

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



**COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN MUJERES DE EDAD MATERNA
AVANZADA DE 35 A 45 AÑOS EN LA UNIDAD DE SALUD FAMILIAR EL PAISNAL,
PERÍODO DE MARZO A JULIO 2025.**

Presentado por

Jessica Johana Rodríguez Medrano

Alexis Enrique Sandoval Romero

Andrea Nicole Salinas Silva

Para optar al título de

DOCTOR EN MEDICINA

Asesor

Dr. Ignacio Javier Menjívar de Aróstegui

Ciudad Universitaria "Dr. Fabio Castillo Figueroa", San Salvador, El Salvador, noviembre 2025

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

RECTOR

M.Sc. Juan Rosa Quintanilla

VICERRECTORA ACADÉMICA

Dra. Evelyn Beatriz Farfán

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

M.Sc. Roger Arias

SECRETARIO GENERAL

Lic. Pedro Rosalío Escobar Castaneda

AUTORIDADES DE LA FACULTAD

DECANO

Dr. Saúl Díaz Peña

VICEDECANO

M.SC. Franklin Arnulfo Méndez Durán

SECRETARIO

Msp. Roberto Carlos Hernández Marroquín

DIRECTOR DE ESCUELA DE MEDICINA

Dr. Douglas Alfredo Velásquez Raimundo

DIRECTORA DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

M.SC. Mónica Raquel Ventura de Ramos

DIRECTOR DE ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Edwar Alexander Herrera Rodríguez

COORDINADORA DE LOS PROGRAMAS DE MAESTRÍAS

Dra. Blanca Aracely Martínez

COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dra. Claudia Margarita de Blanco

ÍNDICE

I.	RESUMEN	1
II.	INTRODUCCIÓN	2
III.	OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	4
	3.1. Objetivo general	4
	3.2. Objetivos específicos	4
IV.	MARCO TEÓRICO.....	5
	CAPÍTULO I “GESTACIÓN Y EDAD REPRODUCTIVA, GENERALIDADES”	5
	CAPÍTULO II “ DIABETES GESTACIONAL”	8
	CAPÍTULO III “TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO”	11
V.	METODOLOGÍA	16
	5.1. Tipo de investigación.....	16
	5.2. Área de investigación	16
	5.3. Periodo de investigación.....	16
	5.4. Universo.....	16
	5.5. Población	16
	5.6. Muestra	16
	5.7. Método de recolección de datos	17
	5.8. Tipo de muestreo	17
	5.9. Criterios de inclusión:.....	17
	5.10. Criterios de exclusión:	17
	5.11. Fuente de información	17
	5.14. Operacionalización de las variables.....	20
	5.15. Procesamiento y análisis de la información	27
	5.16. Consideraciones éticas.....	27
VI.	ANÁLISIS DE RESULTADOS	29
VII.	DISCUSIÓN	38
VIII.	CONCLUSIONES.....	40
IX.	RECOMENDACIONES	41
XI.	ANEXOS	46
	ANEXO 1 Instrumento de recolección de datos.....	46

ANEXO 2: Grafico 1 Numero de pacientes por edad.....	49
ANEXO 3 Grafico 2 Multiparidad.....	50
ANEXO 4 Grafico 3 antecedentes patológicos familiares.	51

I. RESUMEN

El embarazo en mujeres de edad materna avanzada (35 a 45 años) representa un desafío significativo para la salud pública, debido al aumento del riesgo de complicaciones obstétricas y perinatales. En la Unidad de Salud Intermedia El Paisnal se ha evidenciado un incremento en este grupo de usuarias; sin embargo, pese a su registro en la base de datos, no se dispone de información estructurada que documente adecuadamente las complicaciones presentadas durante la gestación.

El objetivo general del estudio fue identificar las características clínicas y epidemiológicas de embarazadas de 35 a 45 años atendidas en dicho establecimiento entre marzo y julio de 2025. Se desarrolló una investigación cuantitativa, descriptiva y de corte transversal, basada en la revisión documental de 24 expedientes clínicos que cumplieron los criterios de inclusión. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Los resultados revelaron que la mayoría de las gestantes tenían entre 36 y 39 años (62,6%). Los antecedentes familiares más frecuentes fueron hipertensión arterial crónica (45,8%) y diabetes mellitus tipo 2 (20,8%). En el ámbito personal, el 20,8% presentaba hipertensión crónica y el 8,3% diabetes tipo 2. Respecto a las complicaciones obstétricas, predominaron la preeclampsia (12,5%), la amenaza de aborto (12,5%) y la diabetes gestacional (4,2%).

Se concluye que la edad materna avanzada constituye un factor de riesgo relevante para complicaciones como los trastornos hipertensivos y la diabetes gestacional. Además, los antecedentes personales y familiares incrementan la vulnerabilidad de este grupo, lo que resalta la importancia de una vigilancia prenatal oportuna, continua y especializada durante todo el embarazo.

Palabras claves: complicaciones obstétricas, edad materna avanzada, embarazo de alto riesgo, trastornos hipertensivos del embarazo, diabetes gestacional, abortos, salud pública.

II. INTRODUCCIÓN

El embarazo en mujeres de 35 años o más denominado edad materna avanzada, constituye un desafío importante en el ámbito de la salud materna perinatal. A partir de la segunda mitad del siglo XX, múltiples estudios han demostrado que el incremento de la edad al momento de la concepción se asocia con una mayor incidencia de complicaciones durante la gestación, el parto y el puerperio. Esta condición ha motivado que, de manera sistemática, sea catalogado como un embarazo de alto riesgo.

La evidencia científica señala que las gestantes de edad avanzada presentan mayor probabilidad de desarrollar comorbilidades como sobrepeso, diabetes mellitus gestacional e hipertensión inducida por el embarazo, lo que conlleva un aumento en la frecuencia de partos inducidos y cesáreas. Asimismo, se ha documentado un mayor impacto en la salud perinatal, reflejado en parto pretérmino, bajo peso al nacer, necesidad de ingreso a cuidados intensivos neonatales, puntuaciones bajas de Apgar y elevadas tasas de mortalidad perinatal. Dichos riesgos se potencian en las mujeres nulíparas de este grupo etario, en quienes las probabilidades de presentar complicaciones materno-fetales pueden triplicarse.

El riesgo no depende únicamente de la edad biológica. Factores sociales, culturales y económicos también desempeñan un papel determinante. Condiciones como pobreza, inequidad, barreras en el acceso a servicios de salud y la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles aumentan la vulnerabilidad y contribuyen a elevar los indicadores de morbimortalidad. De manera global, se estima que un tercio de las muertes relacionadas con la gestación ocurre durante el embarazo, otro tercio en la primera semana posterior al parto y el resto durante el primer año.

En El Salvador, el año 2019 registró la razón de mortalidad materna más baja de su historia (24.3 muertes por cada 100,000 nacidos vivos). No obstante, en 2021 se notificaron 63 defunciones maternas, lo que representó un aumento del 37 % respecto al año anterior. Las causas predominantes fueron hemorragias obstétricas graves, infecciones puerperales, hipertensión gestacional y complicaciones del trabajo de parto, lo cual confirma que la mortalidad materna persiste como un problema prioritario de salud pública.

En cuanto a la evolución clínica, durante el primer trimestre las gestantes de edad avanzada presentan mayor frecuencia de aborto espontáneo, embarazo ectópico y anomalías cromosómicas. Conforme progresa la gestación, se incrementa la incidencia de preeclampsia, eclampsia, diabetes gestacional, alteraciones en la función placentaria, parto pretérmino y restricción del crecimiento intrauterino. Estas condiciones impactan tanto en la morbilidad materna como en la perinatal y aumentan la necesidad de procedimientos obstétricos de emergencia, incluyendo cesáreas no programadas.

En la Unidad de Salud Familiar El Paisnal se registró en el 2024 un total de 46 embarazos en mujeres de edad materna avanzada. Sin embargo, no se dispone de un registro sistematizado sobre las complicaciones presentadas en este grupo. En los primeros tres meses de 2025 se inscribieron 10 pacientes adicionales con las mismas características, lo que refleja la continuidad de esta condición en la población usuaria. La ausencia de información detallada limita la capacidad de planificar intervenciones preventivas, asignar recursos y establecer protocolos de atención oportunos.

Ante este panorama, se vuelve indispensable generar evidencia local que permita identificar los principales riesgos obstétricos, así como las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes en edad materna avanzada. La disponibilidad de estos datos favorecerá la toma de decisiones en salud pública, el fortalecimiento de las estrategias de prevención y la mejora en la calidad de la atención obstétrica.

En este contexto surge la presente investigación, orientada a responder la siguiente pregunta:
¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas en pacientes embarazadas con edad materna avanzada (35 a 45 años) que presentan complicaciones obstétricas durante la gestación, atendidas en la Unidad de Salud Familiar El Paisnal, en el período de marzo a julio de 2025?

III. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Objetivo general

Identificar las características clínicas y epidemiológicas en mujeres con edad materna avanzada entre de 35-45 años, que consultan en la Unidad De Salud Familiar El Paísnal, marzo a julio 2025.

3.2. Objetivos específicos

1. Establecer mediante revisión de expediente clínico el diagnóstico de diabetes gestacional, trastornos hipertensivos y hemorragias del primer trimestre de embarazo en las pacientes consultantes.
2. Determinar la incidencia de las principales complicaciones obstétricas (trastornos hipertensivos del embarazo, diabetes gestacional, hemorragia del primer trimestre) en mujeres de edad materna avanzada.
3. Definir los antecedentes patológicos y obstétricos personales asociados al riesgo de complicaciones durante el embarazo en mujeres con edad materna avanzada.
4. Describir los antecedentes patológicos y obstétricos familiares relacionados con la aparición de complicaciones obstétricas en gestantes con edad materna avanzada.

IV. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I “GESTACIÓN Y EDAD REPRODUCTIVA, GENERALIDADES”.

1.1 Gestación

Según la organización mundial de la salud (OMS) El embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que inicia cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero unos cinco a seis días después de la fecundación, entonces este atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los doce a dieciséis días tras la fecundación.¹

Por otro lado, The International Federation of Gynecology and obstetrics (FIGO): “La reproducción natural humana es un proceso que comprende la reproducción de gametos masculinos y femeninos y su unión durante la fertilización, el embarazo comienza con la implantación del “conceptus” en el seno de una mujer y que comienza con el nacimiento de un bebe o con aborto.

1.2 Edad reproductiva

Según la Real Academia Española se define como edad al tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales, definición que para fines de este estudio va de la mano con la fertilidad o capacidad reproductiva. Por lo cual definimos a la edad fértil como una etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.²

La Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) en el año 1958, definió a la edad materna avanzada como aquella mujer que se embaraza a partir de ≥ 35 años de edad.³

El embarazo en mujeres de ≥ 35 años de edad trae aparejado complicaciones maternas y perinatales por lo que es considerado como alto riesgo obstétrico; y al igual que las menores de 19 años de edad se clasifican como grupos de riesgo en las edades extremas de la vida.

¹ Edad materna avanzada y complicaciones materno – fetales: Revisión Narrativa. 2021.

² RAE, Definición de edad reproductiva.

³ Edad Materna Avanzada y Morbilidad Obstétrica.

1.3 Riesgo reproductivo

Para estudiar este acápite debemos de conocer las siguientes definiciones:

La salud reproductiva: es el estado de completo bienestar físico mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades durante el proceso de reproducción.

Riesgo reproductivo: Se define como la probabilidad que tiene, tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo. Existen diferentes tipos de factores de riesgos los cuales podemos mencionar.⁴

Factores de riesgos generales como: Edad paterna y materna avanzada, consanguinidad, ocupación.

Factores de riesgos mentales: Diagnósticos de depresión menor y ansiedad.

Factores relacionados a factores obstétricos, como el intervalo intergenésico corto (menor de 24 meses), aborto previo, mortinado y muerte neonatal previa, parto pretermino previo.

Factores de riesgos relacionados a estilos de vida: Obesidad IMC 30 kg/m², bajo peso pre grávido, <18.5kg/m², trastornos alimentarios como anorexia, bulimia, tabaco, alcohol, drogas.

Factores de riesgos de enfermedades previas: Como Diabetes pregestacional, diabetes gestacional, hipertensión arterial, trastornos hipertensivos del embarazo.

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO EN MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS.

Los embarazos en mujeres mayores de 35 años son cada vez más frecuentes. La mayoría de los estudios apuntan a la edad de 35 años como una edad propicia para las complicaciones obstétricas y neonatales, pero no se tienen en cuenta varios factores de confusión y esto da lugar a resultados contradictorios.

El incremento del embarazo a edad tardía presenta una cifra que varía del 7,1 % al 9,6 % en países desarrollados y en vías de desarrollo. Lo indicado traduce que el retraso de la planificación de la

⁴ Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido.

gestación disminuye las probabilidades de lograr por el deterioro de la calidad de los óvulos, con mayor frecuencia en mujeres que se encuentran en la perimenopausia.⁵

A pesar de las definiciones técnicas sobre la condición de gestante de edad avanzada, es evidente que existe un apreciable número de mujeres cerca de los 45 años que de manera intencional está buscando quedar embarazada, incluso en condición de primigestantes. En la actualidad no existen directrices o normativas claras sobre el empleo de técnicas avanzadas de reproducción asistida para este grupo de edad, razón por la cual es necesario reconocer las dimensiones y riesgos obstétricos que conlleva la gestación en mujeres que han sobrepasado los 35 años⁶. En principio, se reconoce que el riesgo de óbito fetal antes del parto es más alto en gestantes >35 años cuando se les compara con mujeres de menor edad; como principales causas se reconocen hemorragias, infecciones y restricciones del crecimiento fetal y de la placenta⁷.

Los efectos relacionados al aumento de la edad parecen ser continuos, de modo que el riesgo es mayor mientras mayor sea la edad al momento de la concepción, más que como un efecto de umbral al pasar la edad en cuestión. Las investigaciones que evalúan el efecto de ciertas condiciones médicas crónicas, como la diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad que pueden exacerbar la morbilidad relacionada a la gestación, parecen mostrar un riesgo creciente a medida que aumenta la edad en el momento del embarazo.⁸

La edad materna constituye el principal factor de riesgo para el desarrollo de repercusiones materno-fetales. Al respecto, algunos autores mencionan que, a mayor edad de la madre, los resultados son más desfavorables y como principales complicaciones se reporta el retardo de crecimiento intrauterino, amenaza de parto prematuro, parto distócico, aumento del índice de inducciones médicas y de cesáreas electivas, los trastornos hipertensivos y la diabetes gestacional. En relación con el reposo producto de la concepción, se aprecia prematuridad, malformaciones congénitas y mortalidad infantil.

⁵ Complicaciones materno-fetales en gestantes adultas mayores. Centro de Salud San Jacinto de Buena Fe.

⁶ Primiparidad en edad materna muy avanzada (≥ 45 años). Esterilidad fértil.

⁷ Causas de muerte fetal antes del parto en mujeres de edad materna avanzada.

⁸ Complicaciones obstétricas y edad materna avanzada. Rev Perú Ginecol Obstet.

A nivel mundial, la gestación en mujeres de edad avanzada representa una problemática de salud pública, reto que afrontan los profesionales sanitarios por la predisposición a complicaciones en el binomio madre-hijo, que puede prevenirse mediante intervenciones efectivas y oportunas en los niveles: primario, secundario y terciario. Estas estrategias deben enfocarse en el control preconcepcional con la promoción de estilos de vida saludables, el control prenatal subsecuente e individualizado en este grupo prioritario para el diagnóstico y manejo de complicaciones; además del control en el puerperio para evitar embarazos no planeados y brindar las intervenciones respectivas en caso de anomalías neonatales.

CAPÍTULO II “ DIABETES GESTACIONAL”

2.1 Diabetes gestacional

La Organización Mundial de la Salud define como diabetes mellitus a "un estado crónico de 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" (DMS, 2002).

Clasificación.

1. Diabetes pregestacional. Es aquella diabetes conocida y diagnosticada en una paciente no embarazada. Se reconocen dos tipos diferentes:

- a. Tipo 1 (insulinodependiente o juvenil).
- b. Tipo 2 (no insulinodependiente, estable del adulto).

2. Diabetes gestacional. Es la diabetes que se inicia o pesquisa por primera vez durante la gestación. Este grupo se distinguen categorías clínicas de diferente severidad, pronóstico y tratamiento, con la siguiente clasificación (Frenkel, 1995):

A1: glucemia en ayunas menor a 105 mg/dl con PTGO anormal.

A2: glucemia en ayunas igual o mayor a 105 hasta 129 mg/dl.

B1: glucemia en ayunas igual o mayor a 130 mg/dl.

La diabetes gestacional (DG) ha sido definida como la disminución de la tolerancia a los hidratos de carbono, de severidad y evolución variable, que se reconoce por primera vez durante la actual gestación (NDDG, 1979).

El término DG surgió del análisis de los antecedentes obstétricos (macrosomía y muerte intrauterina inexplicables) de las mujeres en las que se manifiesta clínicamente la diabetes mellitus (Carrington, 1959).

Epidemiológicamente se reconocen como factores de riesgo para contraer una diabetes gestacional a múltiples factores dietéticos, ambientales, familiares, genéticos, patológicos y obstétricos:

Factores de riesgo

- Antecedente de diabetes mellitus en familiares de 1er. grado.
- Edad materna igual o superior de 30 años.
- Obesidad con índice de masa corporal (IMC) mayor a 26.
- Diabetes gestacional en embarazos anteriores.
- Mortalidad perinatal inexplicada.
- Macrosomía fetal actual o antecedente de uno o más hijos con peso al nacer >4000 g.
- Malformaciones congénitas.
- Polihidramnios en el embarazo actual.

Criterios de tamizaje y diagnóstico

El diagnóstico de diabetes durante el 1er trimestre del embarazo se basa en los mismos criterios que se utilizan para la población general:

- Síntomas clásicos de diabetes (polidipsia, poliuria, polifagia y baja de peso) y una glicemia en cualquier momento del día mayor o igual a 200 mg/dL, sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida.
- Glicemia en ayunas mayor o igual a 126 mg/dL. Confirmar con una segunda glicemia ≥ 126 mg/dl, en un día diferente.
- Glicemia mayor o igual a 200 mg/dL dos horas después de una carga de 75 g de glucosa durante una PTGO.

Si el resultado del examen de tamizaje muestra una glucemia entre 100 y 125 mg/dL, se debe hacer un nuevo examen en un plazo máximo de 7 días. Durante este período la mujer debe ser instruida de continuar con una alimentación normal sin restricciones de ningún tipo. Si se confirma una glicemia en ayunas entre 100 y 125 mg/dL se hará el diagnóstico de diabetes gestacional.

Realizar una prueba de tolerancia a la glucosa a las 24-28 semanas a toda mujer con una glucemia normal en el 1er trimestre. Si la glicemia en ayunas es inferior a 100 mg/dl y a las 2 horas post-carga inferior a 140 mg/dL, y la paciente no tiene factores de riesgo se descarta el diagnóstico de diabetes gestacional.

Repetir la PTGO a las 30-33 semanas a toda mujer con factores de riesgo de diabetes gestacional detectados o que aparecen durante el embarazo (polihidroamnios, macrosomía fetal), y con glicemias normales en la PTGO realizada en el 2do trimestre.

- Si la glicemia en ayunas es inferior a 100 mg/dL y a las 2 horas post-carga inferior a 140 mg/dL, se descarta el diagnóstico de diabetes gestacional.
- Si la glicemia en ayunas es mayor o igual a 100 mg/dL y/o la glucemia a las dos horas post-carga mayor o igual a 140 mg/dL, se diagnostica diabetes gestacional.⁹

2.2 Influencia de la diabetes sobre el embarazo y parto

La diabetes gestacional parece causar un gran impacto sobre la salud perinatal y reproductiva, al menos en países de desarrollo. Cuando no es reconocida ni tratada oportunamente, puede elevar la incidencia de mortalidad perinatal, macrosomía fetal, hipoglucemia neonatal, obesidad e hipertensión arterial en los hijos de esas madres. Además, puede producir diabetes mellitus en la madre permanente, del 30- 40% de las mujeres con diabetes gestacional desarrollan diabetes clínica manifiesta posterior al parto.

Los principales problemas en el embarazo son el aumento de la mortalidad perinatal, macrosomía fetal, intervenciones quirúrgicas en el parto y parto traumático, frecuencia de preeclampsia, polihidramnios y parto pretérmino. Conllevando a una morbilidad neonatal (hipoglucemia, hipocalcemia, y dificultad respiratoria)

⁹ Guía de diabetes y embarazo, ministerio de salud, gobierno de Chile.

Si el feto es de gran tamaño en el parto por vía natural, la distocia de hombro es la eventualidad más común y ocurren a menudo desgarros personales por la extracción laboriosa y la fragilidad de los tejidos edematosos.

CAPÍTULO III “TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO”

Los embarazos después de los 35 años de edad están sujetos a una mayor morbilidad debido a la acumulación de riesgos de complicaciones que pueden ocurrir desde el primer trimestre hasta el período posparto. En el primer trimestre, la tasa de aborto espontáneo aumenta considerablemente, y varios estudios muestran un aumento de tres veces en el riesgo para las mujeres mayores de 40 años en comparación con las de 20 a 34 años. Además, el riesgo de anomalías cromosómicas aumenta bruscamente con la edad. En el segundo y tercer trimestre, algunas complicaciones maternas y fetales aumentan con la edad. La mayoría de los estudios han encontrado un mayor riesgo de hipertensión materna, preeclampsia, diabetes gestacional y placenta previa. Las complicaciones neonatales incluyen un peso más extremo (macrosomía e hipotrofia) y parto prematuro (inducido o espontáneo). Respecto al parto y al puerperio inmediato, las mujeres mayores de 35 años tienen mayor riesgo de cesárea.¹⁰

Ambos extremos de la edad reproductiva se consideran de riesgo para resultados adversos del embarazo. Las madres adolescentes tienen un mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer, bajo puntaje de Apgar y mortalidad postnatal. Si esta asociación está determinada por una inmadurez biológica o más bien por desventajas socioeconómicas, factores de comportamiento o falta de acceso a atención prenatal de alta calidad es todavía un tema de mucha discusión. Por otro lado, el retraso de la maternidad conlleva un mayor riesgo de complicaciones maternas y obstétricas.¹¹

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

La hipertensión preexistente y la relacionada con el embarazo son las complicaciones más comunes, en particular debido a su alta prevalencia en mujeres mayores y con sobrepeso. Las probabilidades de que se diagnostique hipertensión crónica son entre dos y cuatro veces mayores en mujeres de 35 años o más (en comparación con las de 30 a 34 años). Los trastornos hipertensivos

¹⁰ Resultados clínicos en embarazos de alto riesgo debido a la edad materna avanzada.

¹¹ Edad materna y riesgo de resultados adversos del embarazo: un estudio de cohorte retrospectivo.

del embarazo, que incluyen hipertensión gestacional, preeclampsia/eclampsia, hipertensión crónica y preeclampsia o eclampsia superpuestas a hipertensión crónica, son causas importantes de morbilidad y mortalidad materna y fetal que afectan aproximadamente al 12 % de todos los embarazos.

Una de las principales causas de mortalidad materna, abarca un espectro de trastornos que incluyen hipertensión crónica (preexistente) y una serie de enfermedades hipertensivas asociadas al embarazo. Las mujeres con antecedentes de trastorno hipertensivo del embarazo tienen un mayor riesgo de desarrollar Hipertensión Arterial, un factor de riesgo conocido para riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica.¹²

Un metanálisis de 2020 informó que las mujeres con Trastornos hipertensivos del embarazo tienen un riesgo 18 veces mayor de desarrollar Hipertensión arterial en los primeros 6 meses posparto en comparación con aquellas con embarazos normotensos. Este riesgo mejoró, pero siguió siendo 7 veces mayor a los 1–2 años posparto. A los 15 años de seguimiento, aquellas con antecedentes de hipertensión gestacional (gHTN) y preeclampsia grave tenían aproximadamente 5–6 veces más probabilidades de desarrollar hipertensión arterial que aquellas con embarazos normotensos, incluso después de ajustar por otros resultados adversos del embarazo. Los estudios contemporáneos continúan corroborando estos hallazgos y aportando evidencia de que existe un riesgo aditivo cuando la preeclampsia se presenta con otros resultados adversos del embarazo.¹³

Una asociación particularmente fuerte es entre la edad materna avanzada y el riesgo de desarrollar trastornos hipertensivos del embarazo (THE), que incluyen hipertensión gestacional, hipertensión crónica, preeclampsia-eclampsia y síndrome de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetas bajas (HELLP). Aunque los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) complican entre el 2 y el 8 % de los embarazos en general, afectan al 18 % de los embarazos en mujeres de 35 a 44 años y al 35 % en mujeres mayores de 45 [9]. Sin embargo, lo que es más importante, los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) son responsables de hasta el 30 % de la mortalidad materna

¹² Impacto de la edad materna en la morbilidad obstétrica y neonatal: un estudio de cohorte retrospectivo.

¹³ Incidencia de hipertensión posparto dentro de los 2 años de un embarazo complicado con preeclampsia: una revisión sistemática y metanálisis.

debido a accidente cerebrovascular, eclampsia, coagulopatía intravascular diseminada e insuficiencia renal

A medida que la tendencia a retrasar la maternidad sigue creciendo a nivel mundial, se espera que aumente la prevalencia de los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) y, con ello, una carga de salud significativa. Dicho esto, muchas de las complicaciones asociadas con los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) se pueden prevenir, lo que destaca la importancia de brindar a las futuras madres un seguimiento cercano e intervención oportuna para optimizar los resultados maternos y neonatales en estos embarazos.

MECANISMOS BIOLÓGICOS QUE SUBYACEN A LA PREECLAMPSIA

La Sociedad Internacional para el Estudio de la Hipertensión en el Embarazo (ISSHP, por sus siglas en inglés) define la preeclampsia como hipertensión gestacional acompañada de una o más de las siguientes afecciones de nueva aparición a las ≥ 20 semanas de gestación. Estas afecciones incluyen proteinuria, evidencia de disfunción de órganos diana maternos (complicaciones neurológicas, lesión renal aguda, complicaciones hematológicas o afectación hepática) y evidencia de mala perfusión uteroplacentaria (p. ej., desprendimiento de placenta, desequilibrio angiogénico, restricción del crecimiento fetal, arteria umbilical anormal, análisis de la forma de onda Doppler o muerte fetal intrauterina). Aunque se han descrito muchos factores de riesgo para trastornos hipertensivos del embarazo (THE) en la literatura, las causas y mecanismos exactos de la preeclampsia siguen siendo objeto de mucho debate. Se han propuesto muchas hipótesis sobre los procesos biológicos involucrados en la preeclampsia, pero ninguna teoría puede explicar por completo cada caso de esta afección. Como resultado, es plausible que la preeclampsia abarque una variedad de afecciones, cada una de las cuales se distingue por su propio proceso fisiológico subyacente distinto.

Una hipótesis alternativa sugiere que la preeclampsia es una manifestación de disfunción cardiovascular materna subclínica. Según esta teoría, la disfunción cardíaca produce hipoperfusión uteroplacentaria, lo que a su vez produce disfunción placentaria y el posterior desarrollo de preeclampsia. La evidencia de esta teoría proviene del hecho de que las pacientes con cardiopatía congénita tienen un mayor riesgo de preeclampsia y restricción del crecimiento; lo mismo es cierto

para las pacientes que tienen perfiles hemodinámicos deficientes antes del embarazo, es decir, mayor resistencia vascular sistémica y presión arterial media.¹⁴

Los factores inmunológicos también sugieren que las respuestas inmunes maternas alteradas a la invasión del trofoblasto resultan en placentación defectuosa, hipoxia y desequilibrio angiogénico. El respaldo a esta teoría proviene de la evidencia de tasas más altas de preeclampsia en embarazos concebidos a través de donación de ovocitos (así como aquellos con menor exposición a antígenos paternos (ICSI, nulíparas, anticoncepción de barrera).

HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE

El sangrado vaginal en el primer trimestre de la gestación es una situación frecuente que ocurre en el 15-25% de todos los embarazos, poniendo en riesgo la vida de la madre y del producto de la concepción. El diagnóstico diferencial incluye amenaza de aborto, pérdida temprana del embarazo y embarazo ectópico. El dolor y el sangrado abundante se asocia con un mayor riesgo de pérdida temprana del embarazo.

Aborto

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto como la pérdida del embarazo antes de la viabilidad del feto. Sin embargo, como la viabilidad extrauterina es un concepto cambiante que depende del progreso médico y tecnológico, varía entre las 20 y las 24 semanas. Si no se conoce la edad gestacional, se acepta como aborto cuando el peso fetal es menor a 500 gramos. Entre los factores de riesgo para que se produzca el aborto están: malformaciones congénitas, edad avanzada, infecciones, anomalías uterinas (como incompetencia cervical y miomatosis), antecedentes de abortos previos, embarazos en presencia de dispositivo intrauterino (diu) y traumas. Para comprender un poco más debemos de definir los siguientes términos:

Amenaza de aborto: Presencia de sangrado vaginal con o sin dolor y sin cambios cervicales antes de la semana 20-24 de gestación.

¹⁴ Un acto de equilibrio: cómo afrontar los trastornos hipertensivos del embarazo en edades maternas muy avanzadas, desde la preconcepción hasta el posparto.

Aborto incompleto: Expulsión parcial de la gestación, con retención de partes fetales, membranas o placenta, se encuentra el cérvix abierto, con sangrado activo y en ocasiones se palpan restos en el interior del útero.

Aborto completo: Ocurre la expulsión total del producto de la concepción, el cérvix se encuentra cerrado, no se evidencia embarazo por ecografía.

Embarazo ectópico

Este se presenta cuando la implantación del blastocisto ocurre por fuera de la cavidad uterina y complica el 1,5-2% de los embarazos. Su localización más frecuente es en las trompas de Falopio, lo cual ocurre en el 98% de los casos. También puede suceder a nivel cervical, de ovario o en la cavidad pélvica y aun en vísceras abdominales.¹⁵

Las tendencias en los niveles cuantitativos de la subunidad β de la gonadotropina coriónica humana (β -hCG) brindan información útil para distinguir un embarazo temprano normal de uno anormal. El nivel discriminatorio (1500 a 3000 mUI por ml) es el nivel de β -hCG por encima del cual un embarazo intrauterino debería ser visible en la ecografía transvaginal. La falta de detección de un embarazo intrauterino, combinada con niveles de β -hCG superiores al nivel discriminatorio, debe generar preocupación por la pérdida temprana del embarazo o el embarazo ectópico.¹⁶

¹⁵ Hemorragia del primer, segundo y tercer trimestre del embarazo

¹⁶ Sangrado del primer trimestre: Evaluación y manejo.

V. METODOLOGÍA

5.1. Tipo de investigación

Cuantitativa, descriptiva, corte transversal.

5.2. Área de investigación

Unidad comunitaria de salud familiar Intermedia El Paisnal.

5.3. Periodo de investigación

Marzo a Julio del 2025.

5.4. Universo

Pacientes femeninas inscritas en controles prenatales en el último año en la unidad de salud El Paisnal. Se reportó en la base de datos, que en el último año en la unidad de salud intermedia El Paisnal se han inscrito en controles prenatales 126 gestantes. Por lo que el universo de la investigación fueron 126 mujeres embarazadas.

5.5. Población

La población del estudio fueron usuarias embarazadas mayores de 35 años inscritas en controles prenatales en el último año en la unidad de salud El Paisnal. Se reportó que, durante el año 2024, se inscribieron en controles prenatales un total de 46 mujeres embarazadas con edades entre los 35 y 45 años, durante el primer trimestre del año 2025 se reportó la inscripción de 8 gestantes con las mismas características, por lo que la población total corresponde a 54 embarazadas. Por tanto, la población de interés está conformada por 54 embarazadas dentro de dicho rango etario.

5.6. Muestra

La muestra del estudio fueron pacientes embarazadas con edades comprendidas entre los 35 y 45 años, inscritas en controles prenatales en la Unidad de Salud El Paisnal, durante el período de julio de 2024 a marzo de 2025. En este intervalo, se ha registrado un total de 31 mujeres embarazadas dentro del rango de edad establecido. Dado que se trata de una población limitada, se trabajó con la totalidad de las usuarias que cumplen con los criterios de inclusión. Por lo tanto, la muestra al realizar la investigación a través de los expedientes se redujo a 24 embarazadas que cumplieron con los criterios de la investigación.

5.7. Método de recolección de datos

Revisión documental.

5.8. Tipo de muestreo

No probabilístico por conveniencia, se realizó revisión de expediente de mujeres embarazadas con edades entre 35 a los 45 años que consultaron en la unidad de Salud Familiar El Paisnal en el periodo comprendido entre marzo - julio 2025.

5.9. Criterios de inclusión:

- Mujeres gestantes con edades comprendidas entre 35 y 45 años.
- Inscritas en controles prenatales en el periodo de julio 2024 a marzo del 2025
- Primigestas y multíparas.

5.10. Criterios de exclusión:

- Mujeres gestantes menores de 35 años o mayores de 45 años.
- Pacientes inscritas en controles prenatales en enero a mayo del 2024 e inscritas posterior al mes de marzo del 2025.

5.11. Fuente de información

Para el desarrollo de la presente investigación se utilizó una fuente de información primaria, la cual está conformada por expedientes clínicos de las gestantes de 35 a 45 años inscritas en controles prenatales en la unidad de salud Intermedia El Paisnal. Dichos documentos constituyen registros que contienen información directa sobre antecedentes patológicos personales, antecedentes obstétricos personales, antecedentes familiares, resultados de estudios de laboratorio, así como también estudios de imagen, por lo que representa datos de primera mano para la investigación.

5.12. Procedimiento de recolección

Se elaboró una ficha de recolección de datos basada en la revisión de expedientes clínicos. Para ello, se obtuvo un listado de mujeres embarazadas, con edades entre 35 y 45 años, inscritas en controles prenatales en la Unidad de Salud Familiar de El Paisnal. Esta información fue extraída de la base de datos SIMOW. Posteriormente, se procedió a la revisión detallada de los expedientes

clínicos de dichas pacientes, con el fin de recolectar la información necesaria para el desarrollo de la investigación.

La recolección de datos se llevó a cabo entre los meses de marzo y agosto de 2025. Se recopilaban antecedentes patológicos personales y familiares, presencia de morbilidades, así como valores de laboratorio que puedan orientar hacia la identificación de posibles complicaciones obstétricas durante el embarazo.

Este proceso permitió analizar los factores asociados a las complicaciones abordadas en el estudio. La información obtenida, organizada y tabulada mensualmente, utilizando herramientas como Microsoft Excel y Word para facilitar el procesamiento y análisis estadístico. Finalmente, una vez procesados los datos y elaborados los gráficos correspondientes, se contrastan los hallazgos con los antecedentes teóricos del estudio, permitiendo establecer descripciones generales y relevantes sobre el fenómeno investigado.

5.13. Clasificación de las variables

Clasificación	Variables	Concepto
Cuantitativa discreta	Diagnóstico de complicaciones obstétricas	Procesos que permiten identificar trastornos o problemas de salud que surgen durante el embarazo, el parto, el trabajo de parto.
Cuantitativa discreta	Incidencia de complicaciones obstétricas	Frecuencia o tasa con la que ocurren problemas de salud durante el embarazo, parto o posparto que pueden afectar a la madre, al feto o a ambos.
Cuantitativa discreta	Antecedentes de enfermedad crónica	Historial de enfermedades, afecciones o eventos médicos relevantes de un paciente, como diagnósticos previos, cirugías y enfermedades crónicas.
Cuantitativa discreta	Antecedentes obstétricos	Registro de la información médica relacionada con la salud reproductiva de una

		mujer, incluyendo sus embarazos, partos, abortos, complicaciones en embarazos previos.
Cuantitativa discreta	Antecedentes patológicos familiares	Registro de las enfermedades y afecciones médicas de los familiares biológicos cercanos, como padres, abuelos, hermanos e hijos.
Cuantitativa discreta	Antecedentes obstétricos familiares	Registro de la información médica relacionada con la salud reproductiva de una mujer, incluyendo sus embarazos, partos, abortos, complicaciones en embarazos previos de familiares biológicos cercanos como abuela, madre, hermanas.

5.14. Operacionalización de las variables.

Objetivos	VARIABLES	Definición conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Valor	Pregunta	Instrumento
Establecer mediante revisión de expediente clínico el diagnóstico de diabetes gestacional, trastornos hipertensivos y hemorragias del primer trimestre de embarazo en las pacientes consultantes .	Diagnóstico de complicaciones obstétricas.	Procesos que permiten identificar trastornos o problemas de salud que surgen durante el embarazo, el parto, el trabajo de parto.	Condiciones adversas que se diagnostican en el embarazo, que afectan su curso normal, poniendo en riesgo la salud de la madre, el feto o ambos.	Diabetes gestacional	Glucosa en ayunas	Valor de glucosa arriba de 100 mg/dl	Revisión de expediente clínico.
					Glucosa post-carga	Valor de glucosa post carga arriba de 140 mg/dl	
				Preeclampsia	Presión arterial sistólica y diastólica (mmHg)	Presión arterial arriba de 140/90 mmHg	
				Eclampsia	Presencia de proteinuria (mg/dl)	Proteína en orina positiva, mayor a 300 mg/dl	
					Creatinina sérica (mg/dl)	Creatinina sérica mayor a 1.1 mg/dl	
				Amenaza de aborto	Diagnósticos ecográficos	Diagnóstico de anormalidades placentarias, dilatación cervical, en el primer trimestre del embarazo	
				Aborto espontaneo			
Desprendimiento coriónico							

Objetivos	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Valor	Pregunta	Instrumento
Determinar la incidencia de las principales complicaciones obstétricas (trastornos hipertensivos del embarazo, diabetes gestacional, hemorragia del primer trimestre) en mujeres de edad materna avanzada.	Incidencia de complicaciones obstétricas	Frecuencia o tasa con la que ocurren problemas de salud durante el embarazo, parto o posparto que pueden afectar a la madre, al feto o a ambos.	Frecuencia con la que se presentan condiciones durante el embarazo, parto o puerperio, que ponen en peligro la vida de la madre, recién nacido o ambos.	Incidencia de diabetes gestacional	Presente	Diagnóstico de diabetes gestacional	Revisión de expediente clínico
					Ausente		
				Incidencia de trastorno hipertensivos del embarazo	Presente	Diagnóstico de preeclampsia o eclampsia	
					Ausente		
				Incidencia de hemorragias del primer trimestre	Presente	Diagnóstico de amenaza de aborto, aborto, anomalía placentaria	
					Ausente		

Objetivos	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Valor	Pregunta	Instrumento
Definir los antecedentes patológicos y obstétricos personales asociados al riesgo de complicaciones durante el embarazo en mujeres con edad materna avanzada.	Antecedentes de enfermedad crónica	Historial de enfermedades, afecciones o eventos médicos relevantes de un paciente, como diagnósticos previos, cirugías y enfermedades crónicas.	Historial de condiciones médicas relevantes del paciente que fueron diagnosticadas previos al embarazo actual como enfermedades crónicas.	Diabetes mellitus tipo 1	Presente	Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1	Revisión de expediente clínico
					Ausente		
				Diabetes mellitus tipo 2	Presente	Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2	
					Ausente		
				Hipertensión arterial crónica	Presente	Diagnóstico de hipertensión arterial crónica	
					Ausente		
				Hipotiroidismo	Presente	Diagnóstico de hipotiroidismo	
Ausente							
Hipertiroidismo	Presente	Diagnóstico de hipertiroidismo					
	Ausente						
Obesidad	IMC > 30	Índice de masa corporal					

Antecedentes obstétricos	Registro de la información médica relacionada con la salud reproductiva de una mujer, incluyendo sus embarazos, partos, abortos, complicaciones en embarazos previos.	Historial de condiciones obstétricas que se presentaron en embarazos previos que complicó el embarazo, parto y puerperio.	Multiparidad	Gravidez > 2	Números de embarazos
			Preeclampsia	Presente	Diagnóstico de preeclampsia o eclampsia en embarazo previo
				Eclampsia	
			Diabetes gestacional	Presente	Diagnóstico de diabetes gestacional en embarazo previo
				Ausente	
			Aborto	Presente	Interrupción de un embarazo previo antes de las 21 semanas
				Ausente	
			Parto pretérmino	Presente	Finalización de un embarazo previo entre las 21 semanas y las 37 semanas
				Ausente	

				Factor Rh negativo	Presente	Diagnóstico en embarazo previo de factor Rh negativo	
					Ausente		

Objetivos	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Valor	Pregunta	Instrumento
Describir los antecedentes patológicos y obstétricos familiares relacionados con la aparición de complicaciones obstétricas en gestantes con edad materna avanzada.	Antecedentes familiares patológicos	Registro de las enfermedades y afecciones médicas de los familiares biológicos cercanos, como padres, abuelos, hermanos e hijos	Historial de enfermedades crónicas que presentan familiares biológicos en primera y segunda línea de consanguinidad como padres, abuelos, hijos.	Diabetes mellitus tipo 2 o tipo 1	Presente	Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2 en la familia	Revisión de expediente clínico
					Ausente		
				Hipertensión arterial crónica	Presente	Diagnóstico de hipertensión arterial crónica en la familia	
					Ausente		
				Hipotiroidismo	Presente	Diagnóstico de hipotiroidismo en la familia	
					Ausente		

			Hipertiroidismo	Presente	Diagnóstico de hipertiroidismo en la familia
				Ausente	
Antecedentes familiares obstétricos	Registro de la información médica relacionada con la salud reproductiva de una mujer, incluyendo sus embarazos, partos, abortos, complicaciones en embarazos previos de familiares biológicos cercanos como abuela, madre, hermanas.	Historial de condiciones que se presentaron en algún embarazo como abortos, partos pretermo, preeclampsia, eclampsia, diabetes gestacional, entre otros en familiares biológicos como madre, abuela, hermanas.	Preeclampsia o eclampsia	Presente	Diagnóstico de preeclampsia o eclampsia en la familia durante el embarazo
				Ausente	
			Diabetes gestacional	Presente	Diagnóstico de diabetes gestacional en la familia durante el embarazo
				Ausente	
			Abortos	Presente	Diagnóstico de aborto en la familia durante el embarazo
				Ausente	
	Presente				

				Partos pretermo	Ausente	Finalización de un embarazo previo ente las 21 semanas y las 37 semanas en familiares	
--	--	--	--	--------------------	---------	--	--

5.15. Procesamiento y análisis de la información

Procesamiento de la información:

El procesamiento y la organización de los datos obtenidos en la investigación se llevaron a cabo mediante la elaboración de tablas de estadística descriptiva, utilizando el programa Microsoft Excel y tomando como base los instrumentos diseñados por el equipo investigador. Se aseguró la calidad de los datos mediante la verificación de su integridad, evitando la duplicidad y la omisión de información.

Presentación de los datos:

La información recolectada se presentó en tablas de frecuencia, complementadas con gráficos estadísticos que permitieron una representación visual clara de los resultados obtenidos a partir de la lista de cotejo. Esta estrategia facilitó la comprensión y el análisis de los hallazgos.

Análisis de la información:

El análisis consistió en la separación, organización y examen de los datos con el propósito de dar respuesta al planteamiento del problema de investigación. Para ello, se consideraron cada una de las variables, realizando un análisis descriptivo de la información a través de los indicadores establecidos; acorde con el alcance del estudio, utilizando la distribución de frecuencias de cada variable, las cuales fueron ordenadas en sus respectivas categorías. Posteriormente, estas se describieron y se presentaron en tablas y gráficos, tal como se señaló previamente.

5.16. Consideraciones éticas

a) Uso secundario de datos

El presente estudio se basó en la revisión de expedientes clínicos existentes, sin contacto directo con las usuarias, por lo que no se requirió la aplicación de consentimiento informado individual. Los datos obtenidos corresponden a información previamente registrada en los archivos clínicos de la Unidad de Salud Familiar El Paisnal y fueron utilizados exclusivamente con fines de investigación.

b) Confidencialidad y anonimato

- La información personal fue tratada con estricta confidencialidad.
- No se incluyó nombres ni datos identificables en los resultados del estudio.
- Los datos se almacenaron en dispositivos seguros y de acceso restringido.

c) No maleficencia

Se garantiza que ninguna participante fue expuesta a riesgos físicos o psicológicos durante el desarrollo del estudio.

d) Beneficencia

Aunque el estudio no implica beneficios directos para las participantes, se espera que estos resultados contribuyan al mejor conocimiento y atención de la salud materna en mujeres con edad materna avanzada.

e) Aprobación por un comité de ética

El protocolo fue sometido a la revisión de un Comité de Ética en Investigación, cumpliendo con las normativas nacionales e internacionales para investigaciones con seres humanos

VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la presente investigación titulada “Complicaciones del embarazo en mujeres con edad materna avanzada de 35 a 45 años en la Unidad de Salud Familiar El Paisnal, marzo a julio 2025”, fueron obtenidos mediante la revisión de expedientes clínicos. Se analizaron los registros de 24 embarazadas inscritas en controles prenatales en la Unidad De Salud El Paisnal, en el periodo comprendido de junio 2024 a marzo del 2025, a partir de esta revisión se obtuvieron los siguientes hallazgos:

Dentro de los hallazgos generales investigados está la edad materna de las usuarias que forma parte del estudio; como se menciona en la presente investigación la edad materna avanzada forma parte de un factor de riesgo para el apareamiento de complicaciones en el embarazo, debido a lo cual se recopila la siguiente información.

TABLA 1: Factores de riesgo y complicaciones evaluadas en el embarazo actual.			
Factores de riesgo más frecuentes			
	Si	No	No se hizo
Multiparidad	12	12	0
Presión arterial >140/90 antes de las 20 semanas	5	19	0
Presión arterial >140/90 después de las 20 semanas	5	16	3
Proteinuria posterior a las 20 semanas	8	9	7
Alteraciones metabólicas detectadas			
Obesidad IMC > 30	3	21	0
Glucosa en ayunas >125 mg/dl antes de 20 semanas	1	18	5
Glucosa en ayunas >125 mg/dl después de 20 semanas	2	15	7
Prueba de O'Sullivan >140 mg/dl una hora posterior a la carga de glucosa	4	4	16

Complicaciones obstétricas actuales			
Diagnóstico de amenaza de aborto en embarazo actual	3	21	0
Diagnóstico de aborto en el embarazo actual	2	22	0
Diagnóstico ultrasonográfico de placentera previa	0	22	2
Educación			
Se ha brindado consejería sobre signos de alarma durante el embarazo	22	1	1

Fuente: Expediente digital. Información recopilada por Jessica Rodríguez, Andrea Salinas, Alexis Sandoval. *Complicaciones del embarazo en mujeres de edad materna avanzada de 35 a 45 años en la Unidad De Salud Familiar El Paisnal, marzo a julio 2025.*

Análisis: En la población estudiada (24 mujeres embarazadas de edad materna avanzada), se identificaron diversos factores de riesgo y alteraciones metabólicas asociadas al embarazo. La diabetes gestacional, según lo establecido en el marco teórico, se define como la elevación de glucemia en ayunas por encima de 125 mg/dl, detectada por primera vez durante la gestación. En la Tabla 1 se presentan los hallazgos obtenidos en la población de estudio. De las 24 embarazadas incluidas, 18 presentaron valores de glucosa en ayunas menores de 125 mg/dl antes de las 20 semanas de gestación. Sin embargo, una paciente registró una glicemia mayor de 125 mg/dl, por lo que se clasificó como diabetes pregestacional. En las restantes 5 gestantes no se contó con valores iniciales de glucosa debido a su inscripción tardía a los controles prenatales.

Posteriormente, al evaluar la glucosa en ayunas después de las 20 semanas, se observó que 15 embarazadas mantuvieron valores por debajo de 125 mg/dl, mientras que 2 presentaron cifras superiores, confirmándose el diagnóstico de diabetes gestacional. En 7 usuarias no se registraron resultados, ya sea por ausencia de la prueba en el expediente clínico o por falta de realización.

Otra herramienta diagnóstica es la prueba de O'Sullivan, incluida dentro del segundo perfil de laboratorio. Se considera positiva cuando la glicemia, una hora después de la ingesta de 50 gramos

de glucosa, supera los 140 mg/dl. Según lo documentado en la Tabla 1, cuatro gestantes presentaron resultados positivos, confirmando el diagnóstico de diabetes gestacional; en contraste otras cuatro obtuvieron valores inferiores a 140 mg/dl, descartándose la enfermedad. En las 16 gestantes restantes no se encontró registro de esta prueba en los expedientes clínicos.

Los trastornos hipertensivos del embarazo se considera una de las complicaciones más prevalentes en el embarazo, uno de los parámetros que se utiliza para su diagnóstico es la elevación de la presión arterial arriba de 140/90 mmHg, en la Tabla 1 se observa que antes de las 20 semanas, 19 gestantes presentaron cifras de presión arterial inferiores a 140/90 mmHg, descartándose hipertensión arterial crónica, mientras que en 5 pacientes se registraron valores iguales o superiores a dicha cifra, confirmándose el diagnóstico de hipertensión arterial crónica. Posterior a las 20 semanas, 16 gestantes mantuvieron cifras tensionales dentro de parámetros normales, en tanto que 5 presentaron elevación de la presión arterial compatible con trastorno hipertensivo del embarazo. Otros parámetros a tomar en cuenta para el diagnóstico de preeclampsia es la presencia de proteinuria después de las 24 semanas, dentro de los resultados obtenidos observamos que 9 gestantes no presentaron este hallazgo, 8 mostraron proteinuria en el tercer trimestre y en 7 no se encontraron registros en los expedientes clínicos.

Una de las complicaciones más frecuentes en las primeras semanas de gestación aborto completo o incompleto. Esta condición constituye un factor de riesgo asociado a diversas patologías secundarias. Se observa que tres gestantes del estudio recibieron el diagnóstico de amenaza de aborto; de ellas, dos progresaron a un aborto completo, con pérdidas del producto antes de las 12 semanas. Estas pacientes presentaban antecedentes de trastornos de la coagulación y más de tres factores de riesgo asociados. El resto de las participantes del estudio (21 gestantes) no presentó episodios de sangrado ni dolor pélvico antes de las 22 semanas de gestación.

TABLA 2: COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

COMPLICACIONES	# DE EMBARAZADAS
Diabetes gestacional	4
Preeclampsia	6
Eclampsia	0
Amenaza de aborto	3
Aborto	2
Total	15

Fuente: Expediente digital. Información recopilada por Jessica Rodríguez, Andrea Salinas, Alexis Sandoval. *Complicaciones del embarazo en mujeres de edad materna avanzada de 35 a 45 años en la Unidad De Salud Familiar El Paisnal, marzo a julio 2025.*

Análisis: De acuerdo con los datos presentados en la tabla 2, 15 de las 24 gestantes presentaron complicaciones obstétricas. La complicación con mayor prevalencia fue la preeclampsia, con 6 casos, seguida por la diabetes gestacional 4 casos. En menor proporción se identificó la amenaza de aborto con 3 casos y el aborto 2 casos. La complicación más frecuente fue la preeclampsia, identificada en 6 casos (40%) del total de mujeres con complicaciones, lo que evidencia una alta incidencia de trastornos hipertensivos del embarazo en este grupo etario. Este hallazgo concuerda con la literatura que asocia la edad materna avanzada con un mayor riesgo de hipertensión gestacional y sus complicaciones.

En segundo lugar, se observó la diabetes gestacional en 4 mujeres (26,6%), reflejando una importante alteración metabólica relacionada con la resistencia a la insulina que suele incrementarse con la edad y el sobrepeso. La amenaza de aborto afectó a 3 gestantes (20%), mientras que se registraron 2 casos de aborto consumado (13,3%), ambos considerados eventos adversos relevantes para la evolución del embarazo y el bienestar materno-fetal.

No se reportaron casos de eclampsia durante el periodo de estudio, lo cual puede interpretarse como un resultado favorable del seguimiento y control prenatal de las pacientes. En conjunto, los resultados muestran que las complicaciones hipertensivas y metabólicas fueron las más prevalentes

en mujeres de edad materna avanzada, destacando la necesidad de una vigilancia estrecha de la presión arterial y el control glucémico durante el embarazo.

TABLA 3: ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES			
Antecedentes patológicos personales	Otras enfermedades		
	Si	No	
			Obesidad grado 2
Hipertensión arterial crónica	5	19	Miomatosis uterina
Diabetes mellitus tipo 1	0	24	Cefalea debida a tensión
Diabetes mellitus tipo 2	2	22	Obesidad
Hipertiroidismo	0	24	Diabetes mellitus tipo 2 insulino dependiente
Hipotiroidismo	0	24	Bicitopenia en estudio + obesidad mórbida
Enfermedades autoinmunes	0	24	Cirugía genitourinaria

Fuente: Expediente digital. Información recopilada por Jessica Rodríguez, Andrea Salinas, Alexis Sandoval. *Complicaciones del embarazo en mujeres de edad materna avanzada de 35 a 45 años en la Unidad De Salud Familiar El Paisnal, marzo a julio 2025.*

Análisis: Los antecedentes obstétricos familiares como la preeclampsia, diabetes gestacional, trastornos de coagulación, entre otros, la presencia de estas condiciones en la familia aumenta la vulnerabilidad de las gestantes a desarrollar dichas complicaciones durante el embarazo, Respecto a la población estudiada se observa, el 20,8% de las participantes refirió casos de preeclampsia en mujeres de su familia, mientras que el 8,3% mencionó antecedentes de diabetes gestacional y el 4,2% de diabetes mellitus tipo 2. No se reportaron antecedentes familiares de eclampsia, factor RH negativo, abortos ni partos pretérmino. Dentro de los antecedentes obstétricos familiares destacó la presencia de preeclampsia, seguida de diabetes gestacional y diabetes mellitus tipo 2, lo cual refleja la existencia de factores de riesgo heredofamiliares relevantes que podrían influir en la aparición de complicaciones durante la gestación en mujeres de edad materna avanzada.

TABLA 4: ANTECEDENTES OBSTETRICOS PERSONALES

Antecedentes obstétricos personales		
	Si	No
Preclamsia	3	21
Eclampsia	0	24
Diabetes gestacional	1	23
Diabetes mellitus tipo 2	0	24
Factor RH negativo	1	23
Abortos	2	22
Parto pre-término	0	24
Otros:		

Fuente: Expediente digital. Información recopilada por Jessica Rodríguez, Andrea Salinas, Alexis Sandoval. *Complicaciones del embarazo en mujeres de edad materna avanzada de 35 a 45 años en la Unidad De Salud Familiar El Paisnal, marzo a julio 2025.*

Análisis: La edad materna avanzada constituye por sí sola un factor de riesgo para la aparición de complicaciones obstétricas, su prevalencia incrementa en presencia de factores de riesgo asociados, uno de ellos es la multiparidad definida en el estudio como haber cursado más de dos gestaciones. En la Tabla 4 se observa que 12 de las 24 embarazadas estudiadas eran multíparas. Por otra parte, los 12 embarazados restantes corresponden a nulíparas, condición en la cual el primer embarazo a una edad materna avanzada representa un riesgo aún mayor de complicaciones durante la gestación y el parto.

TABLA 5: MULTIPARIDAD

GESTAS	# DE EMBARAZADAS
1	7
2	5
3	9
4	2
5	1
Total	24

Fuente: Expediente digital. Información recopilada por Jessica Rodríguez, Andrea Salinas, Alexis Sandoval. *Complicaciones del embarazo en mujeres de edad materna avanzada de 35 a 45 años en la Unidad De Salud Familiar El Paisnal, marzo a julio 2025.*

Análisis: Según los datos presentados en la Tabla 5, dentro del grupo de 24 mujeres embarazadas con edad materna avanzada, se observó una distribución variada en el número de gestas. La mayor proporción correspondió a las mujeres con tres gestaciones previas, representando 9 casos (37,5%) del total, seguidas por aquellas con una gesta, que constituyeron 7 casos (29,1%). En menor proporción, 5 mujeres (20,8%) habían cursado dos embarazos previos, mientras que 2 gestantes (8,3%) reportaron cuatro gestaciones y únicamente 1 mujer (4,1%) tenía cinco gestas.

Estos resultados evidencian que la multiparidad fue un factor frecuente entre las mujeres de edad materna avanzada incluidas en el estudio, ya que más de la mitad (58,3%) había tenido dos o más embarazos. Esta condición constituye un factor de riesgo obstétrico relevante, asociado a una mayor probabilidad de complicaciones como hemorragias posparto, trastornos hipertensivos y parto pretérmino.

La predominancia de mujeres múltiparas coincide con lo descrito en la literatura, donde la edad materna avanzada suele correlacionarse con antecedentes obstétricos más extensos. Por tanto, los hallazgos resaltan la importancia de una evaluación prenatal integral, considerando la experiencia obstétrica previa como un componente determinante del riesgo gestacional.

TABLA 6: ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Antecedentes patológicos familiares		
	Si	No
Hipertensión arterial crónica	11	13
Diabetes mellitus tipo 1	0	24
Diabetes mellitus tipo 2	5	19
Hipertiroidismo	0	24
Hipotiroidismo	0	24
Enfermedades autoinmunes	0	0

Fuente: Expediente digital. Información recopilada por Jessica Rodríguez, Andrea Salinas, Alexis Sandoval. *Complicaciones del embarazo en mujeres de edad materna avanzada de 35 a 45 años en la Unidad De Salud Familiar El Paisnal, marzo a julio 2025.*

Análisis: En lo que respecta a los antecedentes médicos personales, los cuales se detallan en la Tabla 6 se observó que el 20,8% de las pacientes presentaba hipertensión arterial crónica y el 8,3% tenía antecedente de diabetes mellitus tipo 2. No se reportaron casos de diabetes tipo 1 ni de enfermedades tiroideas o enfermedades autoinmunes en la población estudiada. Los hallazgos descritos muestran las patologías de mayor frecuencia en la población estudiada las cuales se relacionan en mayor medida en complicaciones en el embarazo, se deben considerar como factores de importancia en el control prenatal de mujeres de edad materna avanzada. La mitad de las gestantes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica desarrollaron preeclampsia durante el embarazo, lo que evidencia que la presencia de enfermedades crónicas incrementa la incidencia de complicaciones obstétricas.

TABLA 7: ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS FAMILIARES

Antecedentes obstétricos familiares		
	Si	No
Preclamsia	5	19
Eclampsia	0	24
Diabetes gestacional	2	22
Diabetes mellitus tipo 2	1	23
Factor RH negativo	0	24
Abortos	0	24
Partos pretermino	0	24

Fuente: Expediente digital. Información recopilada por Jessica Rodríguez, Andrea Salinas, Alexis Sandoval. *Complicaciones del embarazo en mujeres de edad materna avanzada de 35 a 45 años en la Unidad De Salud Familiar El Paisnal, marzo a julio 2025.*

Análisis: La presencia de una complicación obstétrica en un embarazo previo incrementa de manera significativa el riesgo de presentarlo en gestaciones futuras. Por ello, las pacientes con antecedentes obstétricos se clasifican dentro de la categoría de embarazo de alto riesgo, brindando la referencia oportuna para supervisión del embarazo por especialista. Observamos la tabla 7, que el 12,5% de las participantes presentó preeclampsia, mientras que el 4,2% refirió diabetes gestacional y el 8,3% reportó antecedentes de abortos en embarazos previos. Dentro de otras complicaciones que destacan en la población estudiada es factor RH negativo del cual 4,2% de las embarazadas lo presentó. No se reportaron casos de eclampsia, diabetes mellitus tipo 2 ni parto pre-término. Lo que refleja la existencia de antecedentes de riesgo obstétrico en la muestra estudiada que podrían predisponer a complicaciones durante la gestación en mujeres de edad materna avanzada.

VII. DISCUSIÓN

En el presente estudio, desarrollado en la unidad de Salud El Paisnal, se investigó a la población femenina embarazada donde la mayoría de las participantes se concentró en el rango de 36 a 39 años, representa una problemática de salud pública debido a sus repercusiones en el binomio madre-hijo, así como se establece en muchas bibliografías, En nuestra población, el 50% de las gestantes presentaba multiparidad, Sin embargo un pequeño porcentaje de la población son pacientes primigestas, dentro de la literatura destaca el primer embarazo a una edad materna avanzada representa una mayor prevalencia de complicaciones obstétricas, en la presente investigación 7 gestantes eran primigestas y no presentaron complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio, sin embargo se observa un caso ejemplo de primigesta de edad materna avanzada a lo cual se le asocia más factores de riesgo asociados como la presencia de enfermedad crónica no transmisible, o antecedente obstétricos contributivo por lo que se presentan las complicaciones en el embarazo, lo que refuerza el papel de los antecedentes obstétricos como un factor condicionante de complicaciones perinatales.

En cuanto a los antecedentes patológicos personales, la hipertensión arterial crónica se observó en el 20,8% y la diabetes mellitus tipo 2 en el 8,3% de las participantes, proporciones similares a las reportadas en estudios latinoamericanos donde los trastornos hipertensivos asociados al embarazo complican el 5 al 10 % de las gestaciones en el mundo y son la principal causa de morbimortalidad materna, fetal y neonatal. Los riesgos maternos incluyen abrupción placentario, enfermedad cerebrovascular, falla multiorgánica y coagulación intravascular diseminada. La preeclampsia genera en el feto aumento del riesgo de retardo del crecimiento intrauterino (25 %), prematuridad (27 %) y muerte intrauterina (4 %) según la revista colombiana de cardiología.¹⁷

Asimismo, la hipertensión arterial crónica fue también el antecedente familiar más frecuente, hallazgo consistente con la literatura que resalta el componente genético y familiar en el desarrollo de trastornos hipertensivos del embarazo. Muchas de las gestantes incluidas en el estudio que presentaban antecedentes patológicos personales o familiares desarrollaron alguna complicación durante el embarazo. Entre estas, las más frecuentes fueron la preeclampsia y la diabetes

¹⁷ Hipertensión arterial y embarazo. Revista Colombiana de Cardiología.

gestacional, evidenciando una relación entre la presencia de antecedentes y el incremento en el riesgo de complicaciones obstétricas.

Respecto a las complicaciones actuales, se identificó que el 20,8% presentó hipertensión gestacional y un 33,3% proteinuria, hallazgos que concuerdan con lo planteado por la OMS (2022), al señalar a la edad materna avanzada como un factor de riesgo para la aparición de preeclampsia y otras formas de hipertensión inducida por el embarazo. Por otra parte, se registraron casos de amenaza de aborto (12,5%) y aborto consumado (8,3%), lo que coincide con lo expuesto en estudios donde aproximadamente el 10 al 15% de los embarazos confirmados abortan espontáneamente, y más del 80% de los abortos espontáneos ocurre en el primer trimestre, es decir antes de las 20 semanas de embarazo.¹⁸

Estos resultados ponen en evidencia que la edad materna avanzada constituye un determinante relevante para el desarrollo de complicaciones obstétricas no obstante por si sola como factor de riesgo no representa un riesgo significativo apareamiento de complicaciones obstétricas, ya que está relacionada a enfermedades crónicas y antecedentes obstétricos personales que aumentan prevalencia de dichas complicaciones en la población, incrementado el riesgo de presentar preeclampsia, eclampsia, abortos, entre otros. La alta cobertura de consejería sobre signos de alarma (91,7%) representa un hallazgo positivo, al indicar que el control prenatal en la Unidad de Salud ha priorizado la educación preventiva, aspecto crucial para reducir la morbilidad materna.

¹⁸ Aborto espontáneo, Sridhar A. Manual MSD

VIII. CONCLUSIONES

Las mujeres embarazadas con edad materna avanzada constituyen un grupo poblacional de alto riesgo, debido a la mayor incidencia de complicaciones obstétricas que desarrollan. Entre las más frecuentes se encuentran los trastornos hipertensivos del embarazo y la diabetes gestacional, cuya aparición se incrementa de forma proporcional con el aumento de la edad materna, embarazos y patologías previos.

Los antecedentes personales y obstétricos representan un factor predictivo relevante para la identificación temprana de posibles complicaciones. De acuerdo con los hallazgos del estudio, variables como la multiparidad, la edad mayor de treinta y cinco años, el antecedente de preeclampsia, eclampsia o diabetes gestacional en embarazos previos, se asocian significativamente con un mayor riesgo de desarrollar complicaciones durante la gestación actual.

Asimismo, se evidenció que la mayoría de las gestantes desconocen los antecedentes familiares de patologías obstétricas. Solo un porcentaje reducido manifestó tener conocimiento de enfermedades familiares no relacionadas con el embarazo, siendo la hipertensión arterial crónica y la diabetes mellitus tipo II las más comúnmente reportadas.

IX. RECOMENDACIONES

Implementar un protocolo de control prenatal especializado para embarazadas mayores de treinta y cinco años, teniendo como base fundamental la educación, consejería, donde se explique a la embarazada la importancia la inscripción temprana, controles obstétricos, la realización de exámenes de laboratorio y gabinete, para la detección temprana de patologías maternas en el embarazo.

Es fundamental que el personal médico pueda realizar una historia clínica detallada, ordenada y sistematizada, con tiempo de calidad, en la que se abordan exhaustivamente todos los componentes de la anamnesis. Se debe poner especial énfasis en la identificación de los antecedentes patológicos y obstétricos personales, pudiendo detectar alteraciones en el embarazo de forma temprana

Establecer reuniones comunitarias, donde las embarazadas puedan enunciar sus dudas y preocupaciones del embarazo, permitiendo el acompañamiento de familiares y amigos, en dichas reuniones el médico puede hacer énfasis en la importancia de conocer los antecedentes obstétricos, patológicos y familiares, ya que constituyen factores de riesgo que pueden predisponer al desarrollo de diversas patologías durante el embarazo. Es fundamental priorizar la atención de aquellas gestantes que presenten dichos factores de riesgo, considerando además que algunas mujeres embarazadas desconocen las enfermedades presentes en sus familiares.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Huamán Mancco, M. (2022). Edad materna avanzada y complicaciones materno – fetales: Revisión Narrativa. 2021. Universidad Privada Norbert Wiener.
2. Rae.es. Definición de edad reproductiva.
3. Peralta FDA, Ríos EG, Herrera MAR, Palomino RA, Vásquez LAQ, Moreno DA, et al. edad materna avanzada y morbilidad obstétrica.
4. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido. Servicios en SSR para atención de emergencias o desastres. Gob.sv.
5. Vaquero Gonzales NB, Gafas González C, Pazmiño Villao AJ, Duque Macías JL, Cherrez Paredes IC. complicaciones materno-fetales en embarazadas añosas. centro de salud san jacinto de buena fe, 2020: Complicaciones materno-fetales en gestantes adultas mayores. Centro de Salud San Jacinto de Buena Fe, 2020.
6. Glasser S, Segev-Zahav A, Fortinsky P, Gedal-Beer D, Schiff E, Lerner-Geva L. Primiparity at very advanced maternal age (≥ 45 years). Fertil Steril.
7. Walker KF, Bradshaw L, Bugg GJ, Thornton JG. Causes of antepartum stillbirth in women of advanced maternal age. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.
8. Cabrera Ramos SG. Complicaciones obstétricas y edad materna avanzada. Rev Perú Ginecol Obstet

9. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Departamento de Enfermedades No Transmisibles; Departamento Ciclo Vital. *Guía Diabetes y Embarazo*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2014.
10. Correa-de-Araujo R, Yoon SS (sarah). Clinical outcomes in high-risk pregnancies due to advanced maternal age. *J Womens Health (Larchmt)*.
11. Londero AP, Rossetti E, Pittini C, Cagnacci A, Driul L. Maternal age and the risk of adverse pregnancy outcomes: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2019 Jul 23.
12. Vandekerckhove M, Guignard M, Civadier MS, Benachi A, Bouyer J. Impact of maternal age on obstetric and neonatal morbidity: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2021 oct 28;21(1).
13. Giorgione V, Ridder A, Kalafat E, Khalil A, Thilaganathan B. Incidence of postpartum hypertension within 2 years of a pregnancy complicated by pre-eclampsia: a systematic review and meta-analysis. *BJOG An International Journal Of Obstetrics & Gynaecology*
14. Un acto de equilibrio: cómo afrontar los trastornos hipertensivos del embarazo en edades maternas muy avanzadas, desde la preconcepción hasta el posparto.
15. Ríos LÁR, editor. Hemorragia del primer, segundo y tercer trimestre de embarazo [Internet]. vol. 13. Universidad cooperativa de Colombia; diciembre 2017.
16. Hendriks E, Macnaughton H, MacKenzie MC. First trimester bleeding: Evaluation and management. *Am Fam Physician*.
17. Poon LC, Shennan A, Hyett JA, Kapur A, Hadar E, Divakar H, McAuliffe F, da Silva Costa F, von Dadelszen P, McIntyre HD, Kihara AB, Di Renzo GC, Romero R, D'Alton M,

- Berghella V, Nicolaides KH, Hod M. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019 May;145 Suppl 1(Suppl 1):1-33. doi: 10.1002/ijgo.12802. Erratum in: *Int J Gynaecol Obstet.* 2019 Sep.
18. Múnera-Echeverri AG, Muñoz-Ortiz E, Ibarra-Burgos JA. Hipertensión arterial y embarazo. *Rev Colombiana de Cardiología.*
19. Sridhar A. Aborto espontáneo [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. Manuales MSD; 2023 [citado el 2 de septiembre de 2025].
20. Pinheiro RL, Areia AL, Mota Pinto A, Donato H. Edad materna avanzada: resultados adversos del embarazo, un metanálisis. *Acta Med Port*
21. Baranda-Nájera N, Patiño-Rodríguez DM, Ramírez-Montiel ML, Rosales-Lucio J, Martínez-Zúñiga ML, Prado-Alcázar JJ, Contreras-Carretero N. Medigraphic, Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica.
22. Pantoja Muñoz VI, Vista de Edad materna como factor de riesgo de mortalidad perinatal y neonatal tardía en Colombia, 2023.
23. MINSAL Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. De la zona rural y CS 26 de EMP, Su E. Análisis del alza de mortalidad materna en El Salvador [Internet]. *Observadsdr.org.*
24. Macías Villa HLG, 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 méd Grupo Ángeles.*

25. Martínez Verónica, Las muertes maternas aumentaron 37 % en el 2021 La Prensa Gráfica.
26. NPunto Revista Digital, Influencia de la Edad en la Fertilidad. Ezquerro Cordón V. Influencia de la edad en la fertilidad. NPunto. Mayo2019.
27. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido. Servicios en SSR para atención de emergencias o desastres. Gob.sv.

XI. ANEXOS

ANEXO 1 Instrumento de recolección de datos.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA
TRABAJO DE GRADUACIÓN

Nombre: _____

Edad: _____

Expediente: _____

G ___ P ___ P ___ A ___ V ___

FUR: _____

FPP: _____

Edad gestacional: _____

Antecedentes patológicos familiares		
	Si	No
Hipertensión arterial crónica		
Diabetes mellitus tipo 1		
Diabetes mellitus tipo 2		
Hipertiroidismo		
Hipotiroidismo		
Enfermedades autoinmunes		
Otros:		

Antecedentes patológicos personales		
	Si	No
Hipertensión arterial crónica		
Diabetes mellitus tipo 1		
Diabetes mellitus tipo 2		
Hipertiroidismo		
Hipotiroidismo		
Enfermedades autoinmunes		
Otros:		

Antecedentes obstétricos familiares		
	Si	No
Preclamsia		

Eclampsia		
Diabetes gestacional		
Diabetes mellitus tipo 2		
Factor RH negativo		
Abortos		
Partos pretermino		
Otros:		
Antecedentes obstétricos personales		
	Si	No
Preclamsia		
Eclampsia		
Diabetes gestacional		
Diabetes mellitus tipo 2		
Factor RH negativo		
Abortos		
Parto pre-termino		
Otros:		

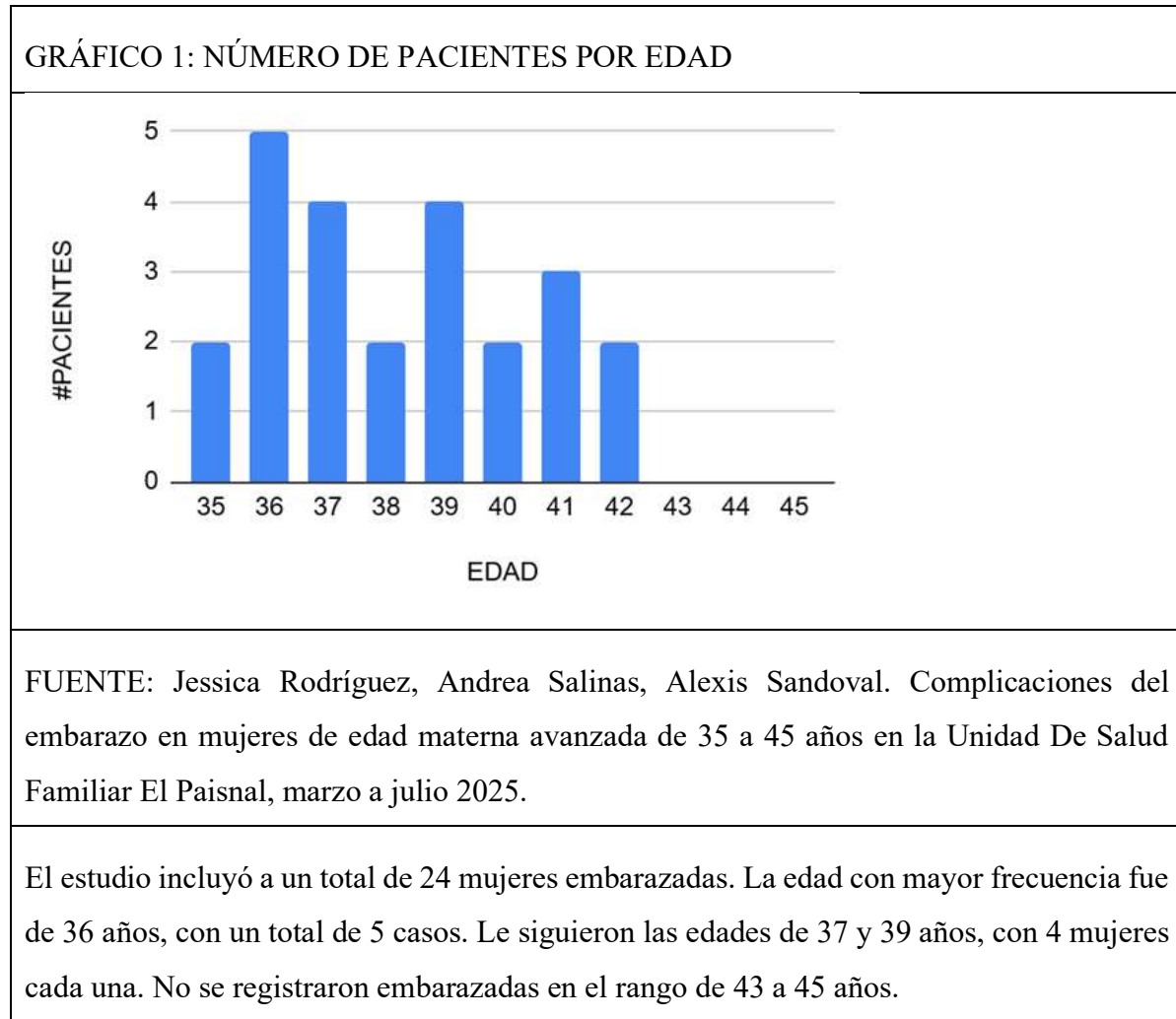
	Si	No	No se hizo
Período intergenésico corto			
Multiparidad			
Obesidad IMC > 30			
Factor Rh negativo			
Glucosa en ayunas >125 mg/dl antes de 20 semanas			
Glucosa en ayunas >125 mg/dl después de 20 semanas			
Prueba de O Sullivan >140 mg/dl una hora posterior a la carga de glucosa			
Curva de tolerancia a glucosa en la primera hora >180 mg/dl			
Curva de tolerancia a glucosa a las dos horas >155 mg/dl			
Curva de tolerancia a glucosa a las tres horas >140 mg/dl			
Valor de presión arterial >140/90 antes de las 20 semanas			
Valor de presión arterial >140/90 después de las 20 semanas			
Presencia de proteinuria posterior a las 20 semanas			

Creatinina sérica mayor a 1.1 mg/dl posterior a las 20 semanas			
Diagnóstico de amenaza de aborto en embarazo actual			
Diagnóstico de aborto en el embarazo actual			
Diagnostico ultrasonográfico de placentera previa			
Se ha brindado consejería sobre signos de alarma durante el embarazo			

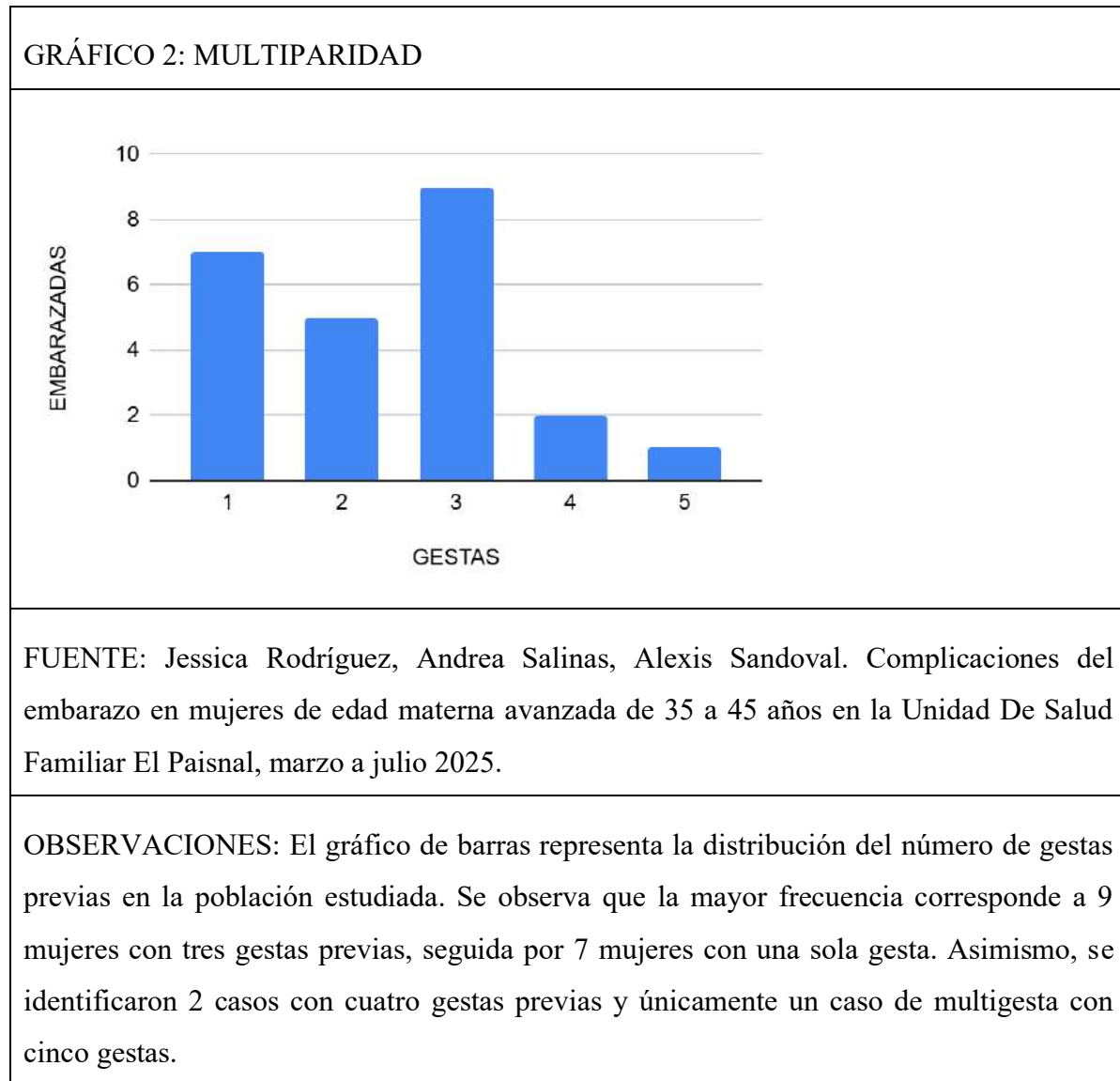
Diagnósticos recibidos durante gestación actual:

Observaciones:

ANEXO 2: Grafico 1 Número de pacientes por edad.



ANEXO 3 Grafico 2 Multiparidad.



ANEXO 4 Grafico 3 antecedentes patológicos familiares.

