



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

Tesis de Grado

Previa a la obtención del Título de:
MÉDICO CIRUJANO

TEMA:

**“INCIDENCIA Y COMPLICACIONES MATERNO-INFANTILES EN
GESTANTES MAYORES DE 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL ÁREA DE
GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL VERDI CEVALLOS
BALDA DE PORTOVIEJO EN ENERO 2005 - DICIEMBRE 2006”**

AUTOR:

TORO ESPAÑA MAGALY LORENA

Director de Tesis:

DR. FIDEL MENDOZA

PORTOVIEJO – MANABÍ - ECUADOR

2007

DEDICATORIA

“Cuando estuve cansada y sin fuerzas para continuar me acostaste en tu regazo y con tus pequeñas manos acariciabas mi rostro, entonces sentía que me llenaba de energías y pude seguir adelante. Ahora todo lo conseguido tendrá tu motivo.

Por ser la esperanza y luz de mi vida este trabajo es tuyo, hija...”

MAGALY TORO ESPAÑA

AGRADECIMIENTO

Al concluir este trabajo de investigación quiero agradecer a DIOS por estar a mi lado siempre brindándome confianza, seguridad y haberme ayudado a culminar mi meta más deseada.

A mis padres y a mi hija, antorchas que iluminaron mi camino en esta odisea.

A Danny por su gran apoyo incondicional, a mis hermanos por acompañarme en las diferentes etapas de mi vida, familiares y amigos que siempre estuvieron a mi lado ofreciéndome su apoyo para la culminación de esta tesis de grado.

Al Dr. Fidel Mendoza, Director de Tesis, Dr Hugo Loor, Presidente, a los miembros del Tribunal: Dra. Egny Mendoza y Lcda. María Vélez, acañas, excelentes maestros, profesionales y amigos, por su gran dedicación a la docencia y a nuestra formación, quienes con su conocimiento, experiencia y buena voluntad guiaron e indicaron los pasos para alcanzar mi objetivo.

A todos ellos mi ETERNA GRATITUD.

MAGALY TORO ESPAÑA

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Doctor
Fidel Mendoza
Director de Tesis

Certifica:

Que el presente trabajo de investigación titulado **“Incidencia y complicaciones materno-infantiles en gestantes mayores de 35 años atendidas en el área de Ginecología del Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda de Portoviejo en Enero 2005 - Diciembre 2006”**, es original de Toro España Lorena Magaly; el mismo que fue realizado bajo mi dirección, por lo que después de reunir los requisitos estipulados en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Técnica de Manabí, autorizo su presentación para fines legales consiguientes.

Portoviejo, julio del 2007.

Dr. Fidel Mendoza Mendoza
DIRECTOR DE TESIS

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

**INCIDENCIA Y COMPLICACIONES MATERNO-INFANTILES EN
GESTANTES MAYORES DE 35 AÑOS ATENDIDAS EN EL ÁREA DE
GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL VERDI CEVALLOS
BALDA DE PORTOVIEJO EN ENERO 2005 - DICIEMBRE 2006**

TESIS DE GRADO

Sometido a consideración del Tribunal de Revisión y Evaluación y legalizado por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR:

Dr. Fidel Mendoza Mendoza
DIRECTOR

Dr. Hugo Loor Lino
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dr. Egny Mendoza
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lcda. María Vélez
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. Bosco Barberán Mera
DECANO

Ab. Jhandry Sabando García
ASESOR JURÍDICO

DECLARACIÓN Y DERECHOS DE AUTOR

El presente trabajo consta de ideas, afirmaciones, recopilación y análisis de datos, conclusiones y recomendaciones de exclusividad y responsabilidad del autor.

Magaly Lorena Toro España

C.I. 131015328-1

ÍNDICE DE CONTENIDO

PARTE PRELIMINAR

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Certificación del Director de Tesis	iv
Aprobación por el Tribunal de Revisión y Evaluación	v
Declaración y derechos de autor	vi
Índice de contenido	vii
Índice de tablas y gráficos	xi
Resumen	xiv
Summary	xvi

PARTE PRINCIPAL

I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	4
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
IV. OBJETIVOS	9
V. MARCO TEÓRICO	
CAPÍTULO I	
1.2. DEFINICIÓN	10
1.2.1 VENTAJAS DE UN EMBARAZO TARDÍO	10
1.2.2 DESVENTAJAS DE UN EMBARAZO TARDÍO	11
1.3 LA FERTILIDAD SE REDUCE CON LA EDAD	11

CAPÍTULO II

2.1 RIESGOS DE LAS EMBARAZADAS Y DEL FETO

DE MAS DE 35 AÑOS	12
2.1.1 PARTO DIFÍCIL	12
2.1.2 CESÁREA	13
2.1.3 DIABETES GESTACIONAL	13
2.1.4 ESTADOS HIPERTENSIVOS	14
2.1.5 EMBARAZO ECTÓPICO	14
2.1.6 PLACENTA PREVIA	15
2.2 RIESGO DEL FETO EN UN EMBARAZO DE MUJER AÑOSA	16
2.2.1 PARTO PREMATURO Y BAJO PESO AL NACER	17
2.2.2 MACROSOMÍA FETAL	17
2.2.3 ABORTO ESPONTÁNEO	18
2.2.4 ANORMALIDADES CROMOSÓMICAS	19

CAPÍTULO III

3.1 CUIDADOS ESPECIALES PARA LAS MADRES MAYORES	20
3.2 LOS PROBLEMAS DE SALUD PREEXISTENTES Y SU AFECCIÓN AL EMBARAZO	21
3.3 PRUEBAS Y CONTROLES MÉDICOS	22
3.3.1 ECOGRAFÍAS	21
3.3.2 TRIPLE SCREENING	22
3.3.3 AMNIOCENTÉISIS	23

VI	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	24
VII	METODOLOGÍA	
	TIPO DE ESTUDIO	28
	AREA DE ESTUDIO	28
	POBLACIÓN Y MUESTRA	28
	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	29
	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	29
	TECNICAS E INSTRUMENTOS	29
	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	29
	TABULACION Y ANÁLISIS	30
	RECURSOS	30
VIII	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	
	RESULTADOS	32
	ANÁLISIS DE LOS TRESULTADOS	50
	DISCUSIÓN	53
IX	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
	CONCLUSIONES	57

RECOMENDACIONES	59
-----------------	----

MARCO ADMINISTRATIVO

PRESUPUESTO	60
-------------	----

CRONOGRAMA	61
------------	----

BIBLIOGRAFIA	62
--------------	----

ANEXOS	64
--------	----

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

1. **GRÁFICO y TABLA N° 1:** Distribución por frecuencia según prevalencia.
Hospital Provincial de Portoviejo. Enero 2005-Diciembre 2006. 32
2. **GRÁFICO y TABLA N° 2:** Distribución por frecuencia de embarazadas añosas según la edad. Hospital Provincial de Portoviejo. Enero 2005-Diciembre 2006 33
3. **GRÁFICO y TABLA N° 3:** Distribución por frecuencia según la procedencia.
Hospital Provincial de Portoviejo. Enero 2005-Diciembre 2006. 34
4. **GRÁFICO y TABLA N° 4:** Distribución por frecuencia según escolaridad.
Hospital Provincial de Portoviejo. Enero 2005-Diciembre 2006. 35
5. **GRÁFICO y TABLA N° 5:** Distribución por frecuencia según la paridad.
Hospital Provincial de Portoviejo. Enero 2005-Diciembre 2006. 36
6. **GRÁFICO y TABLA N° 6:** Distribución por frecuencia según el intervalo intergenésico. Hospital Provincial de Portoviejo. Enero 2005-Diciembre 2006. 37
7. **GRÁFICO y TABLA N° 7:** Distribución por frecuencia según el tipo de parto u aborto. Hospital Provincial de Portoviejo. Enero 2005-Diciembre 2006. 38

8. **GRÁFICO y TABLA N° 8:** Distribución por frecuencia según las complicaciones obstétricas. Hospital Provincial de Portoviejo. Enero 2005-Diciembre 2006. 39
9. **GRÁFICO y TABLA N° 9:** Distribución por frecuencia según el tipo de distocia. Hospital Provincial de Portoviejo. Enero 2005-Diciembre 2006. 40
10. **GRÁFICO y TABLA N° 10:** Distribución por frecuencia según las complicaciones no obstétricas. Hospital Provincial de Portoviejo. Enero 2005-Diciembre 2006. 41
11. **GRÁFICO y TABLA N° 11:** Distribución por frecuencia según los antecedentes quirúrgicos. Hospital Provincial de Portoviejo 42
12. **GRÁFICO y TABLA N° 12:** Distribución por frecuencia según el tipo de desgarro. Hospital Provincial de Portoviejo. Enero 2005-Diciembre 2006. 43
13. **GRÁFICO y TABLA N° 13:** Distribución por frecuencia según la condición del recién nacido al momento de nacer. Hospital Provincial de Portoviejo. Enero 2005-Diciembre 2006. 44
14. **GRÁFICO y TABLA N° 14:** Distribución por frecuencia según el apgar de los recién nacidos. Hospital Provincial Portoviejo. Enero 2005-Diciembre 2006. 45

15. **GRÁFICO y TABLA N° 15:** Distribución por frecuencia según la edad gestacional. Hospital Provincial de Portoviejo. Enero 2005-Diciembre 2006. 46
16. **GRÁFICO y TABLA N° 16:** Distribución por frecuencia según el peso del recién nacido. Hospital Provincial de Portoviejo. Enero 2005-Diciembre 2006. 47
17. **GRÁFICO y TABLA N° 17:** Distribución por frecuencia según la presentación del recién nacido. Hospital Provincial de Portoviejo. Enero 2005-Diciembre 2006. 48
18. **GRÁFICO y TABLA N° 18:** Distribución por frecuencia según las malformaciones congénitas. Hospital Provincial de Portoviejo. Enero 2005-Diciembre 2006. 49

RESÚMEN

El embarazo en mujeres mayores de 35 años es de especial interés debido al aumento de complicaciones tanto maternas como fetales. En la actualidad es frecuente el retraso en la maternidad, por lo que es importante estudiar el impacto de los principales factores asociados a este grupo.

El presente estudio es de tipo retrospectivo analizando un total de 440 embarazadas de 35 y más años ingresados al área de Ginecología del Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda desde enero 2005 a diciembre 2006. Para tal propósito se obtuvo la información del expediente clínico mediante una hoja de recolección de datos y se analizaron las variables más importantes comparándolas con las incidencias generales en la población.

Al concluir el presente estudio se observó que de las 440 pacientes el 57% tuvieron una edad comprendida entre 35 y 40 años, un 53% fueron multíparas, de escolaridad inferior, el 59% procedentes de zonas rurales, con un período intergenésico mayor de 2 años. El 55% fueron partos eutócicos, las cesáreas correspondieron al 34%.

La complicación obstétrica más frecuente fueron las distocias en un 20% seguido de la preeclampsia en un 12%. Entre las complicaciones no obstétricas la más frecuente fueron los desgarros en un 27%., seguido de los antecedentes quirúrgicos.

El 85% de las pacientes tuvieron niños vivos, el 68% a término con apgar normal, el 70% con peso adecuado, el 97% sin ninguna malformación congénita.

Ante la problemática planteada en esta investigación se debe llevar una evaluación gineco-obstétrica periódica de las pacientes embarazadas mayores de 35 años, a fin de evitar a tiempo alguna complicación para esta o el producto.

Palabras clave: embarazadas añosas.

SUMMARY

Pregnancy in women 35 years and older is of special interest due to the increased maternal and fetal complications. Because of this and the rising incidence of delayed pregnancies, it's considered important to study the impact of the principal risk factors associated to this group.

The present study is of retrospective type analyzing a total of 440 pregnant of 35 more years entered the Service of gineco-obstetrics of the Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda in the period between from January 2005 to December 2006. For such purpose the information of the clinical file by means of a leaf of gathering of data was obtained and was analyzed the most important variables comparing them with the general incidences in the population.

Upon concluding the present study is was observed that of the 440 patients the 57% they had an age understood between 35 and 40 years, a 53% they were multíparas, of escolaridad inferior, the 59% coming from rural zones, with a period greater intergenésico of 2 years. The 55% they were childbirths eutócicos, the caesarean operations corresponded to the 34%.

The obstetric complication more frequent was the distocias in a 20% followed by the preeclampsia in a 12%. Between the complications not obstetric the more frequent was the lacerations in a 27%., followed by the surgical antecedents.

The 83% they of the patients had alive children, the 68% to term with normal apgar, the 70% with appropriate peso, the 96% without no congenital malformación.

Of the problems expounded in this investigation should take the pregnant old patients' of 35 years gineco-obstetric periodic evaluation, in order to avoiding any complication for this or the product on time.

Key words: pregnancy old women.

INTRODUCCIÓN

El embarazo y el parto son procesos totalmente naturales, sin embargo, en determinadas condiciones y circunstancias la gestante presenta mayores riesgos de morbi-mortalidad materna y perinatal, el embarazo en los extremos de la vida reproductiva es considerado como factor de riesgo, por el aumento de la patología perinatal que se presenta.

La mujer de nuestro medio tiene su pareja a edad temprana, sin embargo la opción de tener un hijo puede retrasarse por diversas causas como son la incorporación de la mujer a los estudios, el mundo laboral, así como problemas de infertilidad en la pareja o de mala planificación familiar, incluso problemas de índole cultural, por ello difiere su matrimonio y los hijos para más adelante, de modo que se está observando gestaciones y partos en mujeres con edad cada vez mayores.

El aumento de la incidencia de embarazo en mujeres de 35 años o más en países desarrollados ha sido reportado; sin embargo, son contados los trabajos en nuestro medio que expliquen este incremento.

“La mujer añosa tiene posibilidades de presentar complicaciones, tales como hipertensión arterial, diabetes, leiomiomatosis uterina, preeclampsia y presentaciones anormales, así como, parto prematuro, retardo de crecimiento intrauterino y aumento de la mortalidad materno perinatales.”¹ “Dentro de la patología neonatal más

¹ S.E.G.O. “Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción” 2Vols. 1ºed©2003 Editorial Médica Pánamericana, S.A. Madrid, España

frecuente, se encuentra el bajo peso del niño y un aumento de la incidencia de anomalías congénitas.”²

Durante años se ha comprendido que ciertos subgrupos específicos tienen mayor riesgo de síndrome de Down (trisomía 21), el grupo de riesgo alto más ampliamente conocido es el de mujeres mayores de 35 años (edad materna avanzada), ya que el riesgo de tener un hijo con alguna anomalía cromosómica se incrementa con la edad materna. “ Desde hace tiempo se ha establecido que el riesgo de síndrome de Down avanza de una frecuencia de uno en 365 a los 35 años a uno en 32 a los 45 años., si se considera todas las anomalías cromosómicas, la incidencia es de alrededor del doble, aumenta de uno en 80 a los 35 años a uno en 20 a los 45 años, pero existen informaciones contradictorias sobre si la edad materna avanzada supone un factor de riesgo añadido para la gestación.”³

Igualmente se considera como patología prevalente el aumento de cesáreas durante la atención del parto, entre otras.

Teniendo en consideración todo lo señalado con relación a la gestación en edad avanzada, se desarrolló este estudio, para conocer el riesgo para el parto, el producto y de la gestante añosa atendida en nuestro hospital.

El presente estudio es de tipo Descriptivo-Retrospectivo, analiza a pacientes embarazadas de mediana edad, y las condiciones del niño al nacer atendidos en el Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el período Enero del

² S.E.G.O. “Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción” 2Vols. 1ªed©2003 Editorial Médica Pánamericana, S.A. Madrid, España

³ A.C.O.G. “Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia” Washington. Embarazo en mujeres de mas de 30 años riesgos para le madre y el niño. Publicado en 1999

2005 a Diciembre del 2006, y además pretende determinar, cual es la incidencia, características importantes como edad, procedencia, complicaciones del parto y complicaciones del niño al nacer.

La fuente de información es de tipo secundaria, utilizando las historias clínicas tomadas de las estadísticas del Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

“ En países mas desarrollados; a principios de los 90, las mujeres decidían tener su primer hijo a los 26 años, actualmente la edad media en la que las mujeres se quedan embarazadas son los 30 años; esta demora en la concepción es en parte consecuencia de la incorporación de la mujer al mercado laboral y las escasas ayudas que éstas reciben en su entorno de trabajo, según argumentan algunas de ellas.”⁴ En el Ecuador los motivos para la demora en la concepción parecen ser otros inclinándose más a la falta de planificación familiar y a los pocos conocimientos del riesgo que pueden llegar a tener.

Hasta hace poco, el embarazo de una mujer a los 30 años era considerado arriesgado, hoy esta realidad ya no asusta. Por diversas razones, la mayoría de las mujeres eligen la edad de los 30 para embarazarse; y los médicos consideran hoy una gestación de riesgo a las embarazadas mayores de 35 años y en algunos casos, a las que tengan más de 38 años de edad.

En muchos casos un embarazo en mujeres con mas de 35 años permite un hijo deseado entorno a una buena planificación familiar fruto de una decisión más meditada, sin embargo un embarazo tardío puede llevar riesgos durante este, tanto para la madre como para el hijo, ya que las mujeres de 35 años o más tienen mayores probabilidades de desarrollar presión arterial elevada, diabetes, fibromas (formaciones no cancerosas) en el útero, así como de tener problemas durante el parto, o el riesgo de tener un bebé con bajo peso, o con alguna anomalía cromosómica como el síndrome de Down.

⁴ [http://www.nacersano.org/tratados OMS/centro/9388_9909.asp/preconcepción/salud_prenatal](http://www.nacersano.org/tratados_OMS/centro/9388_9909.asp/preconcepción/salud_prenatal).

La centralidad que ha ido adquiriendo este tema no esta vinculada con los aspectos psicológicos y sociales; sino que esta vinculada con sus consecuencias, como es; el riesgo para la vida de la madre y de su hijo; riesgo, asociado a la pobreza, nutrición, mala salud, e inmadurez emocional de la gestante

Los avances de la medicina han ayudado a las mujeres entre los 35 y 50 años a tener embarazos con menos riesgos que en el pasado, a pesar de esto, es necesario que las mujeres conozcan los riesgos relacionados con los embarazos a estas edades. En el Hospital Provincial de Portoviejo se desconoce cual es la cifra de embarazo en mujeres añosas, y las complicaciones materno-infantil que presentaron, de ahí la importancia y necesidad de realizar un estudio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“Los embarazos en mujeres mayores de 35 años aumentan año tras año, y afecta a los países europeos, especialmente a España, en estudios publicados en 1999 indica que en 1343 partos, de los cuales 267 correspondieron a gestantes de 35 años a más, la duración media de la gestación fue 38,3 semanas, el 29,6% de los partos fue por cesárea, la presentación podálica ocurrió en 2,9%. Dentro de las patologías que se asociaron al embarazo estuvieron, la toxemia (6,7%) y la rotura prematura de membranas (RPM) (16,5%). Los niños macrosómicos y grandes para edad gestacional representaron 8,9% y 11,9%, para recién nacidos de bajo peso, así como, los traumatismos obstétricos (4,5%) y las hemorragias posparto (10,1%)”.⁵

En Estados Unidos, las tasas de embarazos de mujeres mayores de 30 años se encuentran en los niveles más altos registrados en tres décadas.

“Según la OMS en 1991 decretó que, cada año mueren más de 500 000 mujeres de más de 35 años por causas relacionadas con el embarazo y el parto. En 1994 la OMS publicó que (los riesgos de la procreación son más graves para las mujeres que ya son mayores, porque es posible que sus organismos sean menos capaces de hacer frente al estrés físico del embarazo y el parto, las probabilidades de morir en el embarazo o el parto son cinco veces mayores entre las mujeres de más de 35 años que entre las de 20 a 24 años, también aumenta en las mujeres que ya son mayores el

⁵ [http/ www.google.com](http://www.google.com). Centro Nacional de Estadísticas Sobre la Salud. Gob/ España 2003

riesgo de dar a luz a criaturas con insuficiencia ponderal o con alguna discapacidad.)”⁶

Las causas más comunes de muertes maternas en estas pacientes fueron las complicaciones del embarazo y del parto, tales como hemorragias, trastornos hipertensivos del embarazo, septicemia, complicaciones del aborto, y parto obstruido.

“En Costa Rica en un total de 376 embarazadas mayores de 35 años ingresadas al Servicio de Maternidad del Hospital Maximiliano Peralta, entre el 1 de julio del 2001 y el 30 de junio del 2002, se observó que el 56,1% de las pacientes tenían edades comprendidas entre los 36 y 40 años. El 88,2% tenían al menos 2 labores de parto previas, aproximadamente el 84% de las embarazadas tuvieron embarazos a término y un 46,8% presentaron complicaciones, de las cuales las más frecuentes fueron RPM (7,9%), HIE (7,7%), HTA-HIE (5%) y SFA (3,2%). Las cesáreas representaron el 28% de los partos siendo la indicación más frecuente cesárea anterior (7,2%). Las complicaciones más importantes del parto fueron la hemorragia (12,2%) y los desgarros (11,4%). Se presentaron 8 óbitos durante el estudio. El embarazo a término se dio en 316 pacientes, el 94 % de los productos tuvieron una presentación cefálica, de los niños nacidos de estas madres añosas, un 78% presentaron un Apgar mayor a 7.”⁷

“ Desde fines de los años 70, en el Ecuador, ha aumentado significativamente la tasa de bebés nacidos de mujeres de 35 a 50 años de edad. Según el Centro Nacional

⁶ [http://www.nacersano.org/tratados OMS/centro/9388_9909.asp](http://www.nacersano.org/tratados_OMS/centro/9388_9909.asp)

⁷ <http://www.google.com> Revista Costarricense de Ciencias Médicas Rev. costarric. cienc. méd v.25 n.1-2 San José ene. 2004

de Estadísticas sobre la Salud, entre 1978 y 1998, la tasa de nacimientos correspondiente a mujeres de 35 a 39 años prácticamente se duplicó. Entre 1981 y 1997, la tasa aumentó en un 92 por ciento para las mujeres de entre 40 y 50 años. De las patologías detectadas durante el embarazo se encontró la hipertensión arterial encabezando la lista seguida de la diabetes, mientras que los productos en su mayoría se encontraron pequeños para la edad gestacional”⁸

“La OPS en el 2003 el Ecuador, registró 139 muertes maternas, de las cuales 87 eran mujeres mayores de 35 años de edad; esta cifra fue mayor en los cuatro primeros años de la década de 1990. Se estima que el número real de muertes podría ser hasta el doble de las registradas, dentro de las causas de muerte se registró que el edema, proteinuria y los trastornos hipertensivos durante el embarazo, parto y puerperio ocasionó 41,7% de las muertes maternas registradas en el 2003.”⁹

“Según el centro de estadísticas de la Maternidad Isidro Ayora de Quito, de los 11026 partos registrados en el 2004 el 25,27% fue realizado por adolescentes de 10 a 19 años de edad, mientras que el 37,42% tenían mas de 35 años, el resto correspondía a mujeres entre 20 y 30 años.”¹⁰

Por esta razón se plantea el siguiente problema

¿Cuál es la incidencia y complicaciones materno-infantiles en gestantes mayores de 35 años atendidos en el área de Ginecología del Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda de Portoviejo en Enero 2005 - Diciembre 2006?.

⁸ [http/ www.google.com](http://www.google.com). Centro Nacional de Estadísticas Sobre la Salud. Gob/ Ecuador 2003/ embarazo de alto riesgo

⁹ [www. Noticias del Ecuador y del mundo Hoy Online.htm](http://www.Noticias del Ecuador y del mundo Hoy Online.htm)

¹⁰ [http/www.google.com/salud reproductiva/.Gobierno de Ecuador/Quito2000](http://www.google.com/salud reproductiva/.Gobierno de Ecuador/Quito2000)

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la incidencia y complicaciones materno-infantiles en gestantes mayores de 35 años atendidas en el área de Ginecología del Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda de Portoviejo en Enero 2005 - Diciembre 2006.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la incidencia de gestantes mayores de 35 años.
- Identificar las características generales de las pacientes.
- Identificar el tipo de parto (normal o cesárea) y el porque se dió esta opción
- Describir las patologías preexistentes o asociadas al embarazo
- Establecer las complicaciones maternas o fetales producidas durante el parto o cesárea, y después de este.
- Establecer las condiciones del recién nacido al momento de nacer.

CAPÍTULO I

EMBARAZADA AÑOSA

1.1 DEFINICIÓN.-

“ Se define como embarazada añosa a toda aquella gestante que supera los 35 años de edad.”¹¹

1.1.1 VENTAJAS DE UN EMBARAZO TARDÍO

- “Que la madre tenga una mejor situación económica.
- Que la madre y/o padre tengan una situación laboral más estable.
- La madre esta más informada acerca de lo que quiere.
- El hijo suele ser deseado y querido.
- La pareja suele tener una relación mas equilibrada.
- La madre y/o el padre se sienten más seguros al enfrentarse con la educación del bebe.
- Ambos saben lo que conlleva tener un bebe en casa.
- No ven los cuidados del bebe como un sacrificio sino como una compensación.
- A veces, cuando no se trata del primer hijo, puede generar más tranquilidad a la madre a la hora de tener y educar a su bebé”¹²

¹¹ NOVAK. Tratado de Ginecología. Décima segunda edición. Editorial McGraw_Hill, Interamericana S.A México D.F. 1998

¹² www.google.com. guía infantil. Ventajas y desventajas de gestantes de más de 35 años

1.1.2 DESVENTAJAS DE UN EMBARAZO TARDÍO

“Necesidad de pruebas y controles que deben pasar las mujeres durante el embarazo como forma de detectar posibles anomalías del niño, y otros posibles problemas asociados a la edad avanzada de la madre.

El que hacer frente a los cuidados del bebé, se tenga que compaginar con la tarea de atender a unos padres mayores o enfermos.

La vida laboral ya establecida puede causar un estrés en la mujer, debido al probable sentimiento de impotencia y de frustración para llevar la situación.”¹³

La carencia de necesidad afectiva que pueda tener el niño, debido a la vida laboral de los padres.

1.2 LA FERTILIDAD SE REDUCE CON LA EDAD

“Por lo general, las mujeres comienzan a experimentar una disminución en su fertilidad a partir de los 30 años hasta de un 5%.”¹⁴

La disminución de la fertilidad que se produce con la edad, puede atribuirse en parte a una menor frecuencia de la ovulación, (hay que tener en cuenta que la mujeres nacemos con un número determinado de óvulos y estos no se renuevan a lo largo de la vida, por lo que también envejecen) o a problemas tales como la endometriosis.

¹³ www.google.com. guía infantil. Ventajas y desventajas de gestantes de más de 35 años

¹⁴ www.geosalud.com embarazo de alto riesgo/la fertilidad en mujeres mayores de 35 años

CAPÍTULO II

2.1 RIESGOS DE LAS EMBARAZADAS Y DEL FETO DE MÁS DE 35 AÑOS

Ya se ha dicho que la mujer embarazada en especial de más de 35 años puede presentar durante la gestación y el parto múltiples problemas como son:

- Parto difícil
- Cesárea
- Diabetes gestacional
- Estados hipertensivos
- Placenta previa
- Embarazo ectópico
- Aborto

2.1.1 PARTO DIFÍCIL

En las pacientes añosas, aumenta la incidencia de distocias del motor del parto, causadas por contracciones uterinas anormales que no tienen la suficiente fuerza o que aparecen en forma excesiva, atonía uterina, e inclusive tumoraciones (miomas). “Es recomendable durante el IV período el mantenimiento de la perfusión oxitócica profiláctica durante un mínimo de 6 horas para prevenir la atonía uterina.”¹⁵ Así mismo las distocias fetales, son casos frecuentes en estas embarazadas.

¹⁵ S.E.G.O. “Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción” 2Vols. 1ªed©2003 Editorial Médica Pánamericana, S.A. Madrid, España

2.1.2 CESÁREA

Las probabilidades de tener un parto por cesárea aumentan con la edad. Aparentemente, las madres primerizas de más de 40 años tienen el doble de probabilidades que las madres primerizas de menos de 30 años de tener un parto por cesárea. “En 2003, según los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), aproximadamente el 47 por ciento de las madres primerizas de más de 40 años, el 33 por ciento de las madres entre 30 y 39 años y el 21 por ciento de las madres de menos de 30 años tuvieron un parto por cesárea.”¹⁶

2.1.3 DIABETES GESTACIONAL

Es la que aparece o se reconoce por primera vez durante la actual gestación, esta definición es independiente de que pudiera existir previamente, de las semanas de gestación en el momento del diagnóstico, de que requiera insulina para su control o de que persista después del embarazo.

“ El despistaje de la diabetes gestacional debe realizarse en todas las embarazadas en el inicio del embarazo y entre las 24 y 28 semanas, porque este es el momento de máxima rentabilidad diagnóstica”¹⁷.

¹⁶ Biblioteca de Salud El Embarazo Después de los 35 Años.htm. March of Dimes

¹⁷ S.E.G.O. “Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción” 2Vols. 1ªed©2003 Editorial Médica Pánamericana, S.A. Madrid, España

2.1.4 ESTADOS HIPERTENSIVOS

Es la hipertensión desarrollada durante el embarazo, parto o puerperio, en una mujer sin existir previamente. “El diagnóstico del cuadro antes de las 20 semanas presumiblemente permita encuadrarlo en una hipertensión preexistente al embarazo, esta HIE se da entre el 5 al 10% de la población en general.”¹⁸

La preeclampsia se la define como la hipertensión inducida por el embarazo acompañada de proteinuria y edema. Al presentar convulsiones o coma sin causa previa se denomina eclampsia.

2.1.5 EMBARAZO ECTÓPICO

Se considera embarazo ectópico a todo aquel que anida fuera de la cavidad endometrial, puede ser ovárico, tubárico, intersticial, abdominal, y cervical. “Se lo puede considerar a toda mujer con:

- Aumento de la sensibilidad a la exploración abdominal
- Dolor a la palpación anexial
- Peritonitis
- Palpación de tumoración anexial
- Útero aumentado de tamaño
- Abombamiento en el fondo de saco de Douglas

¹⁸ [http/ www. Google.com](http://www.google.com) ASCOFAME Asociación Colombiana de Facultades de Medicina” Guías de la práctica médica. Placenta previa/Artículo 132

- Shock"¹⁹

2.1.6 PLACENTA PREVIA

La placenta previa es la implantación de la placenta en el segmento uterino inferior, pudiendo alcanzar los márgenes del orificio cervical interno.

“ Un estudio realizado en Colombia en el 2005 comprobó que las mujeres mayores de 35 años tienen el doble de probabilidades de presentar placenta previa, y que las mujeres mayores de 40 años tiene tres veces mayores probabilidades de tener esta complicación. Sin embargo se estima que el total de placentas previas no supera el 1,3% del total de embarazos”²⁰.

“Según su implantación en el segmento uterino inferior se la puede diferenciar en varios tipos:

Placenta previa total (I):

El orificio cervical interno esta totalmente cubierto por la placenta

Placenta previa parcial (II):

El orificio cervical interno esta cubierto de forma parcial

Placenta previa marginal (III):

¹⁹ S.E.G.O. “Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción” 2Vols. 1ªed©2003 Editorial Médica Pánamericana, S.A. Madrid, España

²⁰ [http/ www. Google.com](http://www.Google.com) ASCOFAME “Asociación Colombiana de Facultades de Medicina” Guías de la práctica médica. Placenta previa/Artículo 132

La placenta llega justamente al borde del orificio cervical interno.

Placenta previa lateral o de inserción baja (IV):

El borde placentario se implanta en el segmento uterino inferior, no llegando hasta el orificio cervical interno”²¹

2.2 RIESGO DEL FETO EN UN EMBARAZO DE MUJER AÑOSA

Los riesgos que pudiera presentar el feto en un embarazo en mujer añosa son múltiples, e incluso si es bien llevado el embarazo pudieran presentarse.

Estos riesgos son:

- Parto prematuro, y bajo peso al nacer
- Niños macrosómicos
- Aborto espontáneo
- Muerte perinatal
- Anormalidades cromosómicas
- Embarazo ectópico

²¹ S.E.G.O. “Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción” 2Vols. 1ªed©2003 Editorial Médica Pánamericana, S.A. Madrid, España

2.2.1 PARTO PREMATURO Y BAJO PESO AL NACER

“El bajo peso de nacimiento ocurre cuando un bebé pesa menos de 2.500 gramos en el momento de nacer. Un peso de nacimiento menos de 1.500 gramos se considera extremadamente bajo.

Hay dos categorías de recién nacidos de bajo peso:

Los bebés nacidos antes de tiempo (también llamados bebés prematuros), son aquellos que nacen antes de la 37 semana de gestación. Del 10 a un 15% de todas las embarazadas tienen un parto pretérmino, más del 60 por ciento de los bebés que nacen con peso bajo son prematuros.

Los bebés pequeños para su edad gestacional son los que nacen al terminar el ciclo de gestación, pero pesan menos de lo normal. Este problema puede ser debido a un crecimiento inadecuado dentro del útero.”²²

Hay algunos bebés que son prematuros y también pequeños para la edad gestacional, los cuales tienen aun más posibilidades de presentar problemas debidas a su bajo peso.

2.2.2 MACROSOMÍA FETAL

La macrosomía hace referencia a un bebé que es considerablemente más grande de lo normal. Todos los nutrientes que el feto recibe vienen directamente de la sangre de la madre. Si la sangre de la madre tiene demasiada glucosa, el páncreas del feto percibe los niveles altos de glucosa y produce más insulina en un esfuerzo por usar

²² Embarazo a los 30 · EMBARAZO Y PARTO · Canal MUJER · Terra.htm

esa glucosa. El feto convierte el excedente de glucosa en grasa. “Aun cuando la madre tiene diabetes gestacional, el feto puede producir toda la insulina que necesita. La combinación de los niveles altos de glucosa de la madre y de los niveles altos de insulina en el feto da como resultado la formación de grandes depósitos de grasa, lo cual causa el crecimiento excesivo del feto”²³.

2.2.3. ABORTO ESPONTÁNEO

“Se calcula que el 25% de todos los embarazos humanos finalizan en aborto espontáneo, y tres cuartas partes de los abortos suceden en los tres primeros meses de embarazo. Algunas mujeres tienen cierta predisposición a tener abortos, y con cada aborto sucesivo disminuyen las posibilidades de que el embarazo llegue a término.

Las causas del aborto espontáneo no se conocen con exactitud. En la mitad de los casos, hay alteraciones hormonales, cromosómicas, o del tejido placentario, que puede ser consecuencia de trastornos de las propias células germinales o de una alteración de la implantación del óvulo en desarrollo. Aunque también pueden ser consecuencia debido al entorno materno.”²⁴

²³ EL MUNDO Suplemento de Salud 104 - Embarazo de alto riesgo.htm

²⁴ Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2003. © 1993-2002 Microsoft Corporation.

Reservados todos los derechos.

2.2.4 ANORMALIDADES CROMOSÓMICAS

“Diversas trisomías son mas frecuente en hijos de mujeres añosas, especialmente la trisomía 21, pero también la 13, la triple X, el síndrome de KLINEFELTER, e incluso el síndrome de TURNER. En el síndrome de KLINEFELTER, los hombres tienen al menos un cromosoma X extra, esto generalmente ocurre como resultado de un cromosoma X adicional (escrito como XXY). El síndrome de TURNER, descrito por este autor en 1938 como infantilismo sexual”, ausencia del cromosoma sexual, estatura baja, cuello corto y ancho a veces con pliegue cutáneo y cubito valgus. Especial mención requiere la trisomía 21- S. Down ya que ella sola representa la mitad de las anomalías cromosómicas a estas edades, siendo la causa más común de retraso mental o del desarrollo.”²⁵

Además diferentes anomalías somáticas genéticas no cromosómicas se asocian a la edad materna avanzada en el embarazo como son las malformaciones cardíacas, sindactilia, polidactilia, labio leporino, y malformaciones anorrectales.

²⁵ EL MUNDO Suplemento de Salud 104 - Embarazo de alto riesgo.htm

CAPÍTULO III

3.1 CUIDADOS ESPECIALES PARA LAS MADRES MAYORES

Si una mujer pretende embarazarse a una edad mayor es necesario planificar el embarazo visitando al médico antes de quedar embarazada, esta consulta previa permite solucionar las dudas de la pareja, y crear un ambiente propicio para un embarazo saludable. Si la mujer ya esta embarazada es importante visitar al medico para comprobar el estado de salud de la mujer y del feto.

Los cuidados prenatales son sumamente importantes para reducir los riesgos maternos y fetales, es así que las mujeres de más de 35 años deben seguir reglas básicas para poder llevar un embarazo sano a término:

- “Visitar al médico de manera regular mas control de signos vitales
- Lograr el peso adecuado antes de la concepción
- Controlar el peso adecuado durante la concepción
- Comer alimentos sanos y nutritivos, incluidos los que contengan ácido fólico, como el zumo de naranja, legumbres, frutos secos, cereales, y verduras de hojas verdes.
- No consumir bebidas alcohólicas como licores, cerveza, vino o mezclas de vino con frutas durante el embarazo.
- Administración de hierro durante todo el embarazo
- No fumar durante el embarazo.
- No automedicarse.

- Tomar una multivitamina como ácido fólico del complejo de vitaminas B diariamente 3 meses antes y durante la primera etapa del embarazo para ayudar a prevenir ciertos defectos de nacimiento del cerebro y médula espinal. (Esto atañe a todas las mujeres en edad de tener hijos.)
- Hacer ejercicio moderado.”²⁶

3.2. LOS PROBLEMAS DE SALUD PREEXISTENTES Y SU AFECCIÓN AL EMBARAZO

La hipertensión arterial y la diabetes también pueden ocurrir por primera vez durante el embarazo, especialmente en mujeres de más de 35 años de edad. “ Un estudio de la escuela de medicina Mount Sinai de la ciudad de Nueva York en 1990 demostró que es dos veces más probable que una mujer de más de 35 años de edad desarrolle una hipertensión arterial y diabetes que una mujer de 20 y 30 años, y determinó que en las mujeres de 40 años de edad o más tenían tres veces más probabilidades de contraer diabetes y casi el doble de probabilidades de desarrollar hipertensión arterial durante el embarazo que las mujeres entre 20 y 30 años. De la misma manera, las madres primerizas de más de 40 años tienen un 60 por ciento de mayores probabilidades de desarrollar hipertensión arterial y cuatro veces más probabilidades de contraer diabetes durante el embarazo que las madres de 20 y 30 años”²⁷.

Por lo general, estos trastornos no presentan grandes riesgos a la madre o al bebé cuando se los diagnostica en forma temprana y se practica el tratamiento adecuado.

²⁶ [Htp/www.Google.com](http://www.Google.com) Cuidados especiales para la madres mayor.htm. guía infantil.com

²⁷ S.E.G.O. “Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción” 2Vols. 1ªed©2003 Editorial Médica Pánamericana, S.A. Madrid, España

3.3 PRUEBAS Y CONTROLES MÉDICOS

Estas pruebas servirán para detectar posibles malformaciones congénitas, y también para comprobar y acompañar el estado de salud de la madre. Entre las pruebas más importantes que se pueden realizar están:

- Ecografías
- Triple screening
- Amniocentésis

3.3.1 Ecografías.-

“Por norma, se recomienda que se haga una ecografía cada tres meses. La que se realiza entre la semana 11 y la 13 mide el pliegue nucal. La realizada entre las semanas 18 y 20, en especial la de III nivel servirá para detectar malformaciones congénitas físicas, en especial del área cardiaca.”²⁸ La tercera ecografía se la realiza a las 32 semanas de gestación y sirve para determinar todas las estructuras anatómicas fetales.

3.3.2 Triple screening.-

“A través de un exámen de sangre de la madre se puede detectar la presencia de 3 hormonas: 1) alfafetoproteínas, 2) gonadotropina coriónica y el 3) estriol. Dependiendo de los resultados, se puede recomendar una prueba más segura para detectar anomalías cromosómicas.

²⁸ \embarazo 10.htm. ecografías durante el embarazo

3.3.3 Amniocentésis.-

Se trata de la introducción, guiada por ultrasonido, de una aguja delgada en el abdomen de la mujer, por la que se extrae, una pequeña cantidad de líquido amniótico, y se analiza las células del feto. Sirve para determinar si el bebé presenta alguna anomalía cromosómica como el síndrome de Down, defecto abierto del tubo neural o algún otro trastorno genético que estuviera afectando al feto, mediante el estudio de la alfaFP, y colinesterasa amniótica.”²⁹

La prueba se realiza normalmente entre la semana 15 y 18 de embarazo, no es dolorosa y dura unos pocos minutos, los resultados se obtiene en una o dos semanas.

²⁹ \Embarazo - Wikipedia, la enciclopedia libre.htm. controles médicos de la embarazada añosa

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIONES	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
Pacientes embarazadas	Es el período de tiempo que transcurre en estas mujeres desde la fecundación hasta que se produce el nacimiento, y dura alrededor de 40 semanas.	Factores de riesgo	<p>Edad</p> <p>Procedencia</p> <p>Escolaridad</p> <p>Paridad</p> <p>Intervalo intergenésico</p>	<p>35 – 40 41 – 45 46 – 50</p> <p>- Urbana - Rural</p> <p>- Analfabeta - Primaria - Secundaria - Superior</p> <p>- Nulíparas - Primigestas - Secundigestas - Multíparas</p> <p>- Menor de 2 años - Mayor de 2 años</p>

<p>Complicaciones maternas durante la gestación, el parto y el postparto</p>	<p>Diversas patologías que pudo presentar la gestante antes de la gestación durante esta, en el momento del parto y después de este</p>	<p>Obstétricas</p>	<p>Partos y abortos</p> <p>Placenta previa</p> <p>Embarazo ectópico</p> <p>Diabetes gestacional</p> <p>Preeclampsia</p> <p>Rotura prematura de membranas</p> <p>Distocias</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Partos eutócicos - Cesáreas - Abortos <p># de pacientes con placentas previas</p> <p># de embarazos ectópicos</p> <p># de pacientes con diabetes gestacional</p> <p># de preeclámpticas</p> <p># de pacientes con rotura prematura de membranas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distocias funcionales - Distocias de partes blandas - Distocias de partes óseas
--	---	--------------------	---	---

		No obstétricas	Hipertensión arterial	# de pacientes con HTA
			Diabetes	# de pacientes diabéticas
			Miomas	# de pacientes con miomatosis
			Quirúrgicas	- Obstétricas - No obstétricas
			Desgarros	- Desgarros uterinos - Desgarros vaginales - Desgarros perineales

Condiciones y complicaciones del recién nacido al nacer	Detalles físicos o patológicos que se presentaron en el recién nacido al nacer	Condición del R.N. al momento de nacer	Vivos / muertos	# de nacidos vivos # de nacidos muertos
		Complicación del R.N. al nacer	Apgar	- Normal - Deprimido
			Edad gestacional	- Pretérmino - Término. - Postérmino
			Peso	◀ de 2500 2500 – 3900 ▶ de 4000
			Distocia de presentación	- P. Podálica - P. Pelviana - P. Transversa
			Malformaciones congénitas	- Síndrome de down - Malformaciones anorrectales - Otras malformaciones

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo – Retrospectivo

Descriptivo: su aplicación se basará por cuanto nos permite describir, comparar y analizar la realidad actual y futura de las embarazadas de más de 35 años

Retrospectivo: este tipo de estudio se desarrollara con datos del pasado, de las historias clínicas de las pacientes embarazadas atendidas desde Enero del 2005 a Diciembre del 2006 en el área de Ginecología del Hospital Provincial de Portoviejo.

ÁREA DE ESTUDIO

El servicio de gineco-obstetricia del Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, el cual consta de un área para ginecología, una para obstetricia y un área de sala de partos.

POBLACIÓN Y MUESTRA

El estudio tomará como población las 6760 pacientes atendidas en el área de Ginecología del Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el período de Enero del 2005 a Diciembre del 2006.

Del universo de 6760, las embarazadas mayores de 35 años correspondían a 711 las cuales aplicando los criterios de inclusión y exclusión, la población de estudio quedó conformada por 440 embarazadas añosas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se obtiene de todas las pacientes atendidas en la unidad de estudio seleccionado, durante el período de tiempo especificado diagnosticadas como gestantes de 35 años.

Pacientes que tengan la historia clínica con los datos necesarios que son: edad, procedencia, raza, número de paridad, diagnóstico de las semanas de gestación, tipo de parto y antecedentes del recién nacido.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyen aquellas historias clínicas que no reúnan los datos necesarios que se requiera para obtener la información necesaria para la investigación.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

- Se utilizará como instrumento las historias clínicas facilitadas en Estadísticas por el hospital
- Como técnicas primarias los datos de las historias clínicas de las pacientes.
- Como técnica secundaria la bibliografía
- Previo a la realización del estudio se elaborara un formulario para la recolección de datos de las pacientes a investigar.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de la información se basa en los siguientes instrumentos:

1.- Se escogió el número de historias clínicas de las pacientes gestantes de más de 35 años de edad del centro de estadística del Hospital Provincial de Portoviejo, y luego se tomarán los datos necesarios en un instrumento para el efecto.

2.- Mediante formularios basados en los indicadores y la escala de las variables en estudio se desglosará la información encontrada en cada una de las historias clínicas.

TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Para el análisis de los datos se recurrirá a procedimientos y técnicas estadísticas tales como:

- Para las variables cuantitativas se utilizará el análisis descriptivo mediante promedio.
- Para las variables cualitativas se utilizará el análisis descriptivo mediante frecuencia y porcentaje.

Los resultados se expondrán en cuadros, tablas, gráficos, para lo cual se utilizará un programa de computación adecuado (Microsoft Excel).

RECURSOS HUMANOS

- Investigadora.
- Director de tesis.
- Asesor metodológico.
- Usuarios área de gineco-obstetricia del Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

- Funcionarios de Estadística del Hospital Provincial de Portoviejo.

RECURSOS INSTITUCIONALES

- Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.
- Facultad de Ciencias de la Salud UTM.
- Biblioteca de la facultad.
- Internet.

RECURSOS MATERIALES

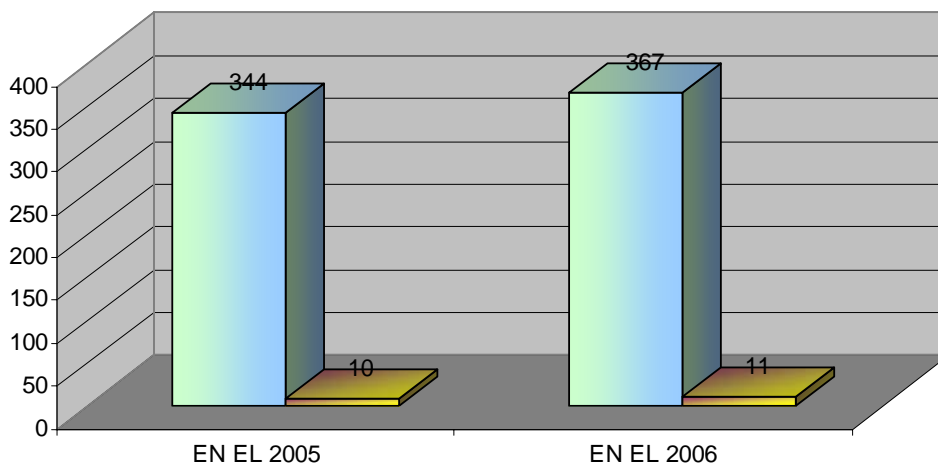
- Historia clínicas.
- Resmas de hojas A4.
- Libros.
- Revistas.
- Computadora.

RESULTADOS

TABLA N° 1
INCIDENCIA DE EMBARAZADAS AÑOSAS ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL PROVINCIAL DE PORTOVIEJO.
ENERO 2005-DICIEMBRE 2006

INCIDENCIA AÑO	TOTAL PACIENTES	PACIENTES AÑOSAS	TASA /100
2005	3287	344	10
2006	3473	367	11
TOTAL	6760	711	11

GRÁFICO N° 1



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Provincial de Portoviejo

Realizado por: Magaly Toro

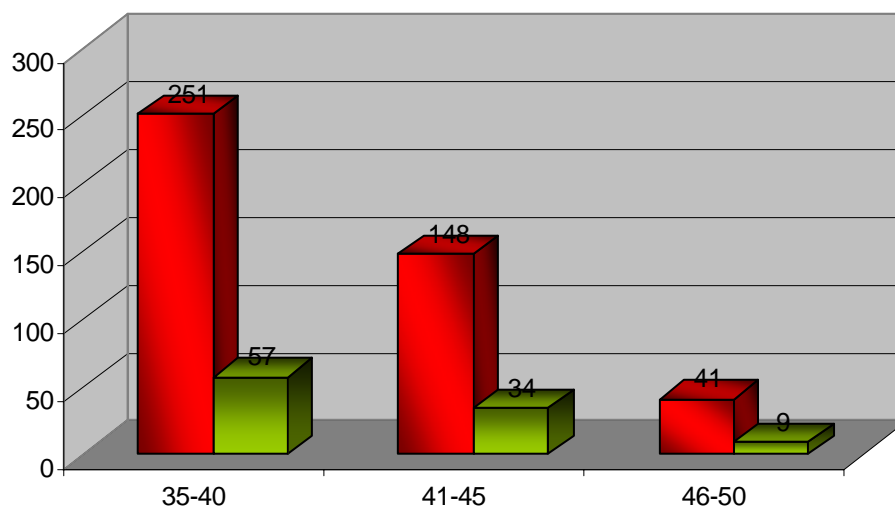
ANÁLISIS

De acuerdo a la incidencia de las embarazadas añosas se observa que fue más elevada en el año 2006 siendo de 11 pacientes mayores de 35 años/100 pacientes atendidas en el Hospital Provincial de Portoviejo.

TABLA N° 2
FRECUENCIA DE EMBARAZADAS AÑOSAS SEGÚN EDAD.
HOSPITAL PROVINCIAL PORTOVIEJO.
ENERO 2005-DICIEMBRE 2006

GRUPO ETARIO	PACIENTES AÑOSAS	
	F°	%
35-40	251	57
41-45	148	34
46-50	41	14
TOTAL	440	100

GRÁFICO N° 2



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Provincial de Portoviejo

Realizado por: Magaly Toro

ANÁLISIS

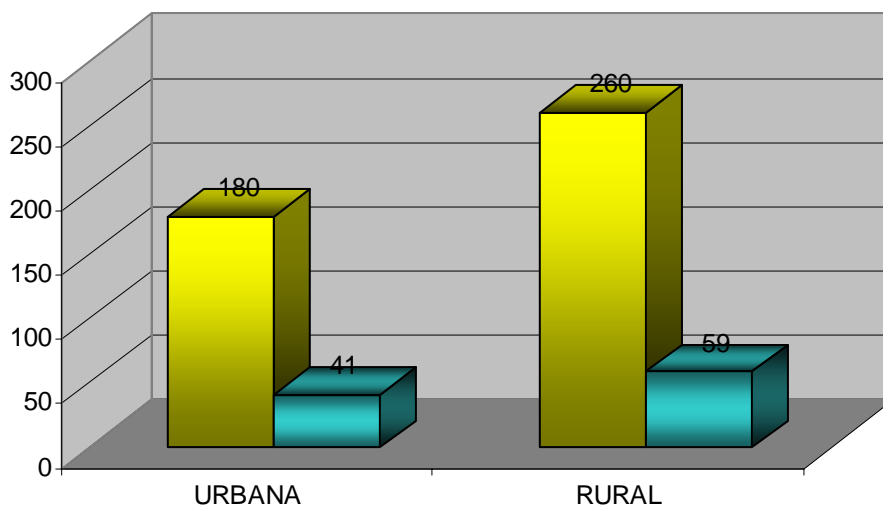
De una población atendida de 440 pacientes, el 57% de estas estaban en la tercera década de la vida.

TABLA N° 3

**FRECUENCIA DE EMBARAZADAS AÑOSAS SEGÚN SU
PROCEDENCIA. HOSPITAL PROVINCIAL PORTOVIEJO.
ENERO 2005-DICIEMBRE 2006**

PROCEDENCIA	PACIENTES AÑOSAS	
	F°	%
URBANA	180	41
RURAL	260	59
TOTAL	440	100

GRÁFICO N° 3



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Provincial de Portoviejo

Realizado por: Magaly Toro

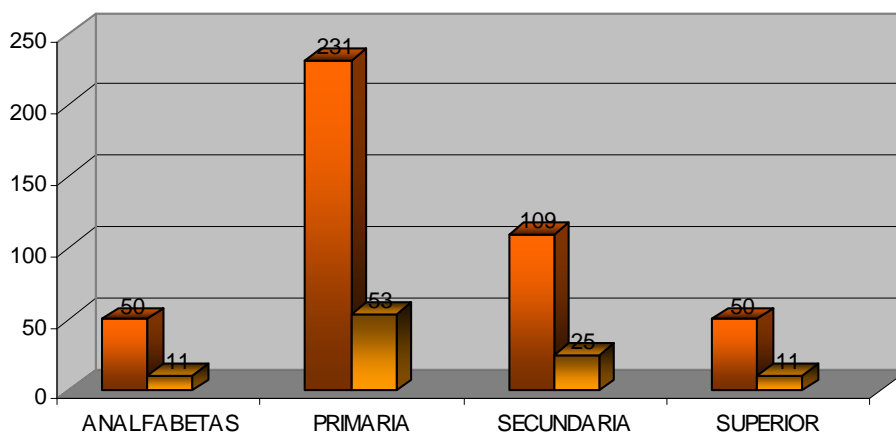
ANÁLISIS

Con respecto a la procedencia de las pacientes el 59% provenía del área rural, mientras que el porcentaje de procedencia del área urbana fue del 41%.

TABLA N° 4
FRECUENCIA SEGÚN ESCOLARIDAD DE LAS EMBARAZADAS
AÑOSAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL
PORTOVIEJO. ENERO 2005-DICIEMBRE 2006

ESCOLARIDAD	PACIENTES AÑOSAS	
	F°	%
ANALFABETA	50	11
PRIMARIA	231	53
SECUNDARIA	109	25
SUPERIOR	50	11
TOTAL	440	100

GRÁFICO N° 4



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Provincial de Portoviejo
Realizado por: Magaly Toro

ANÁLISIS

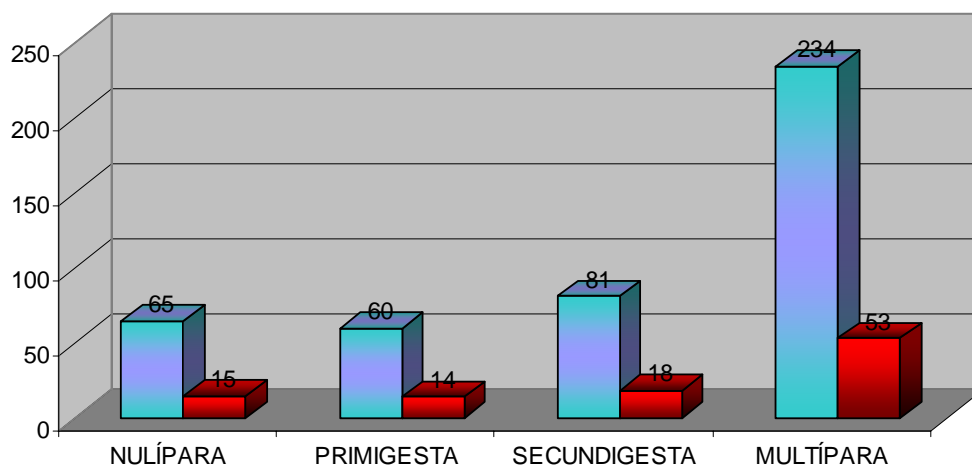
Según el nivel de escolaridad de las pacientes añosas, se observa que el 53% cursó primaria, mientras que el 25% cursó secundaria. El 11% corresponden a pacientes analfabetas.

TABLA N° 5

**FRECUENCIA DE EMBARAZADAS AÑOSAS SEGÚN LA
PARIDAD. HOSPITAL PROVINCIAL PORTOVIEJO. ENERO
2005-DICIEMBRE 2006**

PARIDAD	PACIENTES AÑOSAS	
	F°	%
NULÍPARA	65	15
PRIMIGESTA	60	14
SECUNDIGESTA	81	18
MULTÍPARA	234	53
TOTAL	440	100

GRÁFICO N° 5



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Provincial de Portoviejo

Realizado por: Magaly Toro

ANÁLISIS

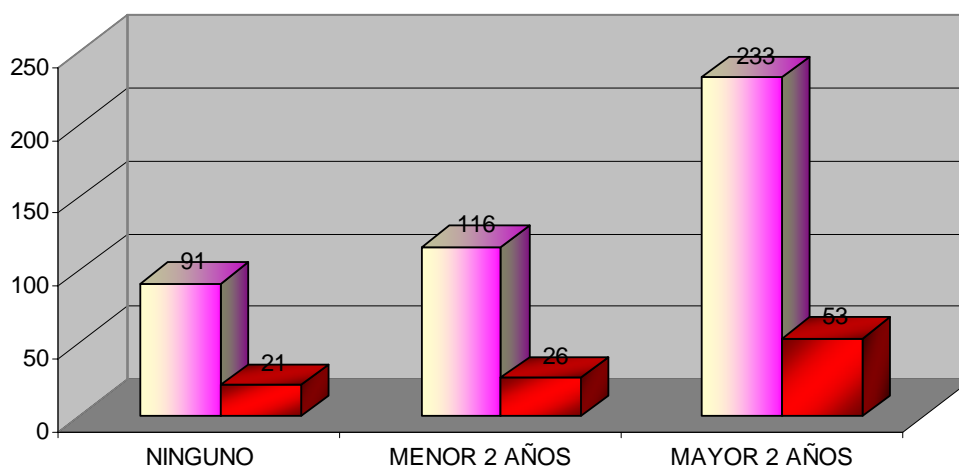
El 53% de las embarazadas añosas tenían el antecedente de ser múltipara.

TABLA N° 6

FRECUENCIA DE EMBARAZADAS AÑOSAS SEGÚN EL INTERVALO INTERGENÉSICO. HOSPITAL PROVINCIAL PORTOVIEJO. ENERO 2005-DICIEMBRE 2006

INTERVALO INTERGENÉSICO	PACIENTES AÑOSAS	
	F°	%
NINGUNO	91	21
MENOR 2 AÑOS	116	26
MAYOR 2 AÑOS	233	53
TOTAL	440	100

GRÁFICO N° 6



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Provincial de Portoviejo

Realizado por: Magaly Toro

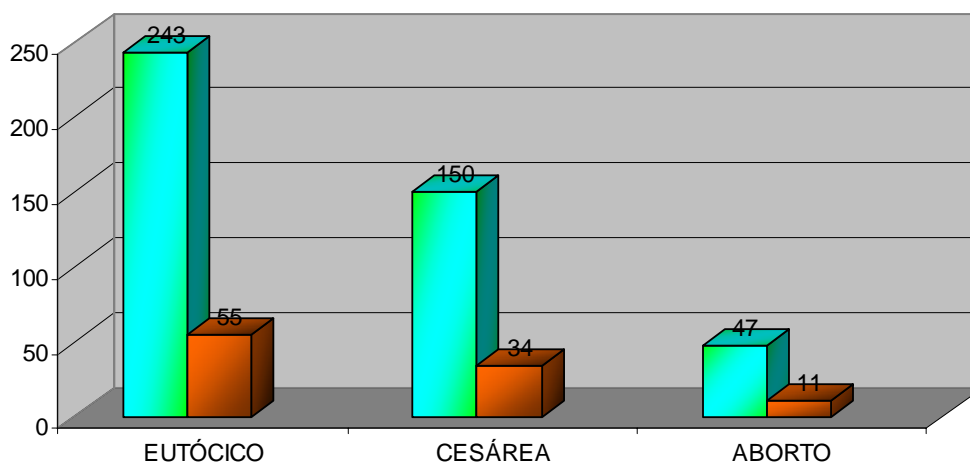
ANÁLISIS

El 53% de las embarazadas añosas tuvo un período intergenésico mayor de 2 años.

TABLA N° 7
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TIPO DE PARTO U ABORTO EN
LAS MUJERES AÑOSAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
PROVINCIAL PORTOVIEJO.
ENERO 2005-DICIEMBRE 2006

PARTOS Y ABORTOS	PACIENTES AÑOSAS	
	F°	%
EUTÓCICO	243	55
CESÁREA	150	34
ABORTO	47	11
TOTAL	440	100

GRÁFICO N° 7



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Provincial de Portoviejo

Realizado por: Magaly Toro

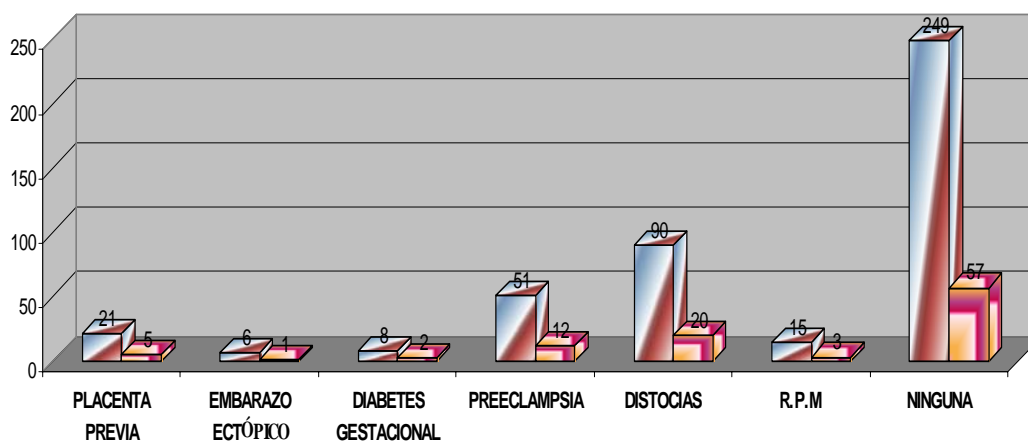
ANÁLISIS

Según el tipo de parto el 55% de las pacientes fue eutócico, mientras que el 11% abortaron.

TABLA N° 8
FRECUENCIA DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS QUE
PRESENTARON LAS EMBARAZADAS AÑOSAS ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL PROVINCIAL PORTOVIEJO. ENERO 2005-
DICIEMBRE 2006

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS	PACIENTES AÑOSAS	
	F°	%
PLACENTA PREVIA	21	5
EMBARAZO ECTÓPICO	6	1
DIABETES GESTACIONAL	8	2
PREECLAMPSIA	51	12
DISTOCIAS	90	20
R.P.M	15	3
NINGUNA	249	57
TOTAL	440	100

GRÁFICO N° 8



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Provincial de Portoviejo

Realizado por: Magaly Toro

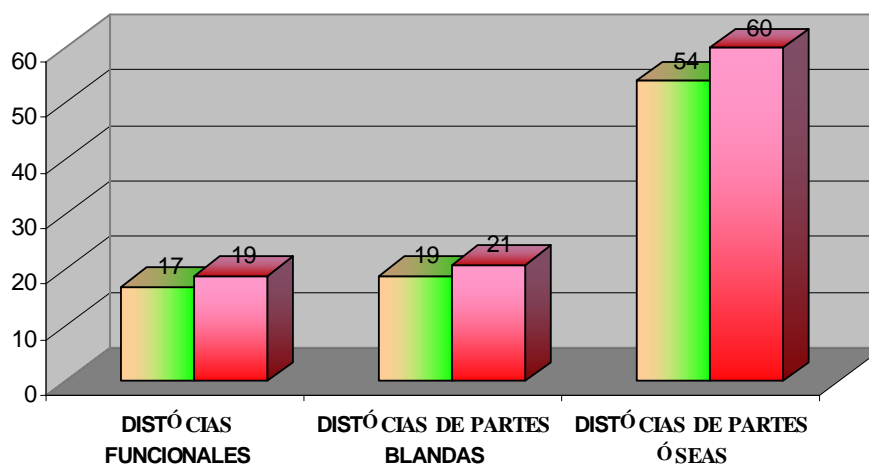
ANÁLISIS

Se observa que el 57% de las pacientes no tuvieron ninguna complicación, y que el 12% de estas sufrieron de preeclampsia, seguidas en un 20% de las distocias.

TABLA N° 9
TIPO DE DISTOCIA QUE PRESENTARON LAS EMBARAZADAS
AÑOSAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL
PORTOVIEJO. ENERO 2005-DICIEMBRE 2006

DISTÓCIAS	PACIENTES AÑOSAS	
	F°	%
DISTÓCIAS FUNCIONALES	17	19
DISTÓCIAS DE PARTES BLANDAS	19	21
DISTÓCIAS DE PRTES ÓSEAS	54	60
TOTAL	90	100

GRÁFICO N° 9



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Provincial de Portoviejo

Realizado por: Magaly Toro

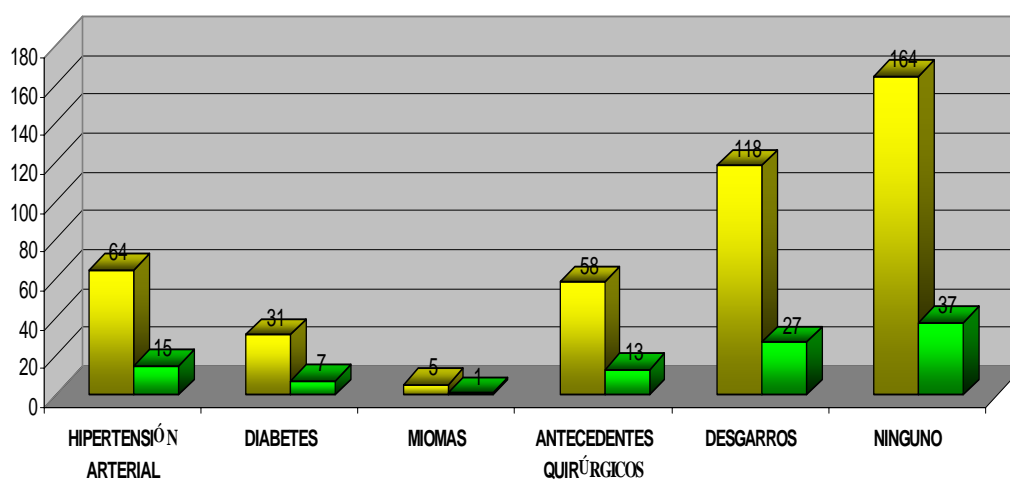
ANÁLISIS

En el análisis se observa que de las 90 pacientes con distócias el 60% de estas tuvieron distócias de partes óseas, mientras que un 21% tuvieron distócias de partes blandas.

TABLA N° 10
DISTRIBUCIÓN DE LAS COMPLICACIONES NO OBSTÉTRICAS
QUE PRESENTARON LAS GESTANTES AÑOSAS ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL PROVINCIAL PORTOVIEJO.
ENERO 2005-DICIEMBRE 2006

COMPLICACIONES NO OBSTÉTRICAS	PACIENTES AÑOSAS	
	F°	%
HIPERTENSION ARTERIAL	64	15
DIABETES	31	7
MIOMATOSIS	5	1
QUIRÚRGICOS	58	13
DESGARROS	118	27
NINGUNA	164	37
TOTAL	440	100

GRÁFICO N° 10



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Provincial de Portoviejo

Realizado por: Magaly Toro

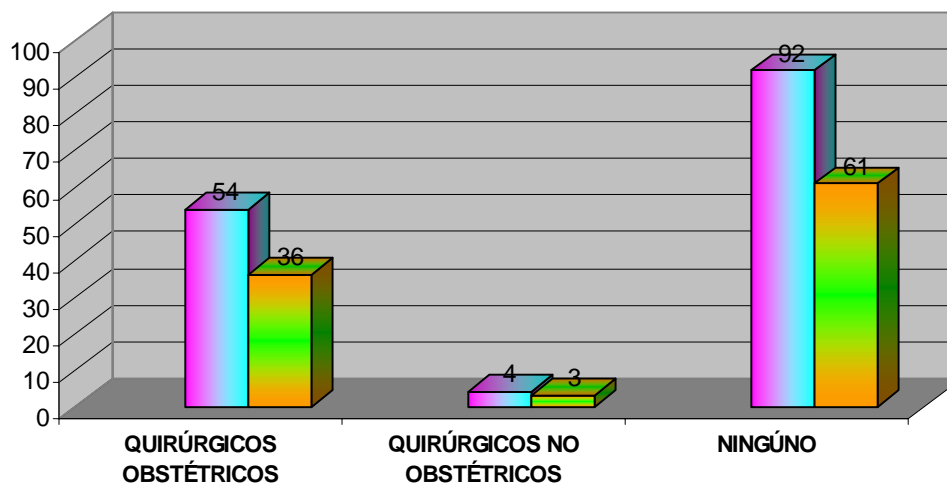
ANÁLISIS

Dentro de las complicaciones no obstétricas el 37% de las pacientes en estudios no tuvieron ninguna complicación, seguidas de un 27% quienes tuvieron un tipo de desgarro como complicación.

TABLA N° 11
DISTRIBUCIÓN DE ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS QUE
PRESENTARON LAS EMBARAZADAS AÑOSAS ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL PROVINCIAL PORTOVIEJO.
ENERO 2005-DICIEMBRE 2006

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	PACIENTES AÑOSAS	
	F°	%
QUIRÚRGICOS OBSTÉTRICOS	54	36
QUIRÚRGICOS NO OBSTÉTRICOS	4	3
NINGUNO	92	61
TOTAL	150	100

GRÁFICO N° 11



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Provincial de Portoviejo

Realizado por: Magaly Toro

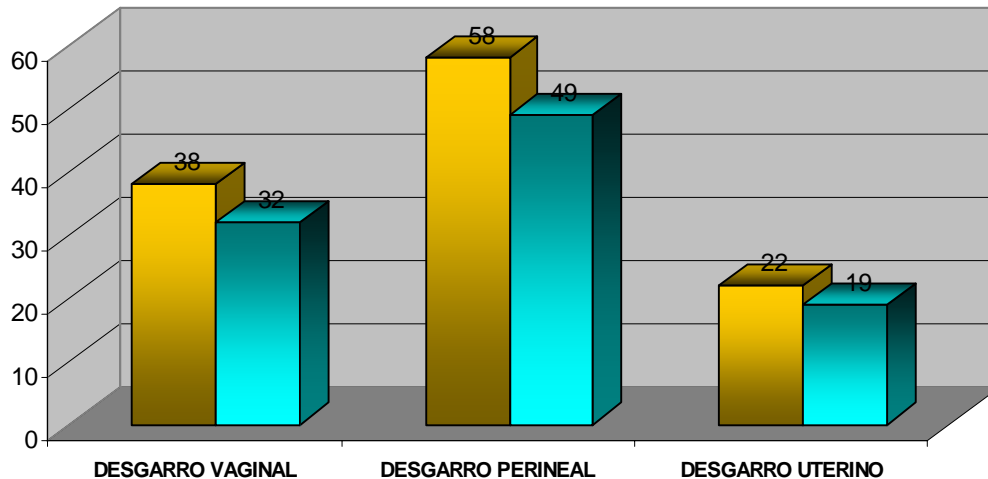
ANÁLISIS

Se observó que la indicación de cesárea en un 31% correspondió por tener las pacientes antecedentes de cesárea anterior, un 4% por antecedentes quirúrgicos no obstétricos

TABLA N° 12
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TIPO DE DESGARRO QUE
PRESENTARON LAS EMBARAZADAS AÑOSAS ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL PROVINCIAL PORTOVIEJO.
ENERO 2005-DICIEMBRE 2006

DESGARROS	PACIENTES AÑOSAS	
	F°	%
DESGARRO VAGINAL	38	32
DESGARRO PERINEAL	58	49
DESGARRO UTERINO	22	19
TOTAL	118	100

GRÁFICO N° 12



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Provincial de Portoviejo

Realizado por: Magaly Toro

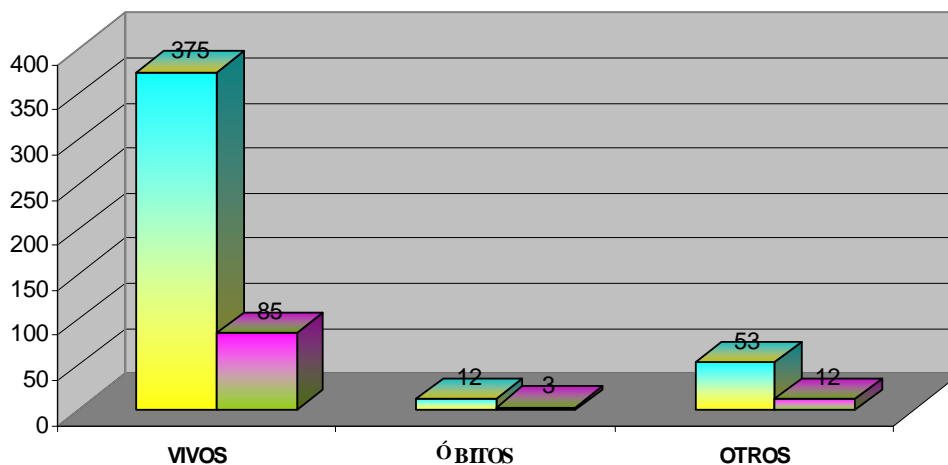
ANÁLISIS

Se observa que de las pacientes añosas que tuvieron desgarros el 49% correspondía al desgarro perineal, seguida en un 32% del desgarro vaginal.

TABLA N° 13
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA CONDICIÓN DEL RECIÉN NACIDO
AL MOMENTO DE NACER. HOSPITAL PROVINCIAL
PORTOVIEJO.
ENERO 2005-DICIEMBRE 2006

VIVOS / MUERTOS	PACIENTES AÑOSAS	
	F°	%
VIVOS	375	85
ÓBITOS	12	3
OTROS	53	12
TOTAL	440	100

GRÁFICO N° 13



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Provincial de Portoviejo

Realizado por: Magaly Toro

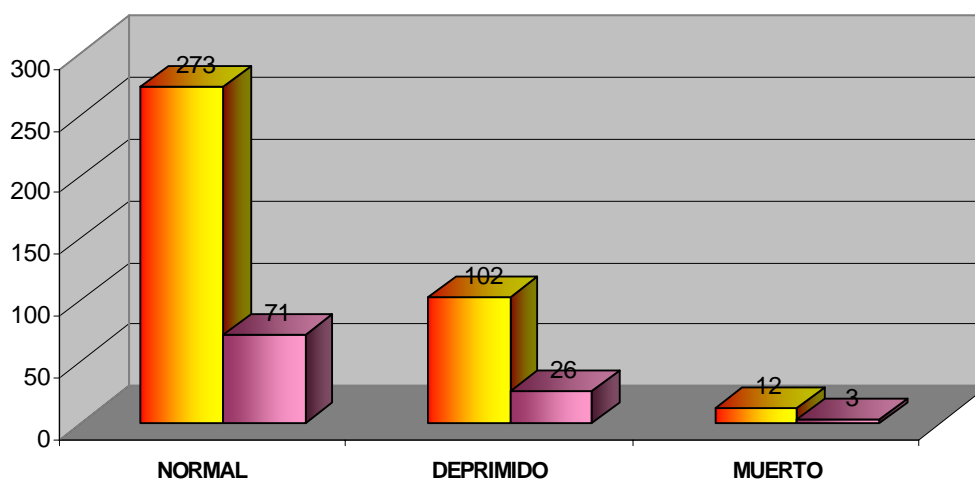
ANÁLISIS

De las 440 pacientes en estudio el 85% tuvieron niños vivos, el 12% corresponden a los abortos y embarazos ectópicos, mientras que el 3% fueron óbitos fetales.

TABLA N° 14
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL APGAR DE LOS RECIÉN NACIDOS
DE LAS GESTANTES AÑOSAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
PROVINCIAL PORTOVIEJO. ENERO 2005-DICIEMBRE 2006

APGAR	RECIÉN NACIDO	
	F°	%
NORMAL	273	71
DEPRIMIDO	102	26
MUERTOS	12	3
TOTAL	387	100

GRÁFICO N° 14



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Provincial de Portoviejo

Realizado por: Magaly Toro

ANÁLISIS

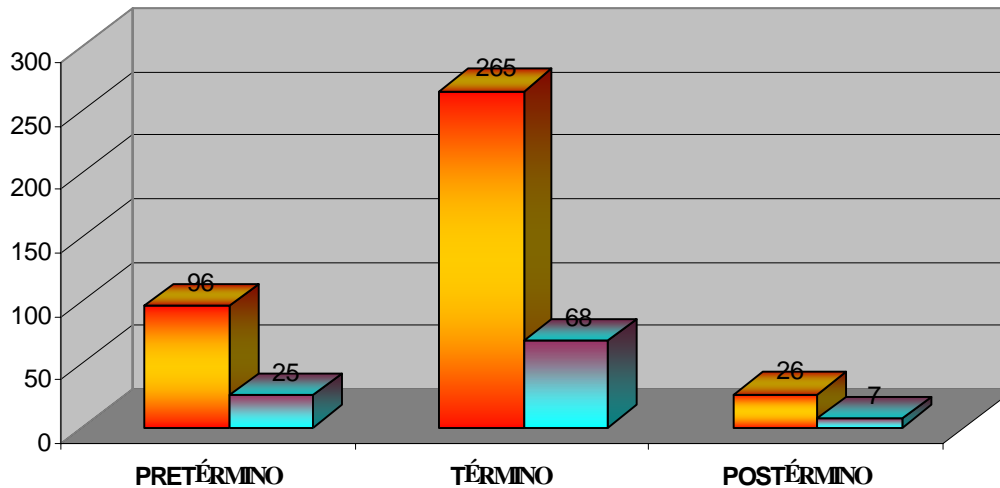
Se observó que el 71% de los recién nacidos tuvieron un apgar normal, mientras que el 26% un apgar deprimido.

TABLA N° 15
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN
NACIDO DE LAS EMBARAZADAS AÑOSAS ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL PROVINCIAL PORTOVIEJO.

ENERO 2005-DICIEMBRE 2006

EDAD GESTACIONAL	RECIÉN NACIDO	
	F°	%
PRETÉRMINO	96	25
TÉRMINO	265	68
POSTÉRMINO	26	7
TOTAL	387	100

GRÁFICO N° 15



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Provincial de Portoviejo

Realizado por: Magaly Toro

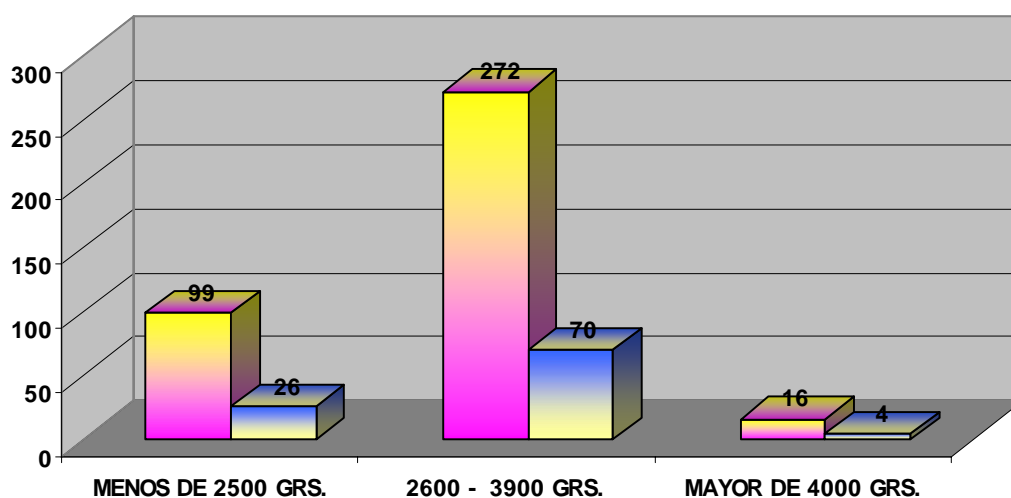
ANÁLISIS

De los 387 niños nacidos el 68% estuvo a término, el 25% fueron pretérmino y el restante postérmino

TABLA N° 16
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL PESO DEL RECIÉN NACIDO DE LAS
GESTANTES AÑOSAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
PROVINCIAL PORTOVIEJO.
ENERO 2005-DICIEMBRE 2006

PESO	RECIÉN NACIDO	
	F°	%
MENOS DE 2500 GRAMOS	99	26
ENTRE 2500 Y 3900 GRAMOS	272	70
MAYOR DE 4000	16	4
TOTAL	387	100

GRÁFICO N° 16



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Provincial de Portoviejo

Realizado por: Magaly Toro

ANÁLISIS

Según el peso del recién nacido se observó que el 70% tuvo un peso adecuado al nacer, el 26% un bajo peso, mientras que el 4% un gran peso al nacer.

TABLA N° 17
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA PRESENTACIÓN DEL RECIÉN
NACIDO DE LAS GESTANTES AÑOSAS ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL PROVINCIAL PORTOVIEJO.

ENERO 2005-DICIEMBRE 2006

DISTÓCIA DE PRESENTACIÓN	RECIÉN NACIDO	
	F°	%
PODÁLICOS	22	6
TRANSVERSOS	5	1
PELVIANOS	11	3
CEFÁLICOS	349	90
TOTAL	387	100

GRÁFICO N° 17



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Provincial de Portoviejo

Realizado por: Magaly Toro

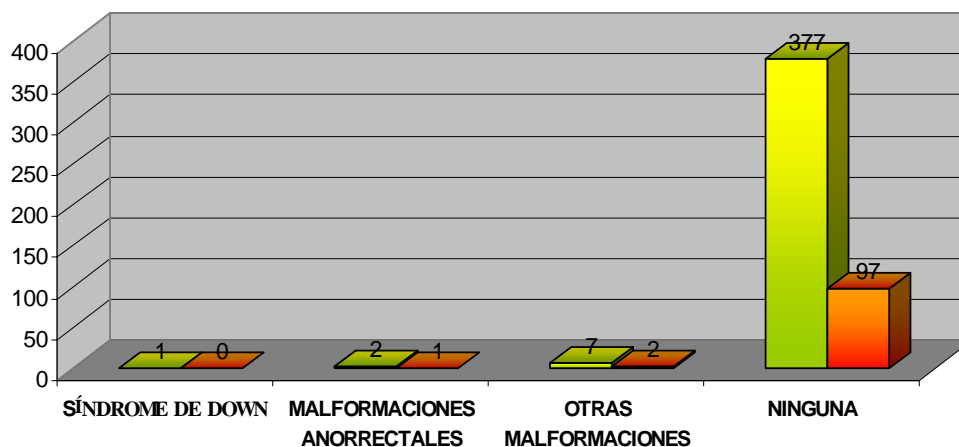
ANÁLISIS

Se observó que el 90% de los recién nacidos no presentaron ninguna distócia de presentación, y que el 6% tuvieron presentación podálica.

TABLA N° 18
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LAS MALFORMACIONES
CONGÉNITAS QUE PRESENTARON LOS RECIÉN NACIDOS DE
LAS GESTANTES AÑOSAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
PROVINCIAL PORTOVIEJO.
ENERO 2005-DICIEMBRE 2006

MALFORMACIONES CONGÉNITAS	PACIENTES AÑOSAS	
	F°	%
SÍNDROME DE DOWN	1	0
MALFORMACIONES ANORRECTALES	2	1
OTRAS MALFORMACIONES	7	2
NINGUNO	377	97
TOTAL	387	100

GRÁFICO N° 18



Fuente: Historias Clínicas del Hospital Provincial de Portoviejo
Realizado por: Magaly Toro

ANÁLISIS

De los 387 niños el 97% no tenía ninguna malformación congénita.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La presente investigación se realizó con una población de estudio conformada por 440 pacientes atendidos en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda de Portoviejo. Durante el presente estudio se pudo comprobar que lo expuesto en los textos de Ginecología y Obstetricia respecto al tema de la embarazada añosa, en su gran mayoría concuerda con los resultados expuestos.

Las pacientes que presentaban una historia clínica con los datos necesarios como edad, paridad, procedencia, factores de riesgo, antecedentes personales, junto con los datos del recién nacido fueron las seleccionadas; de cuyo análisis se aprecia que la embarazada añosa representa al igual que en muchos otros centros hospitalarios una paciente que por su edad pudiera acarrear varios factores de riesgo durante el embarazo tanto para ella como para el producto.

De acuerdo a la prevalencia de las embarazadas añosas se observa que la tasa de incidencia fue más elevada en el año 2006 siendo de 11 mayores de 35 años / 100 pacientes atendidas. Con un promedio de 11/ 100 pacientes embarazadas. **(TABLA Y GRÁFICO N° 1)**

Más de la mitad de las pacientes tenían edades comprendidas entre los 35 y 40 años, ubicándose dentro de la población en edad reproductiva. **(TABLA Y GRÁFICO N° 2)**

Contrario a lo que revelan otros estudios, el que se encuentre en el presente trabajo un mayor porcentaje de pacientes con escolaridad inferior y procedente de zonas rurales demuestra que el tipo de pacientes que recibieron atención en el Hospital Provincial de Portoviejo difiere al de otros estudios locales, en los que la mayoría de la población proviene de zona urbana y tiene un nivel de escolaridad mayor. **(TABLAS Y GRÁFICOS N° 3 y 4)**

El 53% de las pacientes añosas durante el estudio tenían el antecedente de ser multíparas, con un período intergenésico mayor de 2 años, siendo el parto eutócico el más frecuente en relación con las cesáreas **(TABLAS Y GRÁFICOS N° 5, 6 Y 7).**

Las complicaciones obstétricas se presentaron correspondiendo el 20% de los casos a las distocias, siendo la distocia de partes óseas la más frecuente, le siguen a las complicaciones la preeclampsia en un 12%, seguidas de la placenta previa, diabetes gestacional y embarazo ectópico (**TABLAS Y GRÁFICOS N° 8 Y 9**).

Entre las complicaciones no obstétricas el 27% correspondió a los desgarros siendo el mas frecuente el desgarro perineal seguido del vaginal, entre las demás complicaciones la hipertensión arterial ocupa el segundo lugar con un 15% seguido de los antecedentes quirúrgicos, la diabetes, y en un 1% los miomas, así mismo se aprecia que la indicación para la cesárea en un 27% corresponde a los antecedentes obstétricos, contrario a los demás estudios en que la causa principal de cesárea es un antecedente de esta (**TABLAS Y GRÁFICOS N° 10, 11 Y 12**).

De los recién nacidos el 85% correspondieron a niños vivos, el 12% a abortos y embarazos ectópicos y el 3% a óbitos fetales. El apgar de los recién nacidos el 71% fue normal, mientras que un 26% salieron deprimidos (**TABLAS Y GRÁFICOS N° 13 Y 14**).

El 68% de los recién nacidos fueron niños a término mientras que el 25% fueron pretérminos, en un 70% tenía un peso adecuado al nacer y el 26% a un bajo peso (**TABLAS Y GRÁFICOS N° 15 Y 16**).

El 90% tuvo una presentación cefálica mientras que el 10% restante una presentación diferente (**TABLAS Y GRÁFICOS N° 17**).

Entre las malformaciones congénitas, de los 387 niños en estudio, el 1% correspondían a las malformaciones anorrectales, el 2% correspondieron o otras malformaciones como paladar hendido, labio leporino, micrognatia, entre otras. **(TABLA Y GRÁFICO N° 18).**

DISCUSIÓN

La incidencia de las embarazadas añosas fue más elevada en el 2006 (con un total de 367 pacientes).

Predominaron en las gestantes con edades iguales o mayores de 35 años, el grupo de 35 a 40 años (57%), seguidas luego del grupo de 41 a 45 años (34%) y un 14% eran mayores de 46 años.

Basándonos en el número de gestas, en un 53% de las mujeres estudiadas se documentó que tenían más de 3 gestaciones, esto debido a que siendo la edad promedio para la primera gestación alrededor de la segunda década, entonces a edades avanzadas, en este caso mayores de 35 años, las pacientes tienden a ser multíparas, con un período intergenésico mayor de dos años. Con respecto a la paridad, se observó que un 18% eran secundigestas, y las primíparas correspondieron a un 14% del grupo estudiado, esto es importante ya que en mujeres añosas existe más riesgo de presentar complicaciones durante el embarazo, y esto se ve aún más si las pacientes son primigestas, sin embargo para la mayoría no es su primer embarazo.

De las pacientes embarazadas con edad igual o mayor a 35 años, un 11% abortaron; sabiendo que la incidencia de abortos en la población general según la teoría es de aproximadamente 25%, llama la atención la mayor incidencia en madres añosas. Esto se explica debido a la frecuencia aumentada de complicaciones gestacionales en dichas pacientes, siendo de las más relevantes los defectos o malformaciones congénitas y las alteraciones tanto metabólicas como funcionales del organismo materno.

En general se presentaron complicaciones obstétricas en un 43% de las pacientes estudiadas. Se evidenció que las distócias es la complicación más frecuente dentro de este grupo de pacientes. La preeclampsia se dio en un 12% de la población, siendo un porcentaje elevado para el 5 a 10% que se espera en la población total, justificándose esta incidencia debido a ser estas pacientes de alto riesgo y la mayoría con un máximo de dos controles prenatales. Con respecto a los trastornos del metabolismo de los carbohidratos, se observó una incidencia de diabetes mellitus gestacional (DMG), correspondiendo a un 2% del grupo de estudio; información que no relaciona con la presencia de productos macrosómicos (4%), lo que se atribuye en el sentido de la mejoría de las campañas de salud en pro de una mejora en los estilos de vida y en los hábitos alimenticios en nuestro país.

La placenta previa es una patología que se puede presentar en un 1,3% de las embarazadas; y en nuestro estudio se observó en un 5%; esto debido a los factores de riesgo como lo son la multiparidad, cesáreas anteriores, entre otros.

En cuanto a las complicaciones no obstétricas, la hipertensión arterial crónica se evidenció en un 15%, la mayoría de estas pacientes sin complicaciones en su embarazo; datos que evidencian el control adecuado de las enfermedades crónicas en estas personas. La segunda complicación que se presentó fueron los desgarros (27%) sin embargo esta complicación no se haya relacionada a la edad de la madre sino al tipo de atención que recibieron las pacientes.

El 55% de los partos fueron eutócicos, se toma en cuenta que la mayoría de las pacientes son multíparas que iniciaron su labor de parto de forma espontánea. El índice de cesáreas a nivel general en Europa es de un 29.6 % de los partos, no variando mucho

con los estudios en Costa Rica; como es de esperarse en nuestro grupo de pacientes, esta incidencia es de un 34% ya que como se explica anteriormente, en este grupo etario se presentan más complicaciones durante el embarazo y la decisión de terminación del embarazo por cesárea se da en parte para disminuir la probabilidad de más complicaciones. Con relación a las indicaciones más frecuentes de cesárea, la cesárea anterior ocupó el primer puesto 36%, los antecedentes quirúrgicos no obstétricos el 3%, mientras que el 61% a las diferentes complicaciones como las distócias de la madre (DCP), SFA o distócias de presentación del producto, entre otras. Con respecto a la cesárea anterior la edad avanzada, la paridad y las potenciales complicaciones acompañantes eran motivo suficiente para decidirse por una cesárea nuevamente. La DCP, el SFA y el producto pélvico eran condiciones esperables en cualquier embarazada y no suponemos que son hechos asociados estrictamente a la edad.

El 25% de los recién nacidos fueron pretérminos, si hay diferencia con respecto a la población general ya que este se da en un 10 a un 15% del total de las embarazadas, la mayor parte de los embarazos fueron de término (68%).

A pesar de que se documentaron un 26% de casos de sufrimiento fetal, esta patología diagnosticada en el curso del embarazo no se relacionó con la patología perinatal como se puede observar en el puntaje del Apgar de estos niños.

En la mayoría de las pacientes (90%) la presentación del producto fue cefálica, por lo que no existe diferencia significativa con la incidencia global que es de un 95%. Se dieron en un 10% presentaciones diferentes, dentro de las cuales 6% correspondieron a productos podálicos, pelvianos 3% y el restante 1% fueron transversos. En cuanto a las malformaciones congénitas, esto es importante ya que conforme aumenta la edad

también lo hace la incidencia del síndrome de Down en los niños de estas mujeres; llegando a una incidencia de 1/25 en mayores de 45 años. En nuestro estudio se presentó 1 caso de trisomía 21, 2 casos de ano imperforado, y 5 casos con múltiples malformaciones siendo estos últimos óbitos fetales.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos planteados y resultados obtenidos se concluyó:

- ✓ La población de estudio estuvo conformada por 440 embarazadas añosas atendidas en el Hospital Provincial de Portoviejo, teniendo como características predominantes tener entre 35 y 40 años, multíparas, tener nivel de escolaridad bajo ser procedentes de zonas rurales, con un período intergenésico mayor de 2 años y atendidas como partos eutócicos en su gran mayoría.
- ✓ La tasa de incidencia fue más elevada en el año 2006 siendo de 11 pacientes añosas / 100 embarazadas atendidas en el Hospital Provincial de Portoviejo. Con un promedio de 11/ 100 embarazadas.
- ✓ De las complicaciones obstétricas de las pacientes se observó en las historias de la mayoría de las pacientes que fue la distocia, dentro de esta la distocia de partes óseas, seguida de otras complicaciones como la preeclampsia, la placenta previa causas diabetes gestacional y embarazo ectópico, en orden decreciente de presentación.
- ✓ Entre las complicaciones no obstétricas los desgarros encabezan la lista siendo el desgarro perineal el más frecuente, la hipertensión arterial fue la segunda complicación no obstétrica que más presentaron seguidas de los antecedentes quirúrgicos y la diabetes, las miomatosis se presentaron en un mínimo porcentaje de los casos estudiados.

- ✓ De las 440 pacientes, la mayoría tuvieron niños vivos a término, cuyo apgar y peso fue normal al momento de nacer. Los demás niños de las pacientes en estudio fueron abortos u óbitos fetales.

- ✓ La mayoría de los niños tuvieron una presentación normal al nacer y en un bajo porcentaje la presentación podálica seguida de la pelviana y luego la transversa. Las malformaciones congénitas como el síndrome de down y las malformaciones anorrectales se presentaron en un bajo porcentaje.

- ✓ De lo anterior se deduce que el embarazo en mujeres añosas se asocia a mayores riesgos maternos que fetales.

RECOMENDACIONES:

Al concluir el presente trabajo investigativo y ante los resultados expuestos anteriormente, nos permitimos recomendar:

- ✓ Al Hospital Provincial de Portoviejo:
 - Implementar el área de gineco-obstetricia para mejorar el servicio hacia las pacientes al implementar avances tecnológicos en el campo médico.
 - Exigir a los médicos residentes y tratantes la elaboración de la historia clínica de las pacientes ingresadas, ya que este fue un aspecto que dificultó la obtención de información durante la investigación.

- ✓ A las pacientes:
 - Llevar una evaluación gineco-obstétrica periódica durante su gestación, mucho más si presentan factores de riesgo, a fin de evitar a tiempo alguna complicación.
 - A las pacientes de más de 35 años que quieran quedar embarazada deben informarse sobre los riesgos y beneficios, pro y contras de la gestación tardía.
 - Cesareadas, y pacientes que abortaron llevar controles periódicos gineco-obstétricos y posquirúrgicos y solicitar al médico información sobre los cambios psico-somáticos que presenten.

- ✓ A la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí:
 - Que se sigan elaborando estudios prospectivos que valoren a largo plazo las complicaciones que se pueden presentar.

- ✓ Al Personal Médico de Enfermería y Paramédicos en general:
 - Llevar un control periódico de las pacientes añosas, antes, durante y después del embarazo.
 - Instruir a las pacientes de edad temprana sobre los riesgos para ella y el producto de un embarazo sin control médico.

PRESUPUESTO

ÍTEMS	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Resma de papel	5	5.00	25
Especies valoradas	10	1.50	15
Material de oficina	10	10.00	100
Tinta de impresora	4	35.00	140
Fotocopias	300	0.20	60
Transporte	500	1.00	500
Horas de Internet	10	1.20	12
CDs.	10	0.50	5
Copias de tesis	3	20.00	60
Empastado de tesis	4	5.00	20
Imprevistos	10	10.00	100
Total			1037

BIBLIOGRAFÍA

- NOVAK. Tratado de ginecología. Décima segunda edición. Editorial McGraw-Hill, Interamericana S.A México D.F:1998
- S.E.G.O. “Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción” 2 Vols. 1º ed © 2003 Editorial Médica Panamericana, S.A. Madrid, España CD ROM.
- [http/ www. Google.com](http://www.Google.com) EL MUNDO Suplemento de Salud 104 - Embarazo de alto riesgo.htm
- [http/ www. Google.com](http://www.Google.com) nacersano.org/centro/9388.asp
- [http/www.Google.com](http://www.Google.com) [babysitio.com/preconcepcion salud prenatal](http://babysitio.com/preconcepcion_salud_prenatal)
- [http/www. Google.com](http://www.Google.com) Geosalud.com.ec embarazo de alto riesgo
- [http/ www. Google.com](http://www.Google.com) Mujer Saludable Noticias.htm
- [http/ www.Google.com](http://www.Google.com). guía infantil. Ventajas y desventajas de gestantes de más de 35 años
- [http/ www.Google.com](http://www.Google.com). embarazo 10.htm. ecografías durante el embarazo
- [http/ www.Google.com](http://www.Google.com). Embarazo - Wikipedia, la enciclopedia libre.htm. controles médicos de la embarazada añosa
- [http/ www.Google.com](http://www.Google.com). Cuidados especiales para la madres mayor.htm. guía infantil.com
- [http/ www.Google.com](http://www.Google.com). Embarazo a los 30 · EMBARAZO Y PARTO · Canal MUJER · Terra.htm

- [http/ www.Google.com](http://www.Google.com). Biblioteca de Salud El Embarazo Después de los 35 Años.htm. March of Dimes
- http://www.nacersano.org/tratadosOMS/centro/9388_9909.asp/ preconcepción/salud_prenatal.
- A.C.O.G. “ Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia” Washington. Embarazo en mujeres de mas de 30 años riesgos para le madre y el niño. Publicado en 1999
- [http/ www.Google.com](http://www.Google.com). Centro Nacional de Estadísticas Sobre la Salud. Gob/ - España 2003
- [http/ www.Google.com](http://www.Google.com). Centro Nacional de Estadísticas Sobre la Salud. Gob/ - Ecuador 2003/ embarazo de alto riesgo
- Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2003. © 1993-2002 Microsoft Corporation.
- www.med.unich.edu/1libr/wha/wha_abhys_spa.htm
- [http/www.google.com](http://www.google.com) Revista Costarricense de Ciencias Médicas Rev. costarric. cienc. méd v.25 n.1-2 San José ene. 2004
- [http/www.google.com](http://www.google.com). Mercy Medical Center Des Moines: Indicaciones de cesárea
- [http/www.google.com](http://www.google.com). monografías. Relación entre nacidos de bajo peso y la edad materna. Publicación enviada por Dr. Jesús Lázaro Amador Alvarez y Otros Autores
- [http/www.google.com](http://www.google.com). monografías morbilidad en gestantes de edad avanzada: Dra Varela Ruíz FJ, Torres Garrido

ANEXO # 1

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA
ENERO 2005 – DICIEMBRE DEL 2006

Nombres y apellidos: _____

Nº. De historia clínica: _____

ASPECTOS GENERALES DE LA MADRE

Edad:

35 – 40

41 – 45

46 – 50

Grado de escolaridad:

Analfabeta

Primaria

Secundaria

Superior

Procedencia:

Rural

Urbana

Cuál

Paridad:

Nulípara

Primigesta

Secundigesta

Múltipara

Intervalo intergenésico:

Menor de dos años

Mayor de dos años

Tipo de parto:

Parto normal

Cesárea

COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE LA GESTACIÓN, EL PARTO Y POSTPARTO

❖ Obstétricas:

Diabetes gestacional

Placenta previa

Preeclampsia

Embarazo ectópico

Distócias funcionales

Distócias de partes blandas

Distocias de partes óseas

Aborto

❖ No obstétricas:

Diabetes

Hipertensión arterial

Miomas

Desgarro uterino

Desgarro vaginal

Desgarro perineal

Antecedentes quirúrgicos

Obstétricos

No obstétricos

CONDICIONES Y COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO AL NACER

Apgar:

Normal

Deprimido

Leve

Moderado

Grave

Edad gestacional

Menor de 37 SG

37 - 41 SG

Mayor de 42 SG

Peso en gramos:

Menor de 2500

De 2600 a 3900

Mas de 4000

Distocia de presentación

Podálicos

Pelvianos

Transversos

Malformaciones congénitas:

Trisomía 21

Anomalías cardíacas

Sindactilia

Malformaciones anorrectales

Polidactilia

Otras.....

