de una investigación observacional de tipo descriptivo de corte transversal. En base a la recopilación de datos de los Protocolos de Patologías Obstétricas utilizados en el Sanatorio de la Mujer de la ciudad de Rosario, durante el periodo de abril a septiembre de 2019.

Resultados: De las gestantes atendidas el 32,16% fueron mayores de 35 años, y de éstas el 28,54% presentaron al menos una patología asociada al embarazo. Siendo las de mayor incidencia: Hipertensión Inducida por el Embarazo, Diabetes Gestacional y Amenaza de Parto Prematuro. Las gestantes mayores de 40 años presentaron mayor morbilidad en comparación al grupo de 35 a 39 años, 38,54% contra un 25,55%. Las madres primíparas de edad avanzada que resolvieron su gestación por cesárea fueron de 59,65%.

Conclusión: Se halló una relación significativa entre la edad avanzada de las gestantes y la presencia de patologías obstétricas.

Palabras claves: Patologías Obstétricas–Gestantes Mayores–Edad avanzada.

ABSTRACT

Introduction: In the specialized literature, it is defined as a pregnancy in advanced maternal age the ones that occur after 35 years old, considering this a risk situation, with a greater probability of suffering from obstetric pathologies.

Overall Objective: To study which were the most frequent obstetric pathologies in 35-year-old or older pregnant women.

Material and Method: This is a descriptive type of observational investigation of a cross-section. Based on the data collection of the Obstetric Pathology Protocols used at the Sanatorio de la Mujer of the city of Rosario, during the period from April to September 2019.

Results: Of the pregnant women treated, 32.16% were older than 35 years, and 28.54% of these had, at least, a pathology associated with pregnancy. The most prevalent are Hypertension Induced by Pregnancy, Gestational Diabetes and the Threat of Premature Birth. Pregnant women over 40 years of age had higher morbidity compared to the group aged 35 to 39, 38.54% versus 25.55%. The elderly mothers who resolved their pregnancy by cesarean section were 59.65%.

Conclusion: A significant relationship was found between the advanced age of pregnant women and the presence of obstetric pathologies.

Keywords: Obstetric Pathologies – Older Pregnant Women – Advanced Age.

INTRODUCCIÓN

Hasta no hace muchos años, una o dos generaciones atrás en el tiempo de nuestras madres y abuelas, era común que las mujeres tuvieran su primer embarazo a una edad muy temprana. Esto se debía a múltiples causas, como la carencia de una educación sexual adecuada, el déficit de planeamiento familiar y a la influencia del contexto socio-económico en el que las mujeres estaban inmersas. Era común que la edad de las madres primerizas, en dicho periodo, raramente sobrepasara los 25 años¹.

Actualmente, a nivel mundial, se observa que se ha incrementado el número de mujeres que planifica sus embarazos programándolos para edades cada vez más tardías. Lo anterior se puede dar por diferentes motivos, como puede ser priorizar metas personales, enfocar su proyecto de vida en obtener estudios superiores y posteriormente consolidarse profesionalmente en sus carreras. Así como buscar una estabilidad afectiva y/o financiera previa a sus embarazos. Además, dados los recientes avances en las técnicas de reproducción asistida, se suma también el número de mujeres que sufrían de infertilidad y ahora pueden lograr un embarazo y realizar sus sueños de maternidad aún en una avanzada edad².

El consejo de la *International Federation of Gynecology and Obstetrics* definió como “añosa” a toda mujer embarazada después de los 35 años, y generalmente esta característica se asocia con el aumento del riesgo de problemas en la madre y en el neonato³. Actualmente los embarazos en mujeres mayores de 35 años son denominados gestaciones tardías⁴. Dichas gestaciones, y los riesgos que conllevan, han despertado el interés de múltiples investigadores que han realizado amplios aportes estudiando en instituciones obstétricas las gestaciones tardías y los resultados perinatales adversos que se produjeron en éstas.

¹ Nolasco-Blé A, Hernández-Herrera R, Ramos-González R. Hallazgos perinatal de embarazos en edad materna avanzada. *Ginecol Obstet Mex* 2001; 80(4):270-275.

² Heffner L. Advanced Maternal Age. How Old Is Too Old? *N Engl J Med* 2004;351(51):1927-1929.

³ Hollier L, Leveno K, Kelly M, McIntire D, Cunningham F. “Maternal Age and Malformations in Singleton Births”, *Obstet Gynecol* 2000; 96:701-706.

⁴ Prisk M, Lorenz R, y Kisly A. “Pregnancy Outcome in Nulliparous Women 35 Years and Older”, *Obstet Gynecol* 1995; 85(1): 65-70.

Podemos asumir que nuestro país no escapa a la tendencia del aumento de la gestación tardía, y dado que quienes encaramos este trabajo pertenecemos a un segmento poblacional que ha decidido priorizar la educación superior y el desarrollo profesional, posponiendo la gestación, creemos que es relevante el objetivo que hemos encarado. Esto es, realizar un análisis descriptivo de los resultados obstétricos en las pacientes embarazadas de 35 años o más. Exponiendo cuales fueron las patologías obstétricas más frecuentes en este grupo etario, realizando un análisis observacional entre los eventos patológicos en los diferentes segmentos etarios del grupo estudiado.

Para realizar lo anteriormente expuesto, la investigación se desarrolla de la siguiente manera. En una primera instancia se presenta una introducción del tema y un breve marco teórico con un estado del arte de las principales patologías obstétricas durante la gestación. Luego, procedemos a detallar cuáles son los objetivos del trabajo, el método y las variables claves bajo estudio. Como parte central de nuestro trabajo se presentarán los resultados de los datos obtenidos y procesados para conocer las patologías acaecidas en la población bajo análisis y su interpretación correspondiente. Por último, se concluye con una síntesis del conocimiento adquirido durante el progreso del trabajo de investigación.

MARCO TEORICO

Teniendo en cuenta que con el paso de los años aumenta la incidencia de patologías crónicas, embarazarse después de los 35 años incrementa la probabilidad de tener una gestación concomitante a una patología crónica. Asimismo, en madres sin patologías previas, aumenta la probabilidad de desarrollar patologías propias del embarazo⁵.

En varias publicaciones científicas se ha demostrado que embarazarse en edades materna extremas, esto es, antes de los 19 años y después de los 35 años, sumado a otros factores de riesgo, aumenta la probabilidad de tener un embarazo asociado a una o más enfermedades. Ya sean éstas, agravamiento de trastornos preexistentes al embarazo como así también el desarrollo de patologías obstétricas. Cuando hablamos de patologías obstétricas, nos referimos a todas aquellas manifestaciones patológicas que ocurren a causa del embarazo y que presumiblemente también deben desaparecer al término del mismo. Como ejemplos podemos mencionar a la diabetes gestacional, la hipertensión inducida por el embarazo, la preeclampsia, eclampsia, colestasis gravídica, etc⁶.

El embarazo en una mujer de edad avanzada es una situación de riesgo a la salud de la madre y del feto. Se define al embarazo de alto riesgo, como aquel en el que la madre presenta ciertas patologías obstétricas o circunstancias especiales que comportan peligro para su salud o inclusive la muerte para ella, para el feto recién nacido o para ambos⁷.

Por lo anterior, resulta clave citar y describir algunas de las patologías obstétricas más frecuentes, según la literatura.

⁵ Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Rios M, Leighton L. "Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años", Rev Chil Obstet Ginecol 2009; 74(6):331 – 338.

⁶ Gravena A, Sass A, Marcon S, Pelloso S. "Resultados perinatales em gestantes tardias", Esc Enferm USP 2012; 46(1): 15-21.

⁷ Battin M, Sadler L. "Neonatal intensive care utilization and neonatal outcome of infants born to women aged 40 years and over in New Zealand", Acta Paediatr 2010; 90(2): 219-224.

- **Diabetes Mellitus**: Es el estado crónico de la hiperglucemia que puede derivar de múltiples factores ambientales y genéticos, los que a menudo actúan conjuntamente. La hiperglucemia puede ser la consecuencia de la falta de secreción de insulina o de la presencia de factores que se oponen a su acción. Esta alteración crónica del metabolismo de los hidratos de carbonos, al asociarse con el embarazo origina un incremento de la mortalidad feto-materna⁸.

Esta patología suele dividirse en:

- **Diabetes pre-gestacional**: patología diagnosticada antes del embarazo.
- **Diabetes Gestacional (DG)**: Es la intolerancia a los carbohidratos en grados variados de intensidad diagnosticada por primera vez durante la gestación, pudiendo o no perdurar después del parto⁹. La fisiopatología que explica la relación de la diabetes con el embarazo está dada por las alteraciones hormonales y metabólicas en la gestación. Las alteraciones hormonales se dan cuando la hormona lactogénica placentaria (hPL), sintetizada en la placenta durante la gestación, actúa antagonizando la acción de la insulina. Los estrógenos, la progesterona, el cortisol y la prolactina también son sintetizados en la gestación en cantidades ascendentes y todo esto, sumado al aumento de la capa adiposa de la gestante, interactúan en conjunto produciendo progresivamente una resistencia periférica a la insulina. Las alteraciones metabólicas se dan con el aumento de la resistencia periférica a la insulina, con una hiperglicemia post prandial, por un incremento acentuado del catabolismo y anabolismo (gluconeogenesis y cetogenesis). También existe un excesivo aumento de producción de la insulina endógena, por un error funcional en las células β del páncreas, al

⁸ Duarte-Gardea M, Muñoz G, Rodríguez-Saldaña J, Escorza- Domínguez AB. Prevalencia, detección y tratamiento de la diabetes gestacional. Rev Salud Publica Nutr 2004; 5 (1).

⁹ Schmidt M, Reichelt A. Consenso sobre diabetes gestacional e diabetes pré-gestacional. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia 1999; 43(1):14-20.

intentar suplir el aumento de la demanda metabólica durante el embarazo.¹⁰.

Algunas de las complicaciones en la diabetes gestacional son:

Alteraciones maternas: aumento de la incidencia de infección urinaria y candidiasis vaginal; glucosuria; lesiones vasculares por agravamiento de vasculopatías preexistentes al embarazo, como nefropatía y retinopatías, que pueden o no ser reversibles al final del embarazo y que durante la gestación elevan el riesgo de parto prematuro, pre eclampsia, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), aborto y muerte neonatal.

Complicaciones gestacionales: muertes fetales tardías (probable relación con acidosis metabólica fetal); polidramnia (aumento del volumen del líquido amniótico y aumento de la diuresis fetal debido a la hiperglucemia).

Complicaciones fetales: como macrosomía fetal (peso mayor a 4kg, secundario a hiperglucemia materna que facilita el paso de glucosa por la placenta estimulando una hiperinsulinemia fetal ejerciendo así un efecto anabólicos sobre el feto), prematuridad (por hiperdistensión uterina en la polihidramnia ,también por inestabilidad de las alteraciones metabólicas durante la gestación y por inducción de parto pre-termino por criterios de riesgo beneficio materno-fetal), restricción del crecimiento intrauterino (en madres con antecedentes de vasculopatías), y sufrimiento fetal.

Complicaciones neonatales: inmadurez pulmonar, hipoglicemia neonatal, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia, policitemia y riesgo de desarrollar diabetes en la vida futura¹¹.

¹⁰ García García C. "Diabetes mellitus gestacional", Med Int Mex 2008;24(2):148-56.

¹¹Gonzalez-Merlo J, Lailla Vincens J, Fabre Gonzales E, Gonzalez Bosquet E.Obstetricia, 5ta edición, Masson. 2006. Barcelona.

- **Estados hipertensivos:** La hipertensión arterial en el embarazo es la tensión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg en dos tomas separadas por 6 horas. Las alteraciones hipertensivas durante el embarazo son una de la más importante causa de muerte materna y morbilidad fetal en todo el mundo¹². Se ha observado que el riesgo en el grupo de mujeres mayores a 40 años aumenta hasta siete veces en relación a mujeres de mayor edad¹³.

Además, en su trabajo Hernández M., Enríquez O., Izquierdo A. y Rivas J. (2009, p6)¹⁴ muestran que “La enfermedad hipertensiva, tanto crónica como inducida por la gestación, representó el mayor porcentaje en mujeres mayores de 40 años de las patologías asociadas y aportó la mayor morbilidad en estas gestantes. Es bien conocida la repercusión de esta enfermedad y la asociación que tiene con la edad”.

Tipos de hipertensión en la gestación:

- **Enfermedad hipertensiva crónica:** son los cuadros con hipertensión arterial preexistente antes de la gestación. En las formas graves pueden generar emergencias hipertensivas si no están bien controladas durante el embarazo, y presentar cuadros de preeclampsia o eclampsia sobreimpuestas de grado moderado a grave¹⁵.
- **Trastornos Hipertensivos del embarazo:** Está clasificada por la hipertensión gestacional (transitoria), la preeclampsia y la eclampsia. Dentro de los factores de riesgo están la primaparidad, las edades extremas en vida reproductiva materna, antecedentes familiares de preeclampsia, obesidad materna, diabetes mellitus y

¹² Quintana N, Rey F, Sisi T, Antonelli C, Ramos M. Preeclampsia. Revista de postgrado de la VI cátedra de medicina 2003; 133: 16-20.

¹³Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Rios M, Leighton L. Op. Cit.

¹⁴Hernández M, Enríquez O, Izquierdo A, Rivas J. Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años. Rev Cubana Obstet Ginecol 2009; 35(1)

¹⁵ Sánchez, Ramiro A, Ayala, Miryam, Baglivo, Hugo, Velázquez, Carlos, Burlando, Guillermo, Kohlmann, Oswaldo, Jiménez, Jorge, López Jaramillo, Patricio, Brandao, Ayrton, Valdés, Gloria, Alcocer, Luis, Bendersky, Mario, Ramírez, Agustín José, & Zanchetti, Alberto. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Revista chilena de cardiología 2010; 29(1), 117-144.

ser de raza negra. Las mujeres mayores de 35 años tienen la mayor incidencia de preeclampsia e hipertensión gestacional. Sus presentaciones clínicas pueden ser simples, con los síntomas de la triada del síndrome, o complejas: Preeclampsia y eclampsia¹⁶.

- **Hipertensión gestacional** o transitoria, es la tensión arterial diagnosticada en la segunda mitad de la gestación, con un registro de presión arterial normal antes de la gestación, y sin presencia de proteinuria o de otros signos de preeclampsia. El diagnóstico es confirmado si la TA retorna a valores normales dentro de las 12 semanas postparto, lo que generalmente ocurre en 80% de los caso¹⁷.
- **Preeclampsia:** Es una enfermedad producida por el embarazo, generalmente, a partir de las vigésimas semanas, se manifiesta como un desorden multisistémico, configurado por la triada de edema, proteinuria y desarrollo de hipertensión arterial. Se clasifica en: *Leve* aumento súbito del peso que puede llegar a 3kg en un mes, por la retención hídrica, seguido de la hipertensión y por último la proteinuria; *Grave* que ya se correlaciona con la inminencia de un estado de eclampsia, donde se agrega a la triada inicial alguno de estos signos, oliguria, elevación de creatinina, afectación fetal (RCIU), disturbios cerebrales (cefalea fronto-occipital y obnubilación) disturbios visuales y dolor epigástrica. La preeclampsia (PE) constituye la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera en los países en vía de desarrollo; se han descripto alrededor de 237 defunciones por cada 10.000 nacimientos, cada 3 minutos muere en el mundo una mujer por PE y 50.000 cada año¹⁸.
- **Eclampsia:** En ausencia de otros factores etiológicos. La eclampsia es la presencia de convulsiones tónico-clónicas focales o generalizadas, que

¹⁷ Saona Ugarte P. Clasificación de la enfermedad hipertensiva en la gestación. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2015; 52(4), 219-225.

Guzmán-Juárez W, Ávila-Esparza M, Contreras-Solís R, Levorio-Carrillo M. Factores asociados con hipertensión gestacional y preeclampsia. Ginecol Obstet Mex 2012;80(7):461-466.

¹⁸ Duley L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. Sem Perinato. Seminars in Perinatology 2009;33(3):130-7.

ocurren la mayoría de las veces durante el trabajo de parto o el puerperio inmediato¹⁹. La gravedad se da por la persistencia de las convulsiones, del compromiso multiorgánico y de la activación de la coagulación, las complicaciones intracraneales más temidas son los hematomas y el edema cerebral difuso con hipertensión endocraneana²⁰.

Suelen diferenciarse dos etapas en la Eclampsia:

- Eclampsismo: periodoprodromico pre ataque convulsivo, que se presenta con cefalea frontooccipital, hipertensión arterial aguda, trastornos nerviosos y visuales, vértigos y zumbidos²¹.
 - Coma eclámpico: en la complicación de los casos más graves se presenta un coma a continuación de la convulsión. El coma puede ser de pocas horas o llegar a las 12 o 24 horas, a mayor prolongación suele generar la muerte materna²².
- **Síndrome de HELLP**: Sigla de Hemolysis, Elevated Liver enzymes & Low Platelet count. El Hellp es una complicación de los trastornos hipertensivos del embarazo, principalmente observado en pacientes con preeclampsia severa y eclampsia; sin embargo, puede diagnosticarse en pacientes con preeclampsia agregada y en mujeres con hipertensión gestacional (preeclampsia sin proteinuria) Posee el mismo mecanismo fisiopatológico, donde el fenómeno central es la disfunción endotelial sistémica secundaria a mecanismos inmunológicos anormales, alteración de la placentación, HTA, con desequilibrio entre vasodilatadores y vasoconstrictores a favor de estos últimos²³.

¹⁹ Avena J, Joerin V, Dozdar L, Bres S. Preeclampsia y eclampsia. Revista del posgrado de la VIa catedra de medicina 2007;165.

²⁰ Sánchez Nuncio H, Pérez Toga G, Pérez Rodríguez P, Vázquez Nava F. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Revista médica del instituto mexicano del seguro social 2005;43 (5): 377-380.

²¹ Gómez Sosa E. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol 2000;26: 17-21.

²² Uranga Imaz F, Uranga Imaz F (h), Obstetricia, 5ta edición, Intermedicina, Bs. As.1983

²³ Vigil-De Gracia P. Síndrome HELLP. Ginecol Obstet 2015; 83:48-57.

- **Colestasis Intrahepática del Embarazo (CIE):** También conocida como Colestasis gravídica, es una de las hepatopatías gestacionales más frecuentes, Ocurre en la segunda mitad de embarazo. Tiene como clínica intenso prurito palmo plantar nocturno con aumento de ácidos biliares y enzimas hepáticas. Existen hipótesis que, en el origen de la enfermedad, se encuentran factores genéticos, hormonales y ambientales como por ejemplo los antecedentes personales de CIE, la reproducción asistida, los embarazos múltiples y la edad materna avanzada entre otros. Para la gestante, no suele causar mayores complicaciones el cuadro en la mayoría se revierte en la finalización del embarazo. La CIE sí actúa de forma dañina con el feto, generándole consecuencias más graves, pues se asocia con signos de hipoxia, sufrimiento fetal, aumento del riesgo de parto prematuro y muerte intrauterina²⁴. “Se estima que los antecedentes personales o familiares de CIE tienen un riesgo de recurrencia de entre el 40 al 92%”²⁵.
- **Crecimiento restringido del feto (RCIU):** se define como la presencia de un peso fetal calculado, que se encuentra por debajo del percentil 10 para la edad gestacional correspondiente²⁶. El retraso en el crecimiento fetal intrauterino está asociado a un incremento de la mortalidad y la morbilidad perinatales precoces como anomalías congénitas, asfixia perinatal, hipoglucemia, hipotermia, circulación fetal persistente y otros procesos perinatales. Los factores predisponentes son enfermedades maternas como la diabetes mellitus con vasculopatías, hipertensión, enfermedades renales cardiovasculares y pulmonares, que cursan con alteraciones vasculares que durante la gestación se exacerban y pueden disminuir la perfusión sanguínea fetal. Otros factores relacionados al RCIU son la edad materna extrema, paridad (más frecuente en primíparas), embarazos múltiples, aumento de peso en la gestación y el hábito de fumar²⁷.

²⁴Estiú C, Frailuna M, Dericco M, Repetto J. Guía de Práctica Clínica: Colestasis intrahepática gestacional. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 2012;31(3):125-136.

²⁵ Artavia A, León M, Webb K. Colestasis intrahepática del embarazo. Revista Médica Sinergia. 2017;4(6):14-23 p(15)

²⁶ Sabogal, J. Retardo del crecimiento intrauterino (RCIU). Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 1997; 48(2):107-113.

²⁷ Andrade PC, Linhares JJ, Martinelli S, Antonini M, Lippi, Gazi U, Baracat FF. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 años: estudo controlado. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2004;26(9):697-701

- **Amenaza de parto prematuro (APP):** Es el proceso clínico sintomático de contracciones regulares y modificaciones cervicales que, sin tratamiento, o cuando éste fracasa, podría conducir a un parto pretérmino. Se denomina parto prematuro, o parto pretérmino, al que se produce entre las 22 y las 37 semanas completas de la gestación. Dentro de los factores de riesgo de la prematuridad están; la distensión uterina excesiva (polihidramnia); patologías placentarias (ruptura prematura de membrana, placenta previa, desprendimiento de placenta normo insertada; la incompetencia istmocervical; las infecciones, como ITS, ITU, infecciones sistémicas, pielonefrite, que cuando agudas generan hipertremia ocasionando un aumento en la cinética uterina, o también infecciones del tipo corioamniote que pueden llevar a óbito fetal). Otros factores de riesgo son antecedentes de parto prematuros, tabaquismo, edad materna extrema menores de 20 años o mayores de 35 años²⁸.

Peña-Martin G, Barbato J, Betancourt C, Cala R, Douaihi y Martí Carvajal A,(2007)²⁹. Señalan en su trabajo que en edades extremas de la vida materna existe riesgo de parto prematuro, conllevando elevación en las tasas de morbilidad y mortalidad neonatal y postnatal.

- **Placenta previa:** es la inserción anómala de la placenta en el segmento inferior del útero después de las 28 semanas de gestación, de forma que puede ocluir el orificio cervical³⁰. Se clasifican en placenta previa marginales, parciales o totales, de acuerdo su localización en relación al orificio del canal cervical, Es una de las principales causas de hemorragias en la segunda mitad del embarazo. Sus factores de riesgos son: cicatrices uterina previas, como de cesáreas anteriores así como también antecedentes de legrados; edad materna avanzada, multiparidad, tabaquismo³¹.

²⁸ Zanuttini E. Temas de obstetricia. 3ª edición. Buenos Aires: Corpus libros médicos y científicos. 2017. 221-227.

²⁹Peña-Martí G, Barbato J, Betancourt C, Cala R, Douaihi H, Martí Carvajal A. Asociación entre prematuridad y embarazadas en edad avanzada. Rev Obstet Ginecol Venez 2007; 67(1).

³⁰ OMS (2002). Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetras y médicos.

³¹ Gonzalez-Merlo J, Lailla Vincens J, Fabre Gonzales E, Gonzalez Bosquet E, 2006. Op. Cit.

- **Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente inserta (DPPNI):**

Es el proceso del desprendimiento parcial o total de la placenta del cuerpo uterino en gestaciones de 20 semanas o más, y que ocurren antes de la expulsión fetal implicando sangramiento intrauterino y disminuyendo el aporte de nutrientes y oxígeno al feto. Se diferencia de la placenta previa porque en su caso la placenta está insertada en su sitio normal. Tiene una alta morbilidad materna decurrente a las hemorragias, riesgo de infecciones y riesgo de accidente tromboembólicos. Su causa es desconocida, pero hay factores asociados como la hipertensión arterial crónica y la preeclampsia, que causan obstrucción de las arterias e infartos en sitios placentarios o entonces traumatismo; históricos anteriores de DPPNI; consumo de alcohol, cocaína y tabaco, mala nutrición materna; trombofilias y la edad materna avanzada por la mala perfusión placentaria³².

- **Rotura prematura de membrana (RPM):** se considera que se ha producido una rotura prematura de la membrana, cuando sucede antes del inicio del trabajo de parto, independientemente del momento de la gestación. Pueden ser RPM pre término (antes de la 37 semana de gestación), o RPM a término (por encima de las 37 semanas de gestación). La etiopatogenia se da por factores que debilitan la membrana amniótica, como las infecciones locales (cervical o uterina), los que incrementan la presión intrauterina, factores traumáticos, inserción baja de la placenta entre otros. Las complicaciones fetales más importantes son la prematuridad y la hipoplasia pulmonar neonatal, así como las complicaciones maternas son las infecciones y el incremento del número de cesáreas³³.

- **Trombofilias:** es un síndrome de hipercoagulabilidad que genera riesgo de trombosis. Se dividen entre hereditarias o adquiridas, son diferentes entidades que tienen en común un estado de protrombótico que puede en el embarazo repercutir de forma dañina. La trombofilia heredada o primaria más frecuente es la mutación del factor V de Leiden, 40% de los casos, en la cual el factor V al

³²Gonzalez-Merlo J, Lailla Vincens J, Fabre Gonzales E, Gonzalez Bosquet E, 2006. Op. Cit.

³³ Hernández-Cabrera J, Hernández-Hernández D, García-León L, Rendón-García S, Dávila-Albuérne B, Suárez-Ojeda R. Resultados perinatales y maternos de los embarazos en edad madura. Rev Cubana Obstet Ginecol 2003;29(2).

estar inactivo, permanece por más tiempo en el torrente sanguíneo, generando un aumento de la producción de trombina. Entretanto del tipo adquiridas o secundarias la más conocida es el síndrome antifosfolípídico, es una enfermedad del sistema inmune. Entre la morbilidad que provocan, se destacan las pérdidas fetales con abortos recurrentes o muertes intrauterino, retardo del crecimiento intrauterino, partos prematuros el desprendimiento de placenta normo insertada, preeclampsia, trombosis venosas profundas, el TEP, los infartos cardíacos y cerebrales³⁴.

³⁴Zanuttini E. (2017) Op. Cit

OBJETIVOS

Objetivo general

Estudiar cuales fueran las patologías obstétricas más frecuentes en las gestantes de 35 años o más, que fueran controladas y atendidas en el parto o cesárea en el Sanatorio de la Mujer de Rosario en el periodo de abril a septiembre de 2019

Objetivos específicos

- Determinar el porcentaje de mujeres que presentan patologías obstétricas y analizar cuáles aparecen con mayor frecuencia en el rango etario estudiado.
- Observar si existe alguna relación entre la presencia de patologías obstétricas con los antecedentes de paridad de las mismas.
- Identificar cual vía de finalización del embarazo fue la más frecuente en gestantes mayores de 35 años y examinar la existencia de relación entre el rango etario al que pertenece la mujer y la vía de finalización del embarazo de la misma.
- Indagar si existe asociación entre la paridad materna con la finalización del embarazo en el rango etario estudiado.

MATERIAL Y METODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional de tipo descriptivo de corte transversal, en base a la recopilación de base de datos de los Protocolos de Patologías Obstétricas y Servicios de Ginecología y Obstétrica utilizados en el Sanatorio de la Mujer de la ciudad de Rosario durante el periodo de abril a septiembre de 2019. Solicitándose la autorización correspondiente a los directivos de la institución para la recolección de los datos (Anexo).

La filiación del paciente y su derecho a la confidencialidad están resguardados acorde con lo dispuesto por la Ley N° 26.529.

La población estudiada estuvo conformada por 422 gestantes con edades iguales o superiores a 35 años, que acudieran al servicio de obstetricia del Sanatorio de la Mujer y fueron controladas y atendidas en el parto o cesárea en el periodo estudiado.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

Gestantes con edad igual o superior a 35 años que fueran controladas y atendidas en el parto o cesárea en el servicio de obstetricia del Sanatorio de la Mujer de Rosario, en el periodo analizado.

Criterios de exclusión:

- Gestantes que no concluyeron sus controles neonatales y/o no tuvieron sus partos o cesárea en el Sanatorio de la Mujer.
- Gestantes menores de 35 años.
- Gestantes de embarazo múltiples (por conllevar riesgos gestacionales inherentes que escapan del análisis del presente estudio).
- Gestantes con datos incompletos.

Variables

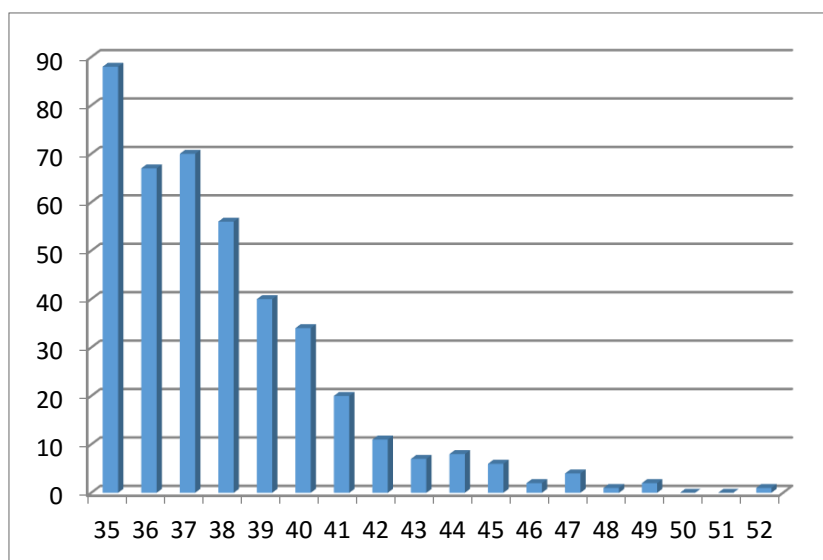
- Edad Materna: *(al momento del parto)*
[Variable cuantitativa discreta]
 - 35- 39 años
 - 40 - mayores de 40 años
- Paridad: *(número de partos o cesáreas)*
[Variable Cualitativa nominal dicotómica]
 - Primípara *(primer parto o cesárea)*
 - Multípara *(dos o más partos o cesárea)*
- Vía de finalización del embarazo actual:
[Variable Cualitativa nominal dicotómica]
 - Vaginal
 - Fórceps
 - Cesárea
- Técnica de reproducción asistida (TRA):
[Variable Cualitativa nominal dicotómica]
 - Si
 - No
- Patologías obstétricas
[Variable Cualitativa nominal dicotómica]
 - Si
 - No
- Cual (es) patologías
[Variable Cualitativa nominal Politómica]
 - HIE: Hipertensión Inducida por el embarazo (Variable dicotómica.
Operacionalización: si / no)

- Diabetes gestacional (Variable dicotómica. Operacionalización: si / no)
- Colestasis (Variable dicotómica. Operacionalización: si / no)
- Amenaza de parto prematuro (Variable dicotómica. Operacionalización: si / no)
- Ruptura prematura de membranas (Variable dicotómica. Operacionalización: si / no)
- RCIU: retraso crecimiento intrauterino (Variable dicotómica. Operacionalización: si / no)
- Otra patología: (variable dicotómica. Operacionalización: si / no)
- Patología presente: Variable cualitativa nominal.

RESULTADOS

Durante el período transcurrido durante el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, del corriente año, se registraron 1.312 partos en el Sanatorio de la Mujer de la ciudad de Rosario, de los cuales el 32,16% (422) correspondieron a gestantes de al menos 35 años. Estos casos serán analizados en el presente trabajo.

Gráfico I: Histograma de la edad de las gestantes.



Fuente: elaboración propia.

El promedio de edad de las gestantes fue de 37,92 años, y la de mayor edad de 52 años. La mediana de la muestra es de 37 o sea, el 50% de las gestantes tiene al menos 37 años

Gráfico II: Proporción de las gestaciones tardías en el total de partos.



Edad	Frecuencia
Menores de 35 años	890
Mayores o igual a 35 años	422
Total	1.312

Fuente: elaboración propia.

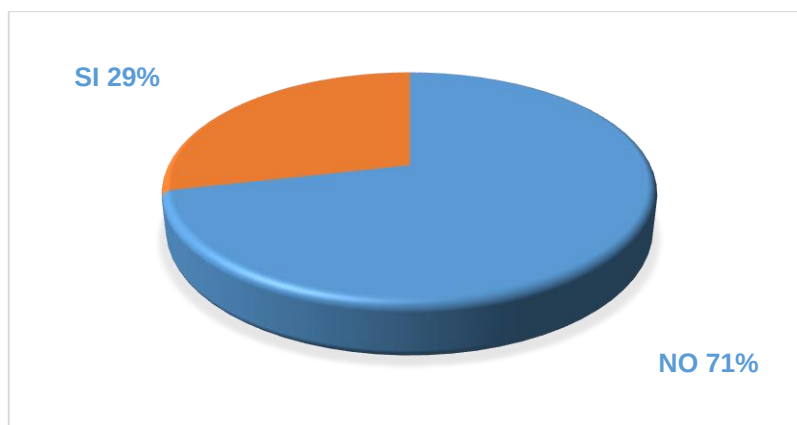
Se excluyeron de la muestra 5 registros correspondientes a gestantes de al menos 35 años por falta de información completa necesaria para el análisis. Finalmente, la base de datos a analizar contiene la información de 417 gestantes de al menos 35 años.

- **Frecuencia de las patologías obstétricas.**

Si analizamos nuestra muestra, notamos que el 28.54% (119/417) de las gestantes de al menos 35 años presenta al menos una patología durante el embarazo. Tenemos que tener en cuenta que en el presente estudio, existen patologías que se sobreponen en la gestacion, como en el caso de los transtornos hipertensivos etc. Otra observacion importante es que solo valoramos la presencia o no de patologias obstetricas en la gestantes de la

muestra, sin evaluar otros factores de riesgo correspondiente a cada enfermedad, ademas de las variables seleccionadas.

Gráfico III: Presencia de patologías gestacionales en gestantes de edad avanzada.



Patología	Frecuencia	Porcentaje
No	298	71,46%
Si	119	28,54%
Total	417	100%

Fuente: elaboración propia.

Para obtener cuales son las patologías de mayor frecuencia en este grupo de 119 gestantes, realizamos un análisis de frecuencia. A continuación, se presenta una lista de las patologías observadas en las gestantes bajo estudio que presentaron al menos una de ellas, con sus correspondientes proporciones.

Como se puede observar en la Tabla I la patología que aparece con mayor frecuencia en nuestra muestra, en las gestantes de al menos 35 años, es HIE con un porcentaje de aparición de 31.09% (37) sobre las 119 gestantes bajo estudio que presentaron al menos una patología durante el embarazo. Segunda en el ranking está la Diabetes gestacional con un 22.69% (27) de aparición. Tercera la Amenaza de parto prematuro con un 17.65% (21).

Tabla I: Incidencia de las patologías gestacionales.

Patología	Frecuencia	Proporción
Trastornos Hipertensivos del Embarazo	48	40.33%
HIE (Hipertensión Inducida por el embarazo)	37	31.09%
Preeclampsia	9	7.56%
Eclampsia	1	0.84%
Síndrome Hellp	1	0.84%
Diabetes Gestacional	28	23.53%
Amenaza de Parto Prematuro	21	17.65%
Rutura Prematura de Membrana	16	13.45%
Retraso Crecimiento Intrauterino	14	11.76%
Colestasis	13	10.92%
Trombofilia	9	7.56%
Placenta previa	7	5.88%
Oligohidramnios	4	3.36%
Desprendimiento de Placenta Normo Inserta	3	2.52%

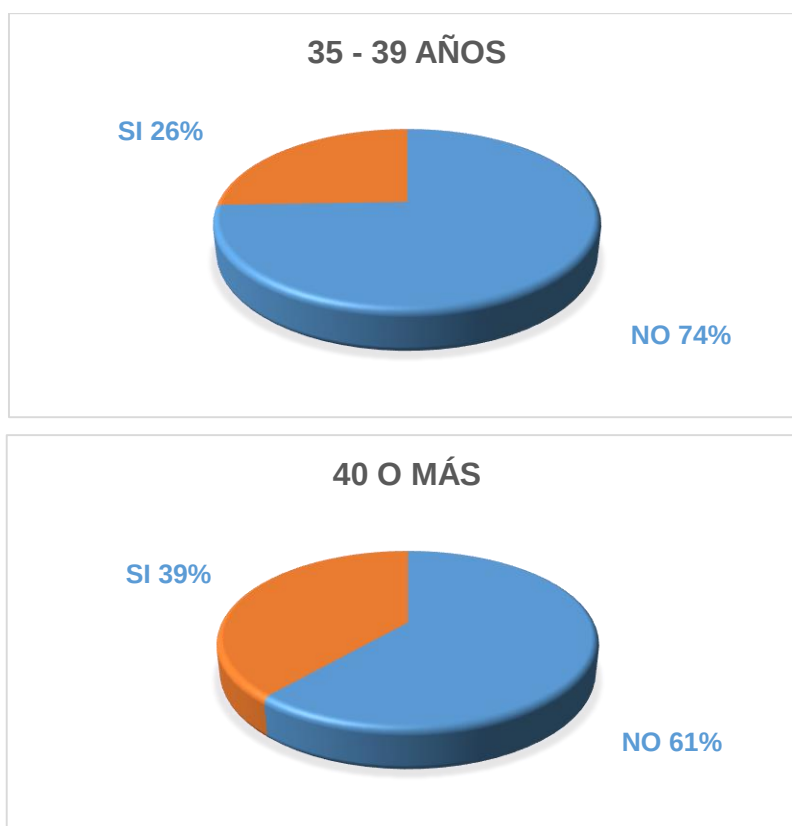
Fuente: elaboración propia.

- **Asociación entre patologías obstétricas y rango etario.**

Para estudiar si la presencia de patologías obstétricas presenta asociación con el rango etario de las gestantes, es decir, si existe alguna relación significativa entre la edad de las gestantes y la aparición de patologías durante el embarazo, procedemos a segmentar la muestra (417) de gestantes entre 35 y 52 años, en dos grupos de rango etario: 1) 35 a 39 años y 2) 40 años o más.

En base a la evidencia muestral, el 76.98% (321/417) de las gestantes bajo estudio tiene entre 35 y 39 años y el 23.02% restante (96/417) tiene al menos 40 años. Se observa que el 25.55% (82/321) de las gestantes de 35 a 39 años presentan al menos una patología durante el embarazo, mientras que dicho porcentaje aumenta a 38.54% (37/96) al considerar a las gestantes de al menos 40 años, como puede verse en el gráfico IV.

Gráfico IV: Asociación entre patologías obstétricas y el rango etario de la muestra.



Patología	35-39 años	40 o mas	Total
No	239	59	298
Si	82	37	119
Total	321	96	417

Fuente: elaboración propia.

Como se mencionó previamente en la sección anterior, en la población bajo estudio de 417 gestantes de al menos 35 años, el 28.54% (119) presenta al menos una patología durante el embarazo. De estas mujeres, el 68.91% (82) pertenecen al rango etario entre 35 y 39 años y el 31.09% restante tienen al menos 40 años (37).

Dado lo anterior, es sumamente interesante realizar un análisis de frecuencia para observar la incidencia de las patologías en los diferentes rangos etarios determinados.

Tabla II: Patologías gestacionales por rango etario.

Patología	35-39 años	Proporción en el rango	40-52 años	Proporción en el rango
Trastornos hipertensivos del embarazo	31	37.7%	17	45.9%
HIE (Hta Inducida por el embarazo)	23	28,0%	14	37,8%
Preeclampsia	7	8,5%	2	5,4%
Eclampsia	0	0,0%	1	2,7%
Síndrome Hellp	1	1,2%	0	0,0%
Diabetes Gestacional	19	23,2%	9	24,3%
Amenaza de Parto Prematuro	11	13,4%	10	27,0%
Rutura Prematura de Membrana	11	13,4%	5	13,5%
Retraso Crecimiento Intrauterino	7	8,5%	7	18,9%
Colestasis Gravidica	10	12,2%	3	8,1%
Trombofilia	5	6,1%	4	10,8%
Placenta previa	6	7,3%	1	2,7%
Oligohidramnios	4	4,9%	0	0,0%
Desprendimiento de Placenta Normo Inserta	1	1,2%	2	5,4%

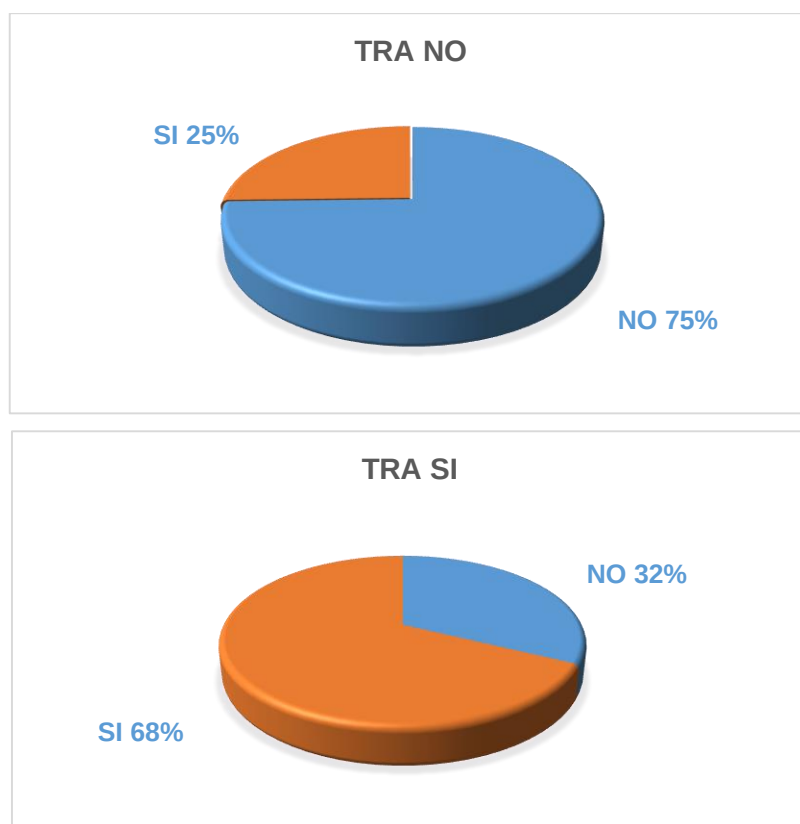
Fuente: elaboración propia.

Como se puede observar en la Tabla II, la proporción de las diferentes patologías, en una gran mayoría, aumenta en el rango etario de mayor edad con respecto al rango etario de menor edad.

- **Asociación entre patologías obstétricas y terapia de reproducción asistida**

Para indagar si la presencia de patologías obstétricas presenta asociación con la terapia de reproducción asistida en las gestantes mayores de 35 años, es decir, si existe relación significativa entre el hecho de realizarse terapia de reproducción asistida (TRA) y el presentar o no patologías obstétricas, procedemos nuevamente a segmentar la muestra (417), ahora entre las gestantes que se realizaron dichas terapias y las que no.

Gráfico V: Asociación entre presencia de patologías obstétricas y la realización de TRA.



Patología	TRA No	TRA Si	Total
No	288	10	298
Si	98	21	119
Total	386	31	417

Fuente: elaboración propia.

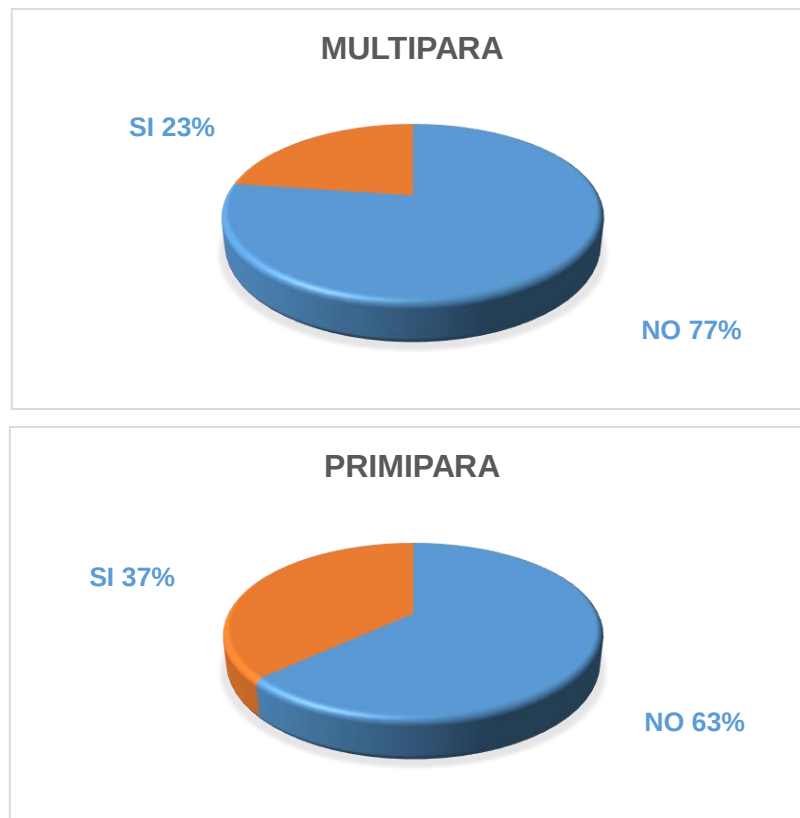
Se observa que sólo el 7.43% (31/417) de las gestantes bajo estudio recibieron terapia de reproducción asistida.

En base a la evidencia muestral, el 67.74% (21/31) de las gestantes que recibieron terapia de reproducción asistida presenta al menos una patología durante el embarazo, mientras que dicho porcentaje se reduce drásticamente a 25.39% (98/386) al considerar a las gestantes que no recibieron terapia de reproducción asistida.

- **Asociación entre patologías obstétricas y paridad.**

Para estudiar si la presencia de patologías obstétricas presenta asociación con la paridad de las gestantes mayores de 35 años, es decir, si existe relación significativa entre el hecho de ser primípara o múltipara y el presentar o no patologías obstétricas, procedemos nuevamente a segmentar la muestra (417), ahora entre dos grupos: primíparas y múltiparas.

Gráfico VI: Asociación entre presencia de patologías obstétricas y la paridad materna.



Patología	Múltipara	Primípara	Total
No	190	108	298
Si	56	63	119
Total	246	171	417

Fuente: elaboración propia.

En base a la evidencia muestral, el 58.99% (246/417) de las gestantes bajo estudio son multípara y el 41.01% (171/417) son primípara.

Se observa que el 22.76% (56/246) de las gestantes multíparas presenta al menos una patología durante el embarazo, mientras que dicho porcentaje asciende a 36.84% (63/171) al considerar a las gestantes primíparas.

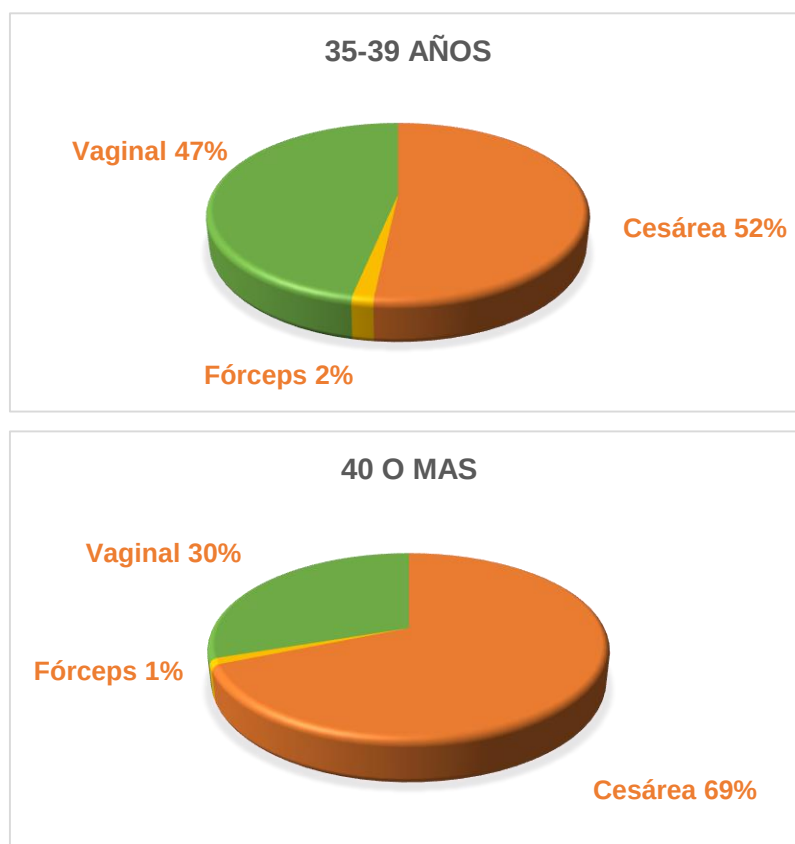
- **Asociación entre vía de finalización del embarazo y rango etario.**

Consideramos importante, para este estudio, identificar que vía de finalización del embarazo fue la más frecuente en las gestantes mayores de 35 años, por los riesgos inherentes que conllevan las diferentes soluciones de la gestación. Así como determinar si dichas vías de finalización del embarazo presentan una asociación con el rango etario al que pertenece la mujer o si es simple azar.

Para realizar esto procedemos a segmentar la muestra (417) de gestantes de entre 35 y 52 años, en dos grupos de rango etario: 35 a 39 años y 40 años o más (Ver gráfico VII).

En base a la evidencia muestral, la cesárea fue la vía de finalización de embarazo más frecuente en gestantes de al menos 35 años, con el 55.64% (231/417) de los embarazos finalizados por medio de esta vía. En cambio, el 42.93% (179/417) de las gestantes de al menos 35 años tuvieron una vía “vaginal” de finalización del embarazo y sólo el 1.4% (6/417) de las gestantes tuvieron como vía de finalización “fórceps”.

Gráfico VII: Finalización del embarazo segmentado por rango etario.



Finalización	35-39 años	40 o más	Total
Cesárea	166	66	232
Fórceps	5	1	6
Vaginal	150	29	179
Total	321	96	417

Fuente: elaboración propia.

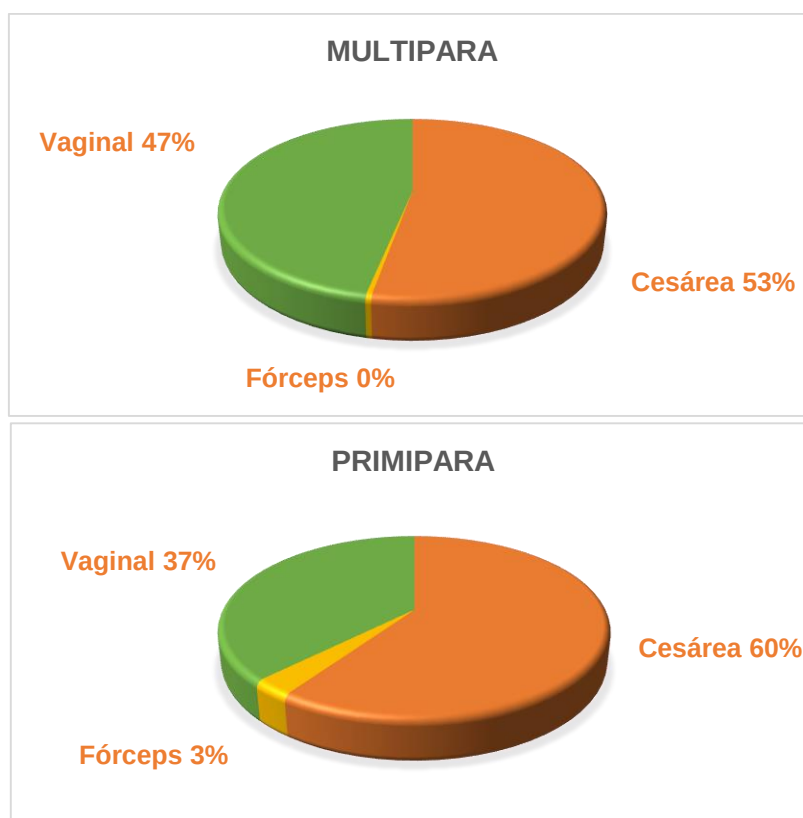
Al considerar a las gestantes de 35 a 39 años, se observa que el 51.71% (166/321), tuvieron vía de finalización del embarazo “cesárea”, mientras que dicho porcentaje aumenta a 68.75% (66/96) si se considera a las gestantes de al menos 40 años.

Si se considera la vía de finalización de embarazo “vaginal” se observa un porcentaje de 46,73% de casos (150/321) en gestantes de 35 a 39 años versus un porcentaje menor de 30.21% (29/96) en gestantes de al menos 40 años con la misma vía de finalización.

- **Asociación entre vía de finalización del embarazo y paridad**

Para indagar si la finalización del embarazo presenta asociación con la paridad de las gestantes mayores de 35 años, es decir, si existe relación significativa entre el hecho de ser primípara o múltipara y la solución de la gestación, procedemos a segmentar la muestra (417), nuevamente entre los grupos: primíparas y múltiparas.

Gráfico VIII: Finalización del embarazo segmentado por paridad.



Finalización	Múltipara	Primípara	Total
Cesárea	130	102	132
Fórceps	1	5	6
Vaginal	115	64	179
Total	246	171	417

Fuente: elaboración propia.

Se observa que el 52.85% (130/246) de las gestantes multípara tuvieron como vía de finalización del embarazo “cesárea”, mientras que dicho porcentaje aumenta a 59.65% (102/171) al considerar a las gestantes primípara. El 46.75% (115/246) de las gestantes multípara tuvo como vía de finalización del embarazo “vaginal” al igual que el 37.43% (64/171) de las gestantes primípara.

DISCUSIÓN

Desde hace tiempo existe una tendencia mundial de aumento en el número de gestaciones en mujeres de edad avanzada. Por ejemplo, en los Estados Unidos entre 1991 y 2001 hubo un aumento del 36% en los casos de gestantes de edad entre 35 a 39 años y un aumento del 70% entre madres de 40 a 44 años³⁵.

Esta tendencia se puede observar también en Argentina, donde cada año aumenta el número de madres que dan la luz a sus hijos luego de los 35 años. Según datos del INDEC³⁶ en el año 2015 el 16,3% del total de los nacidos vivos (770.040) fueron de madres de edad igual o mayor a 35 años, en el otro extremo, las madres menores de 19 años fueron el 14,5%. Para el año 2016, el número de gestantes mayores aumentó un 0,8% (el 17,1% de los 728.025 nacimientos), mientras que, para las gestantes menores se observó una baja del 0,9% (el 13,6% del total)

Se conoce que durante la edad fértil en las mujeres existen 2 etapas que son consideradas edades extremas para la maternidad, siendo ellas antes de los 19 años y después de los 35 años, pues conllevan un aumento en los riesgos obstétricos y perinatales tanto para la madre como para el feto³⁷. Por lo que nuestro objetivo principal fue hacer un análisis observacional descriptivo de una población de madres de edad avanzada y observar la frecuencia de patologías gestacionales presentada por ellas.

Durante el periodo de 6 meses observado, ocurrieron 1.312 nacimientos en la institución, de los cuales el 32,16% fueron de madres de edad igual o mayor a 35 años. Esto prácticamente coincide con los trabajos consultados^{38 39}, que obtuvieron el 35,8%. En una investigación en España⁴⁰ en el 2001 observaron que el 24,39% de su población bajo análisis eran gestantes mayores de 35. En

³⁵ Heffner L. 2004 Op. Cit.

³⁶ INDEC. Natalidad y salud reproductiva. Nacidos vivos por edad y nivel de instrucción de las madres, según provincia de residencia. Total del país. Años 2015 y 2016.

³⁷ Cunningham G, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hauth J, Wenstrom K. Williams

³⁸ Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Rios M, Leighton L. 2009. Op. Cit.

Obstetricia. 21 edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2001.593-621.

³⁹ Macías-Villa H, Moguel-Hernández A, Iglesias-Leboreiro J, Bernárdez-Zapata I, Braverman-Bronstein A. Edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido. Acta médica Grupo Ángeles. 2018;16(2):125-132.

⁴⁰ Perez B, Tejedor J, Cepeda P, Gomez A. La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Prog Obstet Ginecol. 2011;54(11):575-580

Cuba en 2017⁴¹ hallaron que para los años 2012, 2013 y 2014 la proporción de gestantes mayores de 35 años fueron de 29,8%, 33,1% y 37,1% respectivamente. Por lo que vemos que nuestro resultado, en lo concerniente a la incidencia de gestantes mayores, está en concordancia a lo hallado por otros autores en diferentes países del mundo.

En nuestra muestra hay un promedio de edad de 37,92 y una mediana de 37 años. Siendo de 52 años la gestante de mayor edad. Si vemos los estudios que se realizaron en Brasil⁴² y en México⁴³. Notamos que nuestra muestra, aunque coincide aproximadamente en la edad promedio, presenta gestantes de edad extrema muy avanzada en comparación a otras investigaciones. Esto puede deberse a un sesgo de la población analizada, al realizarse en una institución privada, a la que acude un segmento poblacional de ingresos medios a altos con mayor nivel educativo y acceso a la planificación materna.

En lo que refiere a las patologías observadas, vimos anteriormente (grafico III) que el 28,54% de las gestantes presentaron al menos una enfermedad gestacional. Pero al subdividir el grupo en dos rangos etarios, uno de 35 a 39 años y el otro de 40 años o más, se pudo observar un aumento en la morbilidad en las gestantes mayores de 40 años. Hallándose patologías en el 25,55% de las gestantes del primer grupo contra el 38,54% del segundo. Lo que evidenciaría que a una mayor edad materna existe una mayor predisposición a padecer de alguna patología gestacional.

Para comparar la incidencia patológica en nuestra muestra con la que obtuvieron otros autores, podemos ver el caso de Nolasco Ble A. Hernández-Herrera R, Ramos-González R(2011)⁴⁴ que, en su estudio en la Ciudad de Monterrey, el 24,8% de las gestantes mayores padecieron al menos una patología propia del embarazo. Una proporción mayor a la nuestra, la obtuvieron Hernández-Cabrera J, Hernández-Hernández D, García-León L, Rendón-García S, Dávila-Albuérne

⁴¹ Toneut C, García M, Veja A, Fernández R, Arechavaleta N, Arechavaleta A. Resultados maternos y perinatales en gestantes con avanzada edad materna. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2017;43(2)1-13

⁴²Gravena A, Sass A, Marcon S, Pelloso S. 2012. Op.Cit.

⁴³ Baranda-Nájera N, Patiño-Rodríguez DM, Ramírez-Montiel ML, Rosales-Lucio J, Martínez-Zúñiga ML, Prado-Alcázar JJ, Contreras-Carreto NA. Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica. Evid Med Invest Salud 2014;7(3):110-113

⁴⁴ Nolasco-Blé A, Hernández-Herrera R, Ramos-González R. (2001) Op. Cit.

B, Suárez-Ojeda R. (2003)⁴⁵ en su trabajo en la Ciudad de la Habana, donde encontraron una proporción mayor del 35,9%.

De las patologías propias del embarazo, las que se presentaron con mayor frecuencia fueron -como anteriormente analizamos en la tabla I- en primer lugar, la Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE) con 31,09%, en segundo lugar, la Diabetes Gestacional (DG) con 21,77%, en tercer lugar, la Amenaza de Parto Prematuro (APP) con 17,65%, en cuarto lugar, la Ruptura Prematura de Membrana (RPM) con 13,45% y en quinto lugar la Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU) con 11,76% de los casos.

Podemos ver que dichos resultados están en línea con lo publicado en la bibliografía internacional sobre el tema. Como ejemplo, Pérez B, Tejedor J, Cepeda P, Gómez A. (2011)⁴⁶ y Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Rios M, Leighton L. (2009)⁴⁷ describen en sus estudios que la patología gestacional de mayor incidencia fue la Diabetes Gestacional con 6,2% y 13,1% de sus muestras respectivamente.

Hernández-Cabrera J, Hernández-Hernández D, García-León L, Rendón-García S, Dávila-Albuerne B, Suárez-Ojeda R. (2003)⁴⁸ encuentran en su investigación la HIE como la enfermedad de segunda mayor incidencia con el 27,1%, precedido por RPM con el 35%. Y por último Toneut C, García M, Veja A, Fernández R, Arechavaleta N, Arechavaleta A. (2017)⁴⁹ nos muestran en su trabajo una incidencia patológica en el siguiente orden HIE con 19,1%, Oligohidramnios con 17,7%, RPM con 15,6% y RCIU con 9,1%.

Cuando realizamos el análisis de las patologías segmentando la muestra, como explicamos más arriba (Tabla II), encontramos que en las madres del grupo 1 (de 35 a 39 años) se repite el orden de las tres primeras enfermedades del rango general de la muestra completa, sin presentar una variación significativa en los porcentajes. Siendo en orden, primer lugar HIE, seguido de DG, compartiendo el

⁴⁵ Hernández-Cabrera J, Hernández-Hernández D, García-León L, Rendón-García S, Dávila-Albuerne B, Suárez-Ojeda R. (2003) Op. Cit.

⁴⁶ Pérez B, Tejedor J, Cepeda P, Gómez A. (2011) Op. Cit.

⁴⁷ Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Rios M, Leighton L. (2009). Op. Cit.

⁴⁸ Hernández-Cabrera J, Hernández-Hernández D, García-León L, Rendón-García S, Dávila-Albuerne B, Suárez-Ojeda R. (2003) Op. Cit.

⁴⁹ Toneut C, García M, Veja A, Fernández R, Arechavaleta N, Arechavaleta A. (2017) Op. Cit.

tercer lugar RPM Y la APP, en cuarto lugar, la Colestasis Gravídica y en quinto lugar la RCIU. Un trabajo que, al igual que el nuestro, realiza una segmentación de su muestra, es el de Toneut C, García M, Veja A, Fernández R, Arechavaleta N, Arechavaleta A. (2017)⁵⁰. Donde también se forma un subgrupo etario de 35 a 39 años, coincidiendo en la incidencia patológica en primer lugar de la HIE, en segundo lugar, la RPM y tercero del RCIU para este grupo.

En nuestro grupo 2 (de 40 a 52 años) se pudo observar que la HIE sigue siendo la más frecuente, pero en un mayor porcentaje, con 37,8% de las gestantes de 40 años o más y que presentaron alguna patología obstétrica. La DG se presentó el 24% de la muestra, y se pudo enfatizar también el importante aumento del porcentaje de la APP y el RCIU entre este grupo, que aparecen en segundo y cuarto lugar, con el 27% y 18,9% respectivamente.

Otro artículo que presenta una segmentación como la nuestra, es el publicado por Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Rios M, Leighton L. (2009)⁵¹. En él los autores toman un subgrupo etario formado por las gestantes mayores de 40 años, obteniendo en su muestra el 16,5 % de las gestantes con DG y un 5% aproximadamente de RPM y RCIU cada uno.

De nuestros resultados se puede notar una asociación significativa entre la Edad Materna Avanzada (EMA) y una mayor frecuencia de patologías gestacionales. Lo que se asemeja a los resultados expresados en la literatura revisada. Y en relación a cuáles fueran las morbilidades maternas, se observa una similitud a las encontradas en la mayoría de los trabajos consultados. Al subdividir la muestra en dos grupos etarios, el orden de incidencia permanece muy semejante, pero con un incremento en los valores de las frecuencias en las madres de 40 años o más. Lo que nos permite deducir que, a mayor edad de la embarazada mayor es el riesgo de presentar algún tipo de patología gestacional. En vista a esto es válido resaltar la importancia de un adecuado e intenso control prenatal en las gestantes de edad avanzada, realizando una precoz detección de las patologías anteriormente analizadas.

⁵⁰ Toneut C, García M, Veja A, Fernández R, Arechavaleta N, Arechavaleta A. (2017) Op. Cit.

⁵¹ Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Rios M, Leighton L. (2009). Op. Cit.

Al evaluar la relación de la presencia de patologías con el uso de métodos de Terapias de Reproducción Asistida (TRA), observamos que una gran proporción, casi el 68% de las mujeres embarazadas después de los 35 años por dichos métodos presentaron algún tipo de patología gestacional. Comparado con solamente el 25,39% de las gestantes que no realizaron TRA, siendo embarazos espontáneos, que también presentaron alguna enfermedad. Esto coincide con lo publicado en el artículo *“¿Son peores los resultados perinatales en las gestaciones únicas conseguidas mediante técnicas de reproducción asistida? Resultados perinatales mediante reproducción asistida”*, realizado en 2005 en España, en el cual sus autores describen que las pacientes EMA que hicieron TRA presentaron más morbilidades gestacionales en comparación a las madres EMA de gestaciones espontáneas. Como, por ejemplo: HIE 10,1% Versus 5,5%; RCIU 7,2% versus 4,2%; oligoamnios 2,9% versus 1,6%, respectivamente⁵².

Cuando analizamos la paridad materna en la muestra hallamos que el 41% de las gestantes eran primíparas. De éstas, un 38,84% presentaron algún tipo de enfermedad gestacional, contra el 22,76% de las multíparas (59%) que también presentaron morbilidad durante el embarazo. De modo que se puede suponer que las primíparas tendrían mayor predisposición, en comparación con las multíparas, en generar alguna patología propia de la gestación. La proporción dada entre primíparas/multíparas de nuestra muestra (41%/59%) coincide con lo encontrado por otros autores. Por ejemplo, en una investigación realizada en la ciudad de San Pablo se encontró que el 40,3% de las gestantes eran primíparas⁵³. En la Ciudad de México el 42,47% de las gestantes fueron primíparas⁵⁴. En una investigación realizada en Perú se obtuvo como resultado una mayor frecuencia de la HIE e indicaciones de cesáreas entre las primíparas añosas en relación al grupo de primíparas menores de 35 años, el estudio refiere que el acto de postergar la maternidad puede asociarse a una falla en la adaptación de miometrio y los vasos sanguíneos, lo que puede ocasionar un

⁵² Sánchez V, Goya MM, Torres A, Guillén V, Delgado C, Ramírez O, García Hernández J.A. ¿Son peores los resultados perinatales en las gestaciones únicas conseguidas mediante técnicas de reproducción asistida? Resultados perinatales mediante reproducción asistida. 2005; 22(6):405-412.

⁵³ Andrade PC, Linhares JJ, Martinelli S, Antonini M, Lippi, Gazi U, Baracat FF. Op. Cit.,

⁵⁴ Baranda-Nájera N, Patiño-Rodríguez DM, Ramírez-Montiel ML, Rosales-Lucio J, Martínez-Zúñiga ML, Prado-Alcázar JJ, Contreras-Carretero NA. (2014). Op. Cit

déficit en el aporte de nutrientes y oxígeno durante la gestación y contractilidad del útero para lograr un parto vaginal⁵⁵.

La Organización Mundial de la Salud⁵⁶ recomienda que sólo un máximo de 15% de los partos sea resuelto por cesáreas, proporción que dista mucho del valor encontrado en nuestro trabajo de un 55,6% de los nacimientos. Sin embargo, sigue siendo menor que lo encontrado por otros autores, que han obtenido hasta un 61,18%⁵⁷, un 61,90%⁵⁸ y un 71,2%⁵⁹ de los nacimientos.

Se puede resaltar que al evaluar la incidencia de cesáreas por rango etario el grupo de madres mayores de 40 años demostraron tener mayor propensión al parto por cesárea con el 68,75% de los casos. Lo que también aconteció, pero en menor proporción, con las madres de 35 a 39 años, en cual el 51,71% tuvieron cesárea como modo de finalización del embarazo. Resultados estos que coinciden con la gran mayoría de los trabajos consultados sobre este tópico. Por ejemplo, en el 2009 en Santiago de Chile, de las gestantes mayores de 40 años el 49,1% tuvieron una cesárea contra el 42,7% de las gestantes de al menos 35 años hasta 39⁶⁰. Mientras que en San Pablo la proporción de embarazadas mayores de 40 años que tuvo una cesárea fue de 64,8% versus el 55,3% de las gestantes entre 35 y 39 años⁶¹.

Para finalizar, evaluamos la influencia de la paridad materna en la vía de finalización del embarazo. Al comparar la tasa de inducción a cesáreas entre el grupo de primíparas y multíparas, se puede observar que en las primíparas hubo una predilección a tener sus hijos por cesáreas. Las primíparas tuvieron una proporción del 59,65% de resolución de sus gestaciones a través de la cesárea versus el 52,85% de las multíparas. Esto coincide con lo hallado en España en 2011, donde los investigadores encontraron un claro aumento de las tasas de

⁵⁵Peña -Ayudante W, Palacios J, Oscuvilca E, Peña A. El primer embarazo en mujeres mayores de 35 años de edad. Rev Per Ginec Obstet. 2011;57:49-53.

⁵⁶OMS 2015. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea.

⁵⁷Baranda-Nájera N, Patiño-Rodríguez DM, Ramírez-Montiel ML, Rosales-Lucio J, Martínez-Zúñiga ML, Prado-Alcázar JJ, Contreras-Carreto NA. (2014). Op. Cit.

⁵⁸Alonso I, Mederos M. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010;36(4):481-489

⁵⁹Nolasco-Blé A, Hernández-Herrera R, Ramos-González R. (2001) Op. Cit.

⁶⁰Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Rios M, Leighton L. (2009). Op. Cit.

⁶¹Andrade PC, Linhares JJ, Martinelli S, Antonini M, Lippi, Gazi U, Baracat F.F. (2004). Op. Cit.

cesáreas, siendo que al 47% de las gestantes EMA primíparas se les realizó el parto por cesárea, dos veces más que a la multíparas, con un 22,7%⁶².

⁶² Pérez B, Tejedor J, Cepeda P, Gómez A. (2011) Op. Cit.

CONCLUSIÓN

En la bibliografía especializada es común, y correcto, el énfasis que se realiza a los especialistas de la salud en la detección y la prevención de las patologías obstétricas en un grupo de riesgo como es el de las gestantes menores de 19 años. Se presentan cifras y estudios que demuestran el riesgo que conlleva esta edad extrema para la gestación. Pero suele pasarse por alto algo que está en auge tanto en el mundo entero como aquí también, que son las gestantes mayores. Este otro grupo etario de riesgo, como pudimos ver en nuestro trabajo, está conformando la misma proporción y está creciendo a un mayor ritmo que el de las embarazadas menores de 19 años, que es el grupo de riesgo en el que se centra la atención convencionalmente.

En base a nuestro trabajo podemos concluir que la edad avanzada de las mujeres embarazadas se asocia significativamente a una mayor morbilidad gestacional y a una mayor incidencia de cesáreas. Esto se acentúa aún más en el caso de las primíparas, donde aumenta significativamente la frecuencia de patologías obstétricas y la terminación del embarazo por medio de cesáreas. Todo esto incrementa el riesgo de mortalidad materna y del recién nacido, requiriendo una mayor atención de los miembros del ámbito de la salud obstétrica en la detección y tratamiento de las patologías desarrolladas por las gestantes mayores de 35 años.

En conclusión, en vista a los datos de los resultados que obtuvimos, y tras realizar una discusión con los trabajos consultados de la literatura internacional sobre el tema, pudimos encontrar una asociación significativa entre la añosidad materna y la presencia de Patologías gestacionales, así como una mayor incidencia de partos cesáreos. Las patologías obstétricas que fueron observadas en la muestra son iguales a las encontradas en la población general, pero se pudo observar que la frecuencia de aparición de las mismas se acentúa en el rango etario más avanzado. Siendo clave enfatizar que estos valores se incrementan en el grupo de las madres primíparas que decidieron tener su primer hijo después de los 35 años y aún más en las que los tuvieron después de los 40 años. Lo que nos debería incitar a realizar como profesionales promotores de la salud, un control más exhaustivo de estas gestantes, para mejorar la atención

y los resultados perinatales. Enfocándonos en tomar medidas para detectar precozmente el riesgo en el prenatal, disminuyendo así las morbilidades y las mortalidades maternas en estas gestantes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Nolasco-Blé A, Hernández-Herrera R, Ramos-González R. Hallazgos perinatal de embarazos en edad materna avanzada. *Ginecol Obstet Mex* 2001; 80(4):270-275.
- 2 Heffner L. Advanced Maternal Age. How Old Is Too Old? *N Engl J Med* 2004;351(51):1927-1929.
- 3 Hollier L, Leveno K, Kelly M, McIntire D, Cunningham F. Maternal Age and Malformations in Singleton Births. *Obstet Gynecol* 2000; 96:701-706.
- 4 Prisak M, Lorenz R, y Kisly A. Pregnancy Outcome in Nulliparous Women 35 Years and Older. *Obstet Gynecol* 1995; 85(1): 65-70.
- 5 Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Rios M, Leighton L. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2009; 74(6):331 – 338.
- 6 Gravena A, Sass A, Marcon S, Pelloso S. Resultados perinatales em gestantes tardías. *Esc Enferm USP* 2012; 46(1): 15-21.
- 7 Battin M, Sadler L. Neonatal intensive care utilization and neonatal outcome of infants born to women aged 40 years and over in New Zealand”, *Acta Paediatr* 2010; 90(2): 219-224.
- 8 Duarte-Gardea M, Muñoz G, Rodríguez-Saldaña J, Escorza- Domínguez AB. Prevalencia, detección y tratamiento de la diabetes gestacional. *Rev Salud Publica Nutr* 2004; 5 (1)
- 9 Schmidt M, Reichelt A. Consenso sobre diabetes gestacional e diabetes pré-gestacional. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia* 1999;43(1):14-20.

- 10 García García C. Diabetes mellitus gestacional. *Med Int Mex* 2008;24(2):148-56
- 11 Gonzalez-Merlo J, Lailla Vincens J, Fabre Gonzales E, Gonzalez Bosquet E. *Obstetricia*. 5ta edición. Barcelona: Masson. 2006
- 12 Quintana N, Rey F, Sisi T, Antonelli C, Ramos M. Preeclampsia. *Revista de postgrado de la VI cátedra de medicina* 2003; 133: 16-20.
- 13 Hernández M, Enriquez O, Izquierdo A, Rivas J. Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2009; 35(1)
- 14 Sánchez, Ramiro A, Ayala, Miryam, Baglivo, Hugo, Velázquez, Carlos, Burlando, Guillermo, Kohlmann, Oswaldo, Jiménez, Jorge, López Jaramillo, Patricio, Brandao, Ayrton, Valdés, Gloria, Alcocer, Luis, Bendersky, Mario, Ramírez, Agustín José, & Zanchetti, Alberto. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. *Revista chilena de cardiología* 2010; 29(1), 117-144.
- 15 Saona Ugarte P. Clasificación de la enfermedad hipertensiva en la gestación. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2015; 52(4), 219-225.
- 16 Guzmán-Juárez W, Ávila-Esparza M, Contreras-Solís R, Levario-Carrillo M. Factores asociados con hipertensión gestacional y preeclampsia *Ginecol Obstet Mex* 2012;80(7):461-466.
- 17 Duley L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. *Semin Perinato. Seminars in Perinatology* 2009;33(3):130-7.
- 18 Avena J, Joerin V, Dozdor L, Bres S. Preeclampsia y eclampsia. *Revista del posgrado de la VI cátedra de medicina* 2007,165.

- 19 Sánchez Nuncio H, Pérez Toga G, Pérez Rodríguez P, Vázquez Nava F. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. *Revista médica del instituto mexicano del seguro social* 2005;43 (5): 377-380.
- 20 Gómez Sosa E. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2000;26: 17-21.
- 21 Uranga Imaz F, Uranga Imaz F (h). *Obstetricia*, 5ta edición, Buenos Aires. Intermedicina. 1983.
- 22 Vigil-De Gracia P. Síndrome HELLP. *Ginecol Obstet.* 2015;83:48-57.
- 23 Estiú C, Frailuna M, Dericco M, Repetto J. Guía de Práctica Clínica: Colestasis intrahepática gestacional. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá* 2012;31(3):125-136.
- 24 Artavia A, León M, Webb K. Colestasis intrahepática del embarazo. *Revista Médica Sinergia.* 2017;4(6):14-23
- 25 Sabogal, J. Retardo del crecimiento intrauterino (RCIU). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 1997;48(2), 107-113.
- 26 Andrade PC, Linhares JJ, Martinelli S, Antonini M, Lippi, Gazi U, Baracat FF. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 años: estudo controlado. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2004;26(9):697-701
- 27 Zanuttini E. Temas de obstetricia. 3ª edición. Buenos Aires: Corpus libros médicos y científicos. 2017. 221-227.
- 28 Peña-Martí G, Barbato J, Betancourt C, Cala R, Douaihi H, Martí Carvajal A. Asociación entre prematuridad y embarazadas en edad avanzada. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2007;67(1).

- 29 OMS (2002). Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetras y médicos.
- 30 Hernández-Cabrera J, Hernández-Hernández D, García-León L, Rendón-García S, Dávila-Albuerne B, Suárez-Ojeda R. Resultados perinatales y maternos de los embarazos en edad madura. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2003;29(2).
- 31 Pérez-Sánchez. Obstetricia, 3ª edición, 1999. Editorial Médica Panamericana.382-404.
- 32 Guevara-Ríos E. Hemorragias de la primera mitad del embaraz. *Rev Per Ginecol Obstet* 2010;56:10-17
- 33 Vander Der Mass do Bom T, Sampaio T, Monteio D, Barmpas D. Complicações fetais em gestações tardias. *Revista HUPE* 2014;13(3): 11-16.
- 34 Te Linde, Thompson R. Ginecología Quirúrgica. 7ª. Edición. 1995
- 35 Schwarcz R, Fescina R, Duvaerges C. Obstetricia. 6ta edición. Buenos Aires. El Ateneo. 2005
- 36 INDEC. Natalidad y salud reproductiva. Nacidos vivos por edad y nivel de instrucción de las madres, según provincia de residencia. Total del país. Años 2015 y 2016; <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-32-94>
- 37 Cunningham G, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hauth J, Wenstrom K. Williams Obstetricia. 21 edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2001.593-621.

- 38 Macías-Villa H, Moguel-Hernández A, Iglesias-Leboreiro J, Bernárdez-Zapata I, Braverman-Bronstein A. Edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido. Acta médica Grupo Ángeles. 2018;16(2):125-132.
- 39 Perez B, Tejedor J, Cepeda P, Gomez A. La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Prog Obstet Ginecol. 2011;54(11):575-580
- 40 Toneut C, García M, Veja A, Fernández R, Arechavaleta N, Arechavaleta A. Resultados maternos y perinatales en gestantes con avanzada edad materna. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2017;43(2):1-13
- 41 Baranda-Nájera N, Patiño-Rodríguez DM, Ramírez-Montiel ML, Rosales-Lucio J, Martínez-Zúñiga ML, Prado-Alcázar JJ, Contreras-Carretero NA. Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica. Evid Med Invest Salud 2014;7(3):110-113
- 42 Sánchez V, Goya MM, Torres A, Guillén V, Delgado C, Ramírez O, García Hernández JA. Son peores los resultados perinatales en las gestaciones únicas conseguidas mediante técnicas de reproducción asistida? Resultados perinatales mediante reproducción asistida 2005; 22(6):405-412.
- 43 Peña-Ayudante W, Palacios J, Oscuvilca E, Peña A. El primer embarazo en mujeres mayores de 35 años de edad. Rev Per Ginec Obstet. 2011;57:49-53.
- 44 OMS. 2015. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1
- 45 Alonso I, Mederos M. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010;36(4):481-489

MATRIZ DE DATOS													
VARIABLE CUANTITATIVA	VARIABLE CUALITATIVA												
EDAD MATERNA	PARIDAD	FINALIZACIÓN EMBARAZO	TRA	PRESENCIA DE PATOLOGÍA	PATOLOGÍA GESTACIONAL	HIE	DG	Colestais	APP	RCIU	OTRAS PATOLOGIAS	CUAL	
AÑOS CUMPLIDOS AL MOMENTO DEL PARTO	PRIMÍPARA	VAGINAL	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NOMINAL	
	MULTÍPARA	FÓRCEPS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO			
			NO	NO									

Rosario.....²⁹ de abril de 2019

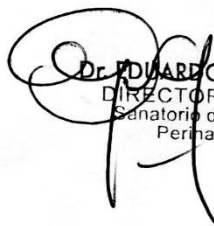
Sanatorio de la Mujer
Director Medico
Dr. Ontiveros Eduardo

De mi mayor consideración:

Por medio de la presente, me dirijo a Ud. A fin de solicitar la posibilidad de realizar mi trabajo de final de carrera titulado **“Patologías obstétricas más frecuentes en gestantes mayores de 35 años.”**. previamente validada con el profesional Dr. Campora, Javier. Se realizara durante el periodo correspondiente al año de 2019, una vez que el comité de evaluación haya evaluado y aprobado mi anteproyecto.

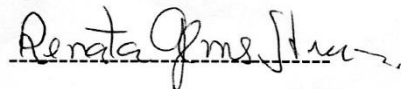
Dicho trabajo, tendrá como tema **“Patologías obstétricas más frecuentes en gestantes mayores de 35 años”**. La tutoría del mismo estará a cargo del Dr.Campora Javier.. El mismo es requisito de la Universidad Abierta Interamericana para culminar mis estudios.

En espera de su respuesta favorable a mi pedido aprovecho la oportunidad para saludarlo con mi consideración más distinguida.



Dr. EDUARDO ONTIVERO
DIRECTOR MEDICO
Sanatorio de la Mujer
Perinat S.A.

Dr. Ontiveros Eduardo



Renata Gomes Siqueira Freire