



Tesis para optar al Grado Académico de
Licenciado en Obstetricia y Puericultura

“Características biopsicosociales de las puérperas de 35 años y más y las condiciones de su recién nacido”

Integrantes:

Victoria García Ortiz
Javiera Guerrero Ubilla
Karla López Garrote
Karla Moreira Montesdeoca
Astrid Navalón Bailey
Carolina Novoa Soto
Marianela Valdés Novoa

Profesora Guía: Ana María Alvarado Vargas

2009

A nuestros padres
y a todas las personas que nos apoyaron en este proceso.

Agradecimientos

A nuestra profesora guía Ana María Alvarado, por confiar en nuestras ideas y nuestro trabajo. Gracias por el ejemplo, la confianza y el apoyo que nos ha brindado desde el primer día en que comenzamos a trabajar en este proyecto.

A los Directores, Jefes de Servicio y las Matronas Supervisoras de los respectivos Hospitales en los que aplicamos las encuestas para llevar a cabo nuestra tesis, sin su colaboración y buena disposición no hubiese podido ser posible el estudio que hoy presentamos, así también a cada una de las mujeres que participaron en este estudio, haciendo posible la realización de nuestra tesis.

Finalmente a todas y cada una de las integrantes de este grupo de tesis, por el tiempo de arduo trabajo dedicado, sumado a las horas de sana convivencia, que dieron como resultado la culminación de este proyecto.

A todos. Gracias

Índice

▪ Resumen	Pág. 7
▪ Introducción	Pág. 8
▪ Fundamentación	Pág. 10
▪ Delimitación del Problema	Pág. 12
▪ Definición de Términos	Pág. 13
▪ Marco teórico	Pág. 14
▪ Objetivos	Pág. 23
▪ Variables	Pág. 25
▪ Metodología	Pág. 30
▪ Análisis e Interpretación de los Datos	Pág. 32
▪ Conclusiones	Pág. 56
▪ Recomendaciones	Pág. 60
▪ Bibliografía	Pág. 61
▪ Anexos	
1. Consentimiento informado	Pág. 63
2. Encuesta	Pág. 64
3. Puntaje Encuesta Nivel Socioeconómico	Pág. 71
4. Escala de Edimburgo	Pág. 73
5. Tablas	Pág. 76
6. Tabla de estado nutricional de las embarazadas en control, según edad, año 2007, en Chile.	Pág. 81
7. Tabla de estado nutricional de las embarazadas en control, según edad, año 2007, en el Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio.	Pág. 82

Índice de Tablas y Gráficos

Tablas

1. Puérperas tardías según edad.	Pág. 32
2. Puérperas tardías según hábito tabáquico durante la gestación.	Pág. 34
3. Puérperas tardías según presencia de consumo de alcohol durante la gestación.	Pág. 34
4. Puérperas tardías según consumo de sustancias durante la gestación.	Pág. 35
5. Puérperas según patologías presentadas al momento de la gestación.	Pág. 36
6. Puérperas tardías según Edad Gestacional al finalizar la gestación.	Pág. 36
7. Puérperas tardías según paridad .	Pág. 37
8. Puérperas tardías según complicaciones del parto.	Pág. 37
9. Puérperas tardías según vía de resolución del parto.	Pág. 38
10. Puérperas tardías según uso de anestesia de conducción.	Pág. 38
11. Puérperas tardías según escolaridad.	Pág. 39
12. Puérperas tardías según estado civil.	Pág. 40
13. Puérperas tardías según edad gestacional al primer control prenatal.	Pág. 41
14. Puérperas tardías según número de controles prenatales.	Pág. 41
15. Puérperas tardías según planificación de la gestación.	Pág. 42
16. Puérperas tardías según razones y/o motivos para planificar la gestación.	Pág. 43
17. Puérperas tardías según escolaridad al momento de la estación en sector público v/s sector privado.	Pág. 50
18. Puérperas tardías según estado civil al momento de la gestación en sector público v/s sector privado.	Pág. 51
19. Puérperas tardías según motivaciones para el no uso de métodos anticonceptivos en sector público v/s sector privado.	Pág. 52

20. Puérperas tardías según razones y/o motivos para planificar la gestación en sector público v/s sector privado. Pág. 53
21. Puérperas tardías según sentimientos al enterarse de la gestación en sector público v/s sector privado. Pág. 54
22. Puérperas tardías según estado emocional en sector público v/s sector privado. Pág. 55

Gráficos

- I. Puérperas tardías según causa de la gestación. Pág. 33
- II. Puérperas tardías según estado nutricional al momento de la gestación. Pág. 35
- III. Puérperas tardías según nivel socioeconómico al momento de la gestación. Pág. 40
- IV. Puérperas tardías según motivaciones para el no uso de métodos anticonceptivos al momento de la gestación. Pág. 42
- V. Puérperas tardías según sentimientos al enterarse de la gestación. Pág. 44
- VI. Puérperas tardías según estado emocional. Pág. 45
- VII. Puérperas tardías según puntaje APGAR del recién nacido. Pág. 46
- VIII. Puérperas tardías según presencia de malformaciones en el recién nacido. Pág. 47
- IX. Puérperas tardías según paridad y sector de atención del parto. Pág. 48
- X. Puérperas tardías según vía de resolución del parto y sector de atención. Pág. 49

Resumen

Estudio descriptivo transversal, cuyo propósito fue conocer las características biopsicosociales de las puérperas mayores de 35 años y las condiciones de su recién nacido estableciendo relaciones entre algunas de las variables en estudio y el sector de atención del parto.

El universo estuvo constituido por 55 mujeres que tuvieron sus partos en los Servicios de Obstetricia y Ginecología del Hospital C. Van Buren de Valparaíso, Hospital G. Fricke y Clínica Reñaca de Viña del Mar, durante Enero del año 2009.

El 72,7% de las puérperas se sitúa entre los 35 y 38 años, el 16,4% eran primíparas (39% en el sector privado y 5,5% en el sector público) y el 85% ingresó a su control pre natal con menos de 12 semanas de gestación. El 82,2% no usaba MAC, la mayoría porque deseaba un embarazo y un 11,1% porque pensaba que ya no era factible una nueva gestación. La motivación más frecuente para desear un hijo fue, en el 33,4% de los casos armar un nuevo proyecto de familia con otra pareja y en el 8% no tener hijos anteriormente.

El 17,6% de las mujeres tenía alguna enfermedad crónica preexistente, la prevalencia de diabetes gestacional fue de 14% y el síndrome hipertensivo del embarazo alcanzó al 10,5%. El 83,6% terminó su embarazo entre las 37 y 40 semanas, siendo la vía de resolución del parto mayormente cesáreas con un 52,7% (72,3% en el sector privado y 43,2% en el sector público). El 27,3% de ellas se encontraba en riesgo para depresión post parto, según la Escala de Edimburgo, siendo el riesgo tres veces mayor en las mujeres del sector público respecto a las mujeres del sector privado (35,1% v/s 11,1%).

Respecto a las condiciones del recién nacido un 98,2% presentó puntaje APGAR mayor a 7, no hubo mortinatos en el grupo en estudio y se presentaron un 5% de casos con malformaciones neonatales.

Se concluye que aun cuando se trata de un grupo de alto riesgo obstétrico, el control prenatal precoz y continuo, por parte de un equipo multidisciplinario y la realización de consejerías preconceptionales, permiten minimizar los riesgos de morbimortalidad perinatal en este grupo de mujeres.

Por último, se recomienda ampliar los estudios en gestantes de 35 años y más, no sólo en el ámbito biológico, que es hasta donde ahora se ha concentrado el mayor interés, sino también realizar investigaciones en el ámbito psicológico y social.

Introducción

Diversos factores socioculturales han ido permitiendo que hoy en día cada vez más mujeres posterguen su maternidad, debido a esto es que el concepto de gestante tardía va adquiriendo mayor relevancia en nuestro país y en el mundo entero.

No es nuevo que hay una tendencia mundial a que las parejas decidan vivir sin hijos, es decir, aquellas parejas cuya realización no pasa por formar una familia. Tampoco es novedoso que las parejas se forman más tarde, que los matrimonios se dan más tardíamente. Pero incluso aquellos para quienes formar una familia es algo importante, no es prioritario y a veces tener un hijo queda supeditado por distintas razones a otros proyectos previos como la realización personal o la estabilización laboral.

Chile muestra una tendencia similar a la del resto del mundo, en donde se posterga la maternidad en pro de alcanzar, principalmente, estabilidad económica, en un estudio realizado en una muestra de 421 mujeres, cuyas edades fluctuaban entre 15 y 45 años; de los estratos ABC1, C2, C3 y D, de distintas comunas de Santiago, se señala que la mayoría de ellas (51%) está “muy dispuesta” a postergar la maternidad hasta tener una mejor situación económica. Las que se muestran más dispuestas a retrasarlo son las mujeres de los estratos C2 y C3. Esto último no es extraño, señala el sociólogo Eugenio Tironi, si se considera que los principales argumentos para este retraso son los económicos y los laborales. “El C2 y el C3 son los estratos que más necesitan un segundo ingreso para mantener los niveles de consumo que están teniendo”. El ABC1 no tiene tanta necesidad de eso y en el estrato D ha habido menos acceso de la mujer al mundo del trabajo, entre otras cosas, por aspectos culturales”¹

El 53% de las mujeres creen que deben postergarse profesionalmente por la maternidad y el 54% piensa que la sociedad chilena no las apoya para que puedan tener hijos. Entre las razones más mencionadas para esto último, están la discriminación laboral hacia las madres, pre y postnatales, poca flexibilidad en los horarios de trabajo y sueldos más bajos para ellas. Estos argumentos podrían explicar también el descenso en el número de hijos de cada mujer.

¹ Las mujeres y la Natalidad” publicado por Adimark GFK en Octubre del 2008, por encargo de la Clínica Las Condes

Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), el mayor aporte porcentual al nivel de la fecundidad nacional en 2004 correspondió al efectuado por la población femenina con edades entre 25 y 29 años, que es un poco más del 25% de la fecundidad total de las mujeres en edades reproductivas de 15 a 49 años, por tanto, la fecundidad por edades a nivel nacional es de “tipo tardío”.

En promedio, en 2003 y 2004, el primer hijo lo tuvieron las madres antes de los 24 años, el segundo antes de los 29 años y el tercer hijo después de los 32 años. En forma independiente del orden de los nacimientos en el país, la edad promedio de las madres es cercana a los 28 años, con un leve incremento en 2004 respecto del año anterior².

De lo anteriormente señalado se puede desprender que las mujeres chilenas tienen su primer hijo en edades que bordean los 25 años, por lo tanto sus hijos posteriores serán concebidos después de los 30 años, fenómeno que ha ido aumentando a medida que pasa el tiempo y que se asemeja a cifras que presentan países desarrollados. Por otra parte ha aumentado significativamente el número de mujeres que tienen su primer embarazo después de los 35 años, las denominadas “primigestas tardías”.

Hoy una mujer a los 35 años es considerada capaz de enfrentar la maternidad con tranquilidad, los nuevos descubrimientos científicos permiten desarrollar un embarazo tardío con razonable seguridad, sin embargo, a pesar de todos estos avances, es necesario que las mujeres conozcan los riesgos relacionados con los embarazos a partir de los 35 años y junto al equipo de salud tomen las precauciones adecuadas para lograr un embarazo sano y seguro.

² INE Edad media de las madres, según orden de nacimiento de los hijos (2003-2004)

Fundamentación

En términos generales hoy la maternidad en sí es un proceso bastante seguro para madres e hijos. Por lo mismo la gente asume el embarazo como un evento que no puede fallar, sin embargo, uno de los factores que más incide en la probabilidad de riesgos es la edad, cuanto mayor es la embarazada mayores también son los riesgos. Las investigaciones extranjeras y de nuestro país, que evalúan el pronóstico reproductivo en mujeres de 35 o más años, señalan el mayor riesgo de muerte materna, perinatal e infantil y de bajo peso al nacer que a veces escapan a los más considerados cuidados obstétricos.

En la actualidad el sin número de avances a nivel mundial, ha repercutido en todo sentido, el concepto de maternidad no ha estado exento de esto, los avances en medicina de la reproducción han permitido que la maternidad se instaure a edades más avanzadas, permitiendo que la mujer se desarrolle en otros ámbitos. Las prioridades en la mujer ya no son las mismas, vemos que antiguamente ésta se planteaba como objetivo principal el formar una familia, concepto que ha ido cambiando ya que el género femenino ha logrado tener un lugar dentro de la sociedad, por ello un número cada vez mayor de mujeres posponen la maternidad hacia mediados de la tercera e incluso cuarta década de la vida, priorizando las metas propuestas.

Las probabilidades de embarazarse después de los 35 o 40 años y que no hayan complicaciones, siempre son mayores que las de presentar infertilidad. Las probabilidades de que ocurra alguna complicación durante la gestación van en aumento si se compara con las de las mujeres jóvenes. Retrasar la maternidad no es inocuo; si se toma esa decisión, hay que conocer los riesgos.

Es por esto que se hace muy importante la participación de la matrona/ón, profesional que está capacitado para poder decidir y actuar en forma individual o como miembro del equipo de salud; involucrándose activamente y en todo el proceso reproductivo de mujeres en edad avanzada que desean y cursen una gestación, proporcionando control preconcepcional, control prenatal, atención del pre - parto y parto y control del binomio.

Como futuras Matronas hemos desarrollado este estudio para establecer un perfil biopsicosocial de las mujeres en esta condición que ayude a una mejor comprensión de sus motivaciones, los problemas de salud y los temores que enfrentan a fin de proporcionar una atención de excelencia basada en la evidencia científica con un enfoque humanista de respeto y privacidad.

Delimitación del problema

Características biopsicosociales de la puérpera de 35 años y más y las condiciones de su recién nacido, cuyo parto ocurrió en Enero del año 2009 en los Hospitales Carlos Van Buren de Valparaíso, Dr. Gustavo Fricke y Clínica Reñaca de Viña del Mar.

Definición de Términos

Características biopsicosociales: cualidades del individuo en los ámbitos biológicos, psicológicos y sociales.

Puerperio: período que sigue inmediatamente al parto y que se extiende en promedio hasta 40 días.

Condiciones del recién nacido: conjunto de características que reflejan el estado de salud del recién nacido.

Marco Teórico

El proceso de la gestación es un evento que puede ocurrir en toda mujer durante su vida reproductiva, esta etapa, comprendida entre los 10 y 50 años de edad, conlleva una serie de modificaciones anatómicas, funcionales, psicológicas y sociales, que imponen el uso de la reserva funcional de los diversos órganos y sistemas del organismo femenino, de ahí que muchas mujeres aparentemente sanas pueden desarrollar alguna patología debido a la sobrecarga que produce el embarazo a su fisiología.

Esta sobrecarga fisiológica, se ve acentuada en los extremos de la vida reproductiva de la mujer, tanto en la adolescencia como luego de los 35 años, y se relaciona con un aumento de complicaciones obstétricas, que, en consecuencia, aumentan la morbimortalidad materno-perinatal.

En Estados Unidos , se ha registrado una incidencia en gestaciones de mayores de 35 años de 14% antes de la Segunda Guerra Mundial, que descendió al 5% en 1970 y ascendió desde 1980 a 2002 a un 14%, destacándose dos grupos con marcadas diferencias étnicas y sociales; el primero, mujeres caucásicas no hispánicas y asiáticas que presentan las siguientes características: casadas, profesionales, con antecedentes de infertilidad, con un estilo de vida saludable y con embarazos deseados; el segundo grupo, mujeres hispánicas y afroamericanas, cuyas características son: nivel socioeconómico y educativo menor, alto porcentaje de embarazos no deseados, consumo elevado de cigarrillos y licores, multiparidad, obesidad y enfermedades crónicas asociadas.³

Reportes Europeos y Australianos muestran incidencia y características similares al primer grupo de estudio norteamericano. En África, donde las altas tasas de fecundidad en mujeres muy jóvenes se mantienen estables, las embarazadas de 35 años o más son un fenómeno en ascenso discreto, por el aumento de nuevos matrimonios y la no disponibilidad de anticoncepción eficaz; conviene destacar que más del 60% de estas mujeres rechazan el embarazo y un número superior al 30% terminan en abortos complicados.

En el caso particular de Chile, las mujeres han retrasado su maternidad y las estadísticas del INE lo demuestran claramente, de los 259.959 nacimientos que se

³ National Center for Health Statistics 1991

registraron en 1997, un 13,2% correspondió a mujeres de 35 a 49 años, ocho años después, esta cifra se elevó a 16,2%. Y existe otra estadística aún más reveladora, entre 1997 y 2005, el número de mujeres solteras que tuvieron su primer hijo con 40 o más años aumentó en un 400%, pasando de 213 a 887 ⁴

La maternidad tardía agrava alteraciones crónicas preexistentes que inevitablemente aumentan con la edad. Según una encuesta del Ministerio de Salud, el 25% de las chilenas de más de 35 años presenta una alta prevalencia de enfermedades crónicas: obesidad, alto riesgo cardiovascular y síndrome metabólico; condiciones que, a su vez, aumentan la posibilidad de presentar enfermedades propias y concomitantes con la gestación⁵.

Desde el punto de vista del niño en gestación, también existe una mayor probabilidad de dificultades a medida que avanza la edad materna. Estudios nacionales y extranjeros que evalúan el pronóstico reproductivo en mujeres de 40 o más años, señalan el mayor riesgo de muerte materna, perinatal e infantil y mayor riesgo de bajo peso al nacer⁶.

Aún considerando las patologías más frecuentes en estas gestantes, que contribuyen a aumentar el riesgo, existiría un factor no bien identificado relacionado con la edad e independiente de estas patologías, como podría ser una menor tolerancia al stress, disminución de la funcionalidad miometrial y de la flexibilidad articular

En la literatura internacional, se señala que las complicaciones obstétricas y neonatales que se encuentran con más frecuencia en las gestantes tardías son : aborto espontáneo, diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, placenta previa, parto pretérmino, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, rotura prematura de membranas, polihidroamnios, cromosomopatías, malformaciones y restricción del crecimiento intrauterino. ⁷⁸⁹

Gráfico N° 1: Complicaciones del embarazo en porcentaje en relación a la Edad Materna (Cunningham y Leveno 1990).

- . “Mujeres Chilenas, Tendencias en la última década (Censos 1992 – 2002)”.

⁴ “Mujeres Chilenas, Tendencias en la última década (Censos 1992 – 2002)”, SERNAM, 2004

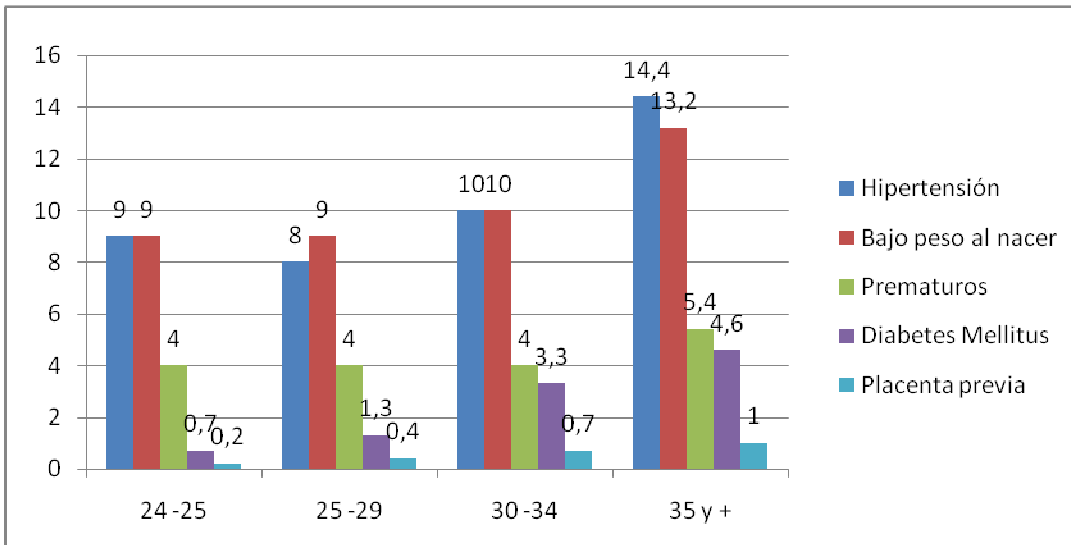
⁵ “Primera Encuesta Nacional de Salud”, MINSAL, Pontificia Universidad Católica, 2003

⁶ “Repercusión de la Edad Materna Avanzada sobre el Embarazo, Parto y Recién Nacido”, Archivo Médico Camagüey, 2006

⁷ “Childbearing beyond age 40” Obstet Gynecol 1999 v.93 Pág. 9-14.

⁸ New England journal of medicine, n.15 vol.333 Pág 1002 - 1004

⁹ American Journal of Obstetrics & Gynecology n.6 vol.172 Pág 1764 – 1770



La presencia de la hipertensión crónica suele complicar el embarazo en mujeres mayores de 35 años. A veces es difícil separar clínicamente la enfermedad hipertensiva previa de la hipertensión inducida por el embarazo. La mayoría de los estudios cifran la incidencia de hipertensión dos a cuatro veces mayor cuando se compara el embarazo en mujeres de más edad con el de los controles más jóvenes. La mayor parte de los estudios muestra una incidencia mayor antes de los 20 años y después de los 35 años, siendo una curva exponencial la que mejor representa la relación incidencia/edad. Edades mayores a los 40 años representan un riesgo de 3:1.

La incidencia y las complicaciones causadas por la diabetes de tipo II o no insulino-dependiente aumentan con la edad. Por tanto, el embarazo en mujeres mayores de 35 años se complica con la incidencia aumentada de diabetes Gestacional. Tysoe (1970), revisó datos de cerca de 42000 embarazos en cuatro hospitales de Vancouver, observando que la incidencia de diabetes aumentó de cerca del 0,3% en mujeres de 25 a 29 años de edad al 1% en mujeres mayores de 40 años. Mestman (1980) realizó tests de tolerancia oral a la glucosa en 652 mujeres asistentes a los Angeles County Women's Hospital y describió las siguientes incidencias de pruebas anómalas: 3,7% en mujeres menores de 20 años; 7,5% en las de 20-30 y 13,8% en mujeres mayores de 30 años de edad.

Hipertensión arterial y Diabetes gestacional, son patologías que se relacionan fuertemente con los problemas nutricionales por exceso que puedan afectar a la gestante.

En nuestro país, al año 2007, se encontraban en control prenatal 99.736 mujeres, de las cuales 12.184 tenían 35 años o más, de ellas hubo 3.823 que clasifican en estado nutricional obesa (31,37 %), 4.739 con sobrepeso (38,89 %), 3.321 en estado nutricional normal (27,25 %) y 301 gestantes presentó bajo peso en sus controles (2,47 %). En el grupo de mujeres entre 20 y 34 años de edad, las cifras difieren. Se encontraban 64.290 mujeres en control prenatal, de las cuales 13.952 resultaron obesas (21,7%), 20.945 con sobrepeso (32,6%), 25.483 como normales (39,6%) y 3.910 gestantes con bajo peso (6,1%).

Por el mismo periodo, en el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, se encontraban 3.105 mujeres en control prenatal, de estas 369 eran mayores de 35 años, de este grupo, 102 fueron clasificadas con estado nutricional obesa (27,64%), 120 con sobrepeso (32,52%), 126 gestantes en estado nutricional normal (34,14 %) y solo 21 gestantes en bajo peso (5,69 %). En el grupo etáreo de 20 a 34 años de edad, se encontraban en control 2.053 gestantes, de las que 369 se clasificaron como obesas (18%), 611 con sobrepeso (29,8%), 948 con estado nutricional normal (46,2%) y 125 como bajo peso (6,1%).¹⁰

La asociación entre edades maternas extremas y malformaciones congénitas ya ha sido comprobada por muchos autores, estas se relacionan principalmente con malformaciones congénitas de origen cromosómico producidas por no disyunción, dentro de este grupo se destacan las trisomías, especialmente de los pares 13, 18 y 21. También se ha descrito un mayor riesgo de defectos del tubo neural, especialmente anencefalia y espina bífida

El estudio “Edad materna y malformaciones congénitas” realizado en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile en el período comprendido entre 1996-2005 arrojó como resultados que durante este período ocurrieron 21.130 nacimientos, de éstos 20.972 fueron nacidos vivos y 158 mortinatos. En el total de nacimientos se encontró 1.767 recién nacidos que eran portadores de una o más malformaciones congénitas

Según la relación edad materna/malformaciones congénitas en los recién nacidos, se puede apreciar que las gestantes menores de 20 años y mayores de 39 años (9,7 % de las mujeres estudiadas), producen el 55,8 % de los recién nacidos malformados. Es decir estos pequeños grupos de madres en edades extremas concentran más de la mitad de los niños con malformaciones congénitas (23,9 % las menores de 20

¹⁰ Departamento de estadísticas e información de salud, MINSAL, año 2007

años y 31,9 % las mayores de 39 años). El grupo etario que proporcionalmente presentó menor prevalencia al nacimiento de malformaciones congénitas fue el de 25 a 29 años (7,3 %), seguido por el de 20 a 24 años (7,8 %).

Tabla N° 1: Total de nacimientos por grupos de edad materna, porcentaje de recién nacidos en cada intervalo etario, número y tasa de recién nacidos malformados por cien nacimientos. Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Período 1996-2005.¹¹

Edad materna	Nacimientos	Porcentaje	Recién Nacidos Malformados	Tasa %
< 15 años	34	0,2	5	14,7
15-19 años	1.193	5,6	110	9,2
20-24 años	4.094	19,4	320	7,8
25-29 años	6.432	30,5	468	7,3
30-34 años	5.482	26,0	475	8,5
35-39 años	3.059	14,5	286	9,3
40-44 años	784	3,7	93	11,9
45 años y más	50	0,2	10	20,0
Total	21.128		1.767	8,4

*En 2 casos no se consignó la edad materna

Se encontró, al construir y superponer las curvas de evolución en el tiempo de los promedios de edad materna y de tasas de prevalencia al nacimiento de malformaciones congénitas en la maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, que a medida que aumenta el promedio de edad materna, se incrementan casi en forma paralela las tasas de prevalencia de malformaciones congénitas. En efecto, en 1972 el promedio de edad materna era de 25 años y la tasa de malformaciones congénitas era 15,8 mil nacimientos. En la actualidad el promedio de edad materna es de 29,2 años y la tasa de malformaciones congénitas de 117 por mil nacimientos. En otras palabras el promedio de edad materna se incrementó en 8,6% en los últimos 25 años, mientras que la tasa de malformaciones congénitas aumentó 7,4 veces (740 %).

Los resultados del estudio indican que en más de 20.000 nacimientos en la maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, parecen demostrar que las mujeres de los extremos, dentro de la distribución por edades, tienen un riesgo aumentado de tener hijos portadores de malformaciones congénitas, en relación con las mujeres de edades intermedias.

¹¹ Revista médica de Chile vol. 135 n° 11, Noviembre 2007

Si consideramos la vía de parto, es unánime la referencia a que las gestantes por encima de los 35 años, presentan mayor tasa de cesáreas, ello es resultado de múltiples factores, que incluyen las patologías antes mencionadas.

Tuck y Cols (1988), comunicaron una tasa de cesáreas del 27% en mujeres de 40 o más años de edad en comparación con el 7% en mujeres de 20 a 25%. Martel y Cols (1987), estudiaron cerca de 3500 nacimientos consecutivos en Montreal, Canadá, y comunicaron que la tasa de cesáreas en mujeres nulíparas aumentó del 13%, en quienes eran menores de 25 años, a cerca del 28% en las de 35 años de edad o más.

A su vez, la mayor parte de los investigadores ha encontrado que el trabajo de parto prolongado es más frecuente en edades avanzadas, especialmente en nulíparas (Hansen, 1986).

La incidencia de recién nacidos de bajo peso se encuentra aumentada en mujeres de 35 años debido a la mayor incidencia de parto prematuro espontáneo e inducido, así como a causa del incremento del retraso del crecimiento intrauterino.

Con respecto a la mortalidad materna en mujeres de edad avanzada, estudios nacionales señalan que las gestantes tardías presentaron mayores riesgos y tasas de mortalidad materna, perinatal e infantil y de bajo peso al nacer, que las gestantes más jóvenes.

Tabla N° 2: Tasas de mortalidad materna, fetal tardía, neonatal e infantil y de bajo peso al nacer en gestantes de 35 y más y de 20-34 años. Chile 1999.¹²

Tasa	Gestantes de 35 años y más	Gestantes de 20 a 34 años
Mortalidad materna*	142,8	20,1
Mortalidad fetal tardía*	9,3	4,3
Mortalidad neonatal*	10,0	5,6
Mortalidad infantil*	17,1	9,6
Bajo peso**	84,1	50,7

*Tasa x 100.000 Nacidos vivos

**Tasa x 1.000 Nacidos vivos

La primera causa de muerte en las mujeres de edad materna avanzada se asoció a enfermedades pregestacionales, mientras que en las mujeres de 20 a 34 años la

¹² Enrique Donoso S, Luis Villarroel. "Edad materna avanzada y riesgo reproductivo", Revista Médica de Chile N.1 Vol.131 pág.55 – 59. Enero, 200311

causa principal se asoció a hipertensión arterial y la segunda a enfermedades pregestacionales.

A pesar que muchas mujeres y sus parejas conocen los riesgos reproductivos asociados a la maternidad tardía, intentan y logran embarazos después de los 35 años, las razones son muchas.

El deseo de tener un hijo para compartir nuevas emociones, o para afianzar los lazos familiares, sin duda son motivaciones generalmente ligadas a parejas que después de un largo tiempo de ser padres, deciden volver a intentarlo buscando el “conchito”, afianzando y refrescando la relación entre ambos para, de esta manera, reencontrarse en profundidad. Están también aquellas parejas a quienes el embarazo llega tardíamente después de años de lucha contra la infertilidad

Por el contrario, en algunas situaciones podemos observar que el deseo de tener un hijo aparece en mujeres que quieren llenar un vacío en su vida dejado por un conflicto de pareja, la muerte de un ser querido o bien para superar la soledad.

Aparte de estos casos, en los últimos años se ha producido un aumento de segundas uniones, es decir, personas que pasados los 35 a 40 años, han pasado por un divorcio o una separación y que, al reiniciar su vida con una segunda pareja, deciden tener un hijo en común, rearmando un proyecto de familia.

No obstante, el logro de un embarazo después de los 35 años representa desafíos para la pareja que lo intenta, las estadísticas indican que en condiciones normales, entre los 18 y 30 años aproximadamente, la tasa de fecundidad humana es de 25%, es decir, de cada 100 parejas que mantengan relaciones sexuales sin medidas de prevención durante su período fértil, 25 de ellas lograrán embarazarse durante el primer mes de intento y al cabo de un año, en una población normal la mayoría de las parejas (aproximadamente 80 de cada 100) debiera conseguir un embarazo. No obstante, los estudios señalan que entre los 30 y 36 años, en promedio, la fertilidad disminuye en un 20%, mientras que entre los 36 y 40 años la reducción de la fertilidad aumenta a un 40%.

Los factores que contribuyen al declive de la fertilidad a medida que aumenta la edad de la mujer son la disminución de la reserva ovárica que explica la mayor frecuencia de ciclos anovulatorios y por ende no concepionales en las mujeres cercanas a los 40 años, la endometriosis, y las secuelas de enfermedades inflamatorias pélvicas, provocadas por infecciones y enfermedades de transmisión

sexual, las que pueden causar severos daños en el aparato reproductor femenino. En mujeres mayores, este factor de riesgo se vería aumentado al considerar un mayor período de vida sexual activa, y presumiblemente, una mayor cantidad de parejas sexuales.

Lograda la gestación, esta conlleva no sólo cambios anatómicos y fisiológicos, se trata de un proceso que implica aspectos sociales, históricos, culturales, y psicológicos, que afectan a la mujer y a su entorno familiar, produciéndose una revolución a nivel psicoafectivo.

Los cambios en la esfera psicoafectiva serán mejor tolerados por aquellas mujeres en que la gestación las encuentra en plena madurez psicológica y que cuenta con un compañero con el que han asumido la gran responsabilidad que un hijo requiere ya sea tratándose del primogénito o del “conchito”,¹³

Una fuente de conflicto se produce cuando es la mujer quien impuso el deseo de tener un hijo, y la pareja, sin desearlo, se sintió en la obligación de complacer esta petición, un padre en estas circunstancias primero se inhibirá de acompañar y comprender los cambios asociados al desarrollo de la gestación agravándose los problemas de pareja.

La gestante ve afectado su propio rol de hija con ello la relación que tiene con su madre, en la mayoría de los casos, cuando han mantenido una buena relación, ésta se estrecha y fortalece aún más, es un momento de acercamiento y de reencuentro, permite que la gestante se de cuenta de la complejidad que representa criar a un recién nacido. Sin embargo, si la gestante ha mantenido una mala relación con su madre se puede agravar el daño en forma muchas veces irreparable.

Durante este período es normal atravesar una crisis vital, como ocurre en la adolescencia o en la niñez; a nivel psicológico aparece el miedo, la ansiedad y el desconcierto. Como en toda crisis, la persona puede crecer, quedarse en el mismo lugar o quizás retroceder. Por ser cada mujer distinta a otra, pasará por esta crisis de manera diferente a las otras gestantes.

¹³ Conchito: Término empleado para referirse al último hijo de una pareja, caracterizándose este por tener un intervalo de edad considerable con el hermano que le antecede.

Se distinguen dos grandes grupos de miedos durante la gestación, los relacionados a la gestación en general y los que son particulares de cada gestante. Entre los miedos y temores generales que surgen durante la gestación están:

- Miedo a abortar.
- Miedo a que el recién nacido nazca con alguna patología o malformación.
- Temor a no saber si tolerará los dolores del trabajo de parto.
- Temor a no saber si podrá ser una buena madre.

Los miedos particulares de cada gestante se deben a las características de ésta, sus propias experiencias de vida y a los sentimientos que la movilizan.

En las gestantes mayores de 35 años se ven acrecentados los miedos y temores de tener un hijo con malformaciones o con alguna patología. Uno de los mayores miedos es la posibilidad de tener un hijo con Síndrome de Down, ya que esta trisomía tiene estrecha relación con la edad de la gestante.

La vulnerabilidad emocional continúa durante el puerperio, donde factores bioquímicos y un cuadro de estrés psicológico pueden desencadenar trastornos psiquiátricos en la mujer.

La tristeza que experimentan en los primeros días después del parto no es una entidad psicopatológica como lo es la Depresión; se trata de una tristeza común, inherente a un momento de mucha confusión, adaptación, cansancio por la falta de sueño, fatiga, atender a las demandas del recién nacido. Estas características se relacionan con la disforia postparto, cuadro autolimitado, que dura 3 a 6 días, no requiere tratamiento y afecta al 50% - 75% de las mujeres según la literatura. La depresión post parto en cambio, es un cuadro más grave. Afecta a un 10-15% de las mujeres, aparece en forma más tardía, alrededor del mes, alcanzando su intensidad máxima entre el segundo y el tercer mes y requiere tratamiento por un especialista.

La gestante, en este período está muy vulnerable, es fundamental que tenga referentes, un espacio de contención en el que se sienta escuchada, es muy importante el rol de la pareja, del equipo de salud, especialmente de su matrona que la acompañe durante este proceso brindándole una atención personalizada que permita llevar a cabo el proceso de la gestación con máxima seguridad para esta familia que comienza o aquella a la que se incorpora un nuevo integrante.

Objetivos

Objetivos Generales

- Determinar características biopsicosociales de las puérperas igual o mayores de 35 años.
- Determinar condiciones de su recién nacido.
- Relacionar algunas características biopsicosociales de las puérperas igual o mayores de 35 años, y el lugar de atención del parto.

Objetivos Específicos

Determinar características Biológicas

- Identificar la edad de la puérpera en estudio.
- Determinar causas de la gestación en la puérpera en estudio.
- Identificar la presencia de hábito tabáquico durante la gestación en la puérpera en estudio.
- Identificar la presencia de consumo de alcohol durante la gestación en la puérpera en estudio.
- Identificar la presencia de consumo de sustancias durante la gestación en la puérpera en estudio.
- Determinar el estado nutricional de la puérpera en estudio.
- Identificar las patologías presentadas durante la gestación en la puérpera en estudio.
- Identificar la edad gestacional de finalización del embarazo de la puérpera en estudio.
- Determinar la paridad de la puérpera en estudio.
- Identificar las complicaciones del parto de la puérpera en estudio.
- Identificar la vía de resolución del parto de la puérpera en estudio.
- Señalar el uso de anestesia de conducción en la puérpera en estudio.

Determinar características Sociales

- Identificar la escolaridad de la puérpera en estudio.
- Identificar el estado civil de la puérpera en estudio.
- Identificar el nivel socioeconómico de la puérpera en estudio.

Determinar características Psicológicas

- Determinar la edad gestacional al primer control de la puérpera en estudio.
- Determinar la concentración de controles prenatales de la puérpera en estudio.
- Caracterizar a las mujeres según planificación de su gestación.
- Identificar las motivaciones para la no utilización de métodos anticonceptivos por parte de la puérpera en estudio.
- Determinar las razones y/o motivaciones para la planificación del embarazo por parte de la puérpera en estudio.
- Identificar los sentimientos de la puérpera en estudio frente a la gestación.
- Clasificar el estado emocional de la puérpera en estudio.

Determinar condiciones del RN

- Identificar el Apgar del recién nacido de la puérpera en estudio.
- Identificar la presencia de malformación congénita en el recién nacido de la puérpera en estudio.

Relacionar algunas características biopsicosociales de las puérperas en estudio y el sector de la atención del parto.

- Relacionar paridad de la puérpera en estudio y el sector de atención del parto.
- Relacionar vía de resolución del parto en la puérpera en estudio y el sector de atención del parto.
- Relacionar escolaridad de la puérpera en estudio y el sector de atención del parto.
- Relacionar estado civil de la puérpera en estudio y el sector de atención del parto.
- Relacionar motivaciones para el no uso de métodos anticonceptivos por parte de la puérpera en estudio y el sector de atención del parto.
- Relacionar razones y/o motivos para planificar la gestación por parte de la puérpera en estudio y el sector de atención del parto.

- Relacionar sentimientos de la puérpera en estudio frente a la gestación y el lugar de atención del parto.
- Relacionar estado emocional de la puérpera en estudio y el lugar de atención del parto.

Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR
EDAD	Número de años cronológicos al momento del parto de la puérpera.		<ul style="list-style-type: none"> - 35 años - 36 años - 37 años - 38 años - 39 años - 40 años y más
CAUSAS DE LA GESTACIÓN	Motivos por los cuáles se produjo el embarazo actual.		<ul style="list-style-type: none"> - No utilización de método anticonceptivo - Falla del método anticonceptivo. - Uso inadecuado del método anticonceptivo - Otros
HÁBITO TABAQUICO	Consumo y/o dependencia al tabaco durante la gestación.		<ul style="list-style-type: none"> - Si - No - No Consignado
CONSUMO DE ALCOHOL	Ingesta de alcohol durante la gestación.		<ul style="list-style-type: none"> - Si - No - No Consignado
CONSUMO DE SUSTANCIAS	Consumo de fármacos y sustancias ilícitas durante la gestación.	Analgésicos Antidepresivos Ansiolíticos Hipnóticos Anticonvulsivantes Antihipertensivos Cocaína Pasta Base Marihuana Otros No Consume	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No - No Consignado
ESTADO NUTRICIONAL	Relación talla-peso según tabla Rosso-Mardones al término de la gestación.		<ul style="list-style-type: none"> - Bajo peso - Normal - Sobrepeso - Obesidad

PATOLOGÍAS PRESENTADAS DURANTE LA GESTACIÓN	Trastornos o alteraciones presentados por la puérpera durante la gestación.		<ul style="list-style-type: none"> - Anemia - Síndrome Hipertensivo del Embarazo - Diabetes Gestacional - Enfermedad de Transmisión Sexual - Metrorragias (I-II-III trimestre) - Colestasia Intrahepática - Otras - Sin patologías
EDAD GESTACIONAL DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO	Número de semanas de gestación al término del embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> - Pretérmino - Término - Postérmino 	<ul style="list-style-type: none"> - Menos de 37 semanas - De 37 a 41 semanas - 42 y más semanas
PARIDAD	Número de partos que presenta la puérpera.		<ul style="list-style-type: none"> - Múltipara de 1 - Múltipara de 2 - Múltipara de 3 o más
COMPLICACIONES DEL PARTO	Condiciones adversas o desfavorables que se presentan en el parto.		<ul style="list-style-type: none"> - Dilatación Estacionaria - Distocia de Posición - Desproporción Céfalo Pélvica - Expulsivo Detenido - Sufrimiento Fetal Agudo - Desgarro Vulvoperineal - Hemorragia del Alumbramiento - Otras - Sin complicaciones
VIA DE RESOLUCIÓN DEL PARTO	Forma a través de la cual el feto es expulsado del vientre materno.		<ul style="list-style-type: none"> - Eutócico - Fórceps - Cesárea
USO DE ANESTESIA DE CONDUCCIÓN	Uso de fármacos anestésicos con la finalidad de conducir y disminuir el dolor en el trabajo de parto y el parto.		<ul style="list-style-type: none"> - Si - No - No consignado

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADORES
EDAD GESTACIONAL AL PRIMER CONTROL	Número de semanas de gestación en que la puérpera acudió al primer control prenatal		<ul style="list-style-type: none"> - Menor o igual a 12 semanas - Más de 12 semanas - Sin control - No consignado
CONCENTRACIÓN DE CONTROLES PRENATALES	Número de controles realizados en consultorio		<ul style="list-style-type: none"> - De 1 a 3 controles - De 4 a 6 controles - 7 o más controles - Sin control
PLANIFICACIÓN DE LA GESTACIÓN	Decisión consciente y voluntaria de gestar.		<ul style="list-style-type: none"> - Sí - No
MOTIVACIONES PARA LA NO UTILIZACIÓN DE METODO ANTICONCEPTIVO	Causas para el no uso de métodos anticonceptivos		<ul style="list-style-type: none"> - Quería embarazarse - Dejeción - No tenía pareja - Efectos secundarios del MAC. - Pensaba que ya no podía embarazarse. - Otros.
RAZONES Y/O MOTIVACIONES PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO	Factores que impulsan a la mujer a lograr el objetivo del embarazo.		<ul style="list-style-type: none"> - No tenía hijos anteriormente - Fortalecer vínculo con la pareja - Buscar el “conchito” - Armar nuevo proyecto de familia. - Otros.
SENTIMIENTOS FRENTE A LA GESTACIÓN	Respuesta psicofísica de la forma que sintió y reaccionó ante la idea del embarazo.		<ul style="list-style-type: none"> - Felicidad - Miedo - Angustia - Plenitud - Otro
ESTADO EMOCIONAL	Estado psicológico de la puérpera medido a través de la Escala de Edimburgo. (Anexo 4)	<ul style="list-style-type: none"> - Con probabilidad de depresión post parto. - Sin probabilidad de depresión post parto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Menos de 12 puntos - Más de 12 puntos

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR
ESCOLARIDAD	Último año aprobado del máximo nivel alcanzado por la puérpera.		<ul style="list-style-type: none"> - Enseñanza básica incompleta - Enseñanza básica completa - Enseñanza media incompleta - Enseñanza media completa - Enseñanza superior incompleta - Enseñanza superior completa - No consignado
ESTADO CIVIL	Situación legal o afectiva de una mujer respecto del progenitor del Recién nacido.		<ul style="list-style-type: none"> - Soltera - Casada - Conviviente - No consignado
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Clasificación dada por instrumento diseñado por las tesisistas que pondera nivel educacional, previsión, categoría ocupacional y situación laboral del proveedor o proveedora del hogar y características de la vivienda en términos de material, estado de conservación y hacinamiento. (Anexo 3)	<ul style="list-style-type: none"> - Media Alta - Media Media - Media Baja - Baja 	<ul style="list-style-type: none"> - 241 y más - 171 – 240 - 101 – 170 - 30 – 100

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR
APGAR	Sistema de evaluación del recién nacido que mide frecuencia cardiaca, respiración, color, tono muscular y respuesta refleja.	<ul style="list-style-type: none"> - Normal - Depresión cardiorrespiratoria moderada - Depresión cardiorrespiratoria Severa 	<ul style="list-style-type: none"> - 7 a 10 - 4 a 6 - 0 a 3 - Recién nacido muerto - No consignado
MALFORMACIÓN CONGÉNITA	Defecto en la constitución de algún órgano o conjunto de órganos que determina una anomalía morfológica estructural presente al nacimiento.		<ul style="list-style-type: none"> - Si (Cuál) - No - No consignado

Material y Método

Estudio descriptivo transversal en puérperas de 35 años y más, cuyos partos se produjeron en recintos hospitalarios de la comuna de Valparaíso y Viña del Mar en Enero del año 2009.

La primera etapa del estudio se basó en la revisión y recolección del material bibliográfico para realizar la delimitación del problema, el planteamiento de los objetivos generales y específicos, la definición de las variables y la confección del marco teórico, para terminar con la elaboración del instrumento de recolección de datos.

Universo, Muestra y Unidad de Análisis

El universo y muestra, correspondió a 55 puérperas de 35 años o más cuyo parto se produjo en Enero 2009, en los Hospitales Carlos Van Buren de Valparaíso, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca de Viña del Mar, no hubo perdida de casos puesto que el 100% de las mujeres que cumplían con los criterios de inclusión aceptaron formar parte del estudio. Su participación fue anónima y voluntaria, previa firma de un consentimiento informado (Anexo 1).

Unidad de análisis fueron las puérperas de 35 años o más que participaron de este proyecto y sus recién nacidos.

De las 55 puérperas, 37 (67%) tuvieron su parto en el sector público de salud, conformado por el Hospital Carlos Van Buren y Gustavo Fricke, en tanto 18 (33%) lo hicieron en el sector privado representado por la Clínica Reñaca.

Metodología de Recolección de Datos

Para la obtención de los datos se necesitó de la autorización de los Directores de los hospitales, Jefes de Servicio y Matrona Coordinadora de Gineco-Obstetricia.

El instrumento para la recolección de datos fue una encuesta (Anexo 2), conformada por preguntas autoaplicadas y por información recopilada de la ficha clínica. Dicha encuesta se probó entre Octubre y Noviembre del año 2008 en las puérperas de 35

años o más pertenecientes a los establecimientos de salud mencionados anteriormente con el fin de:

- Identificar el grado de comprensión de las preguntas por parte de las usuarias.
- Determinar los factores que pudieran influir negativamente en la aplicación del instrumento.
- Realizar los ajustes correspondientes en cuanto a mejorar la comprensión de la usuaria al contestar o al orden correcto de las preguntas.

El instrumento de recolección de datos, con las correcciones pertinentes, fue aplicado por las tesis en Enero del año 2009.

Análisis de Datos

Luego de la aplicación de la encuesta para recolectar datos, éstos se analizaron mediante el programa computacional Microsoft Excel.

Limitaciones del Estudio

- El universo estudiado no representa significativamente la realidad del país, ya que fue realizado única y exclusivamente en centros urbanos y servicios hospitalarios de alta complejidad de las comunas de Valparaíso y Viña del Mar.
- Parte de la información se obtuvo de las fichas clínicas que no están concebidas para los fines del estudio.
- Dado que el cuestionario expone algunos aspectos sociales y psico-afectivos, cabe la posibilidad que las mujeres hayan dado respuestas desde el “deber ser”.

Consideraciones Éticas

La participación de las usuarias fue anónima y voluntaria, previa firma de un consentimiento informado (Anexo 1).

Análisis e Interpretación de Datos

Tabla 1.

Puérperas tardías según edad.

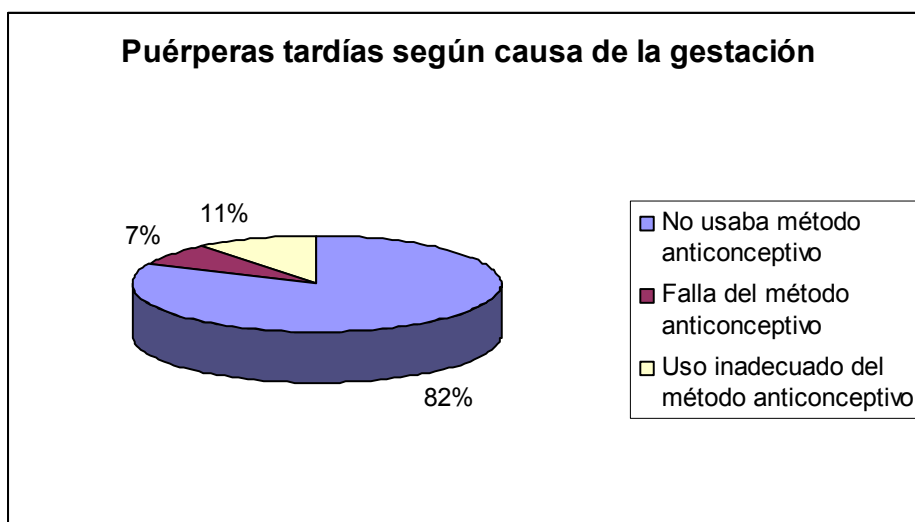
Edad	Nº	%
35 años	11	20
36 años	11	20
37 años	5	9,1
38 años	13	23,6
39 años	7	12,7
40 años y más	8	14,6
Total	55	100

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

Se puede apreciar que 72,7 % de las puérperas encuestadas tienen edades comprendidas entre 35 y 38 años. Destaca el 14,6% de mujeres tiene al momento del parto sobre 40 años.

Grafico I.

Puérperas tardías según causa de la gestación.



* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

** Tabla 1 en anexo 5.

Dentro de las mujeres encuestadas un porcentaje mayor al 80 % refiere no utilizar MAC, encontrándose aún en edad fértil. Asimismo, cabe mencionar que hoy en día todavía es posible encontrar mujeres que utilizan inadecuadamente el MAC como se ve reflejado en el 10,9 % de las encuestadas.

Tabla 2.

Puérperas tardías según hábito tabáquico durante la gestación.

Hábito tabáquico	Nº	%
Si	3	5,5
No	52	94,5
Total	55	100

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

El 94,5 % del total de las mujeres encuestadas declara no haber fumado durante la gestación.

Tabla 3.

Puérperas tardías según presencia de consumo de alcohol durante la gestación.

Consumo de alcohol	Nº	%
Si	4	7,3
No	51	92,7
Total	55	100

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

La presencia de consumo de alcohol en las mujeres encuestadas alcanza al 7,3%.

Tabla 4.

Puérperas tardías según consumo de sustancias durante la gestación.

Tipo de fármaco o droga	Nº	%
Analgésicos	17	29,8
Antidepresivos	3	5,3
Antihipertensivos	3	5,3
Otros	4	7
No consume	28	49,1
No sabe/ no contesta	2	3,5

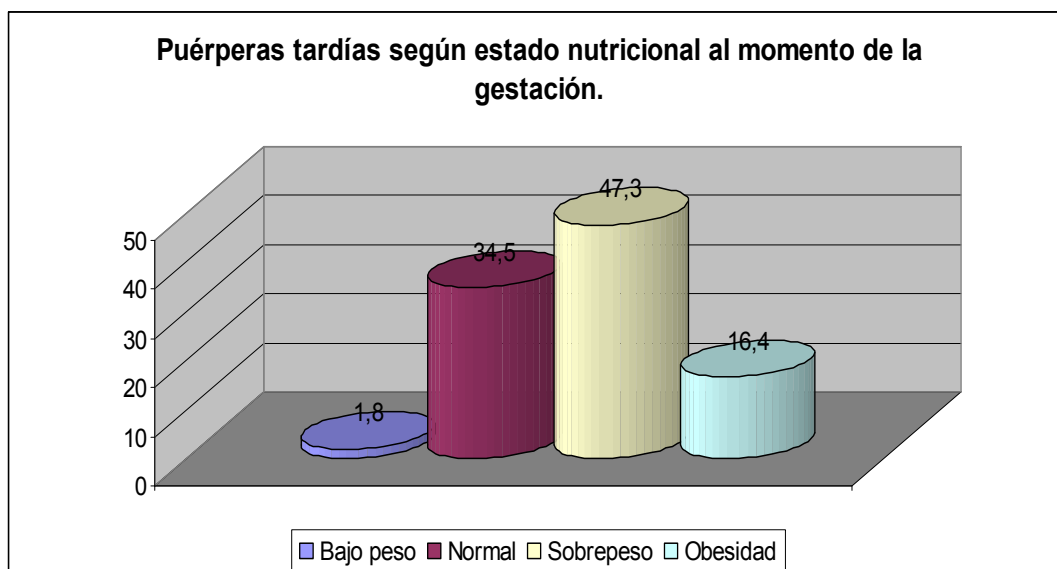
* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

** El total excede el tamaño de la muestra, pues hubo mujeres que consumieron más de una sustancia o droga.

No hubo consumo de sustancias ilícitas dentro de la muestra, el fármaco más utilizado fueron los analgésicos (29,8%), seguidas en igual proporción por antidepresivos y antihipertensivos.

Grafico II.

Puérperas tardías según estado nutricional al momento de la gestación.



* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

** Tabla 2 en anexo 5.

Del total de las mujeres encuestadas, el 63,7 % se encuentran en un rango de peso superior al normal, ya sea sobrepeso u obesidad.

Tabla 5.

Puérperas según patologías presentadas durante la gestación.

Patologías	Nº	%
Anemia	1	1,8
Síndrome Hipertensivo del embarazo	6	10,5
Diabetes Gestacional	8	14
Metrorragias (I-II-III trimestre)	2	3,5
Enfermedades Crónicas	10	17,6
Sin patologías	30	52,6

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

** El total excede el tamaño de la muestra, pues hubo mujeres con más de una patología durante la gestación.

El 17,6% de las mujeres presentes tenían alguna enfermedad crónica, en el 14% de los casos cursaron Diabetes Gestacional y el 10,5% Síndrome Hipertensivo, no obstante, más de la mitad de las encuestadas no presentó patologías durante la gestación.

Tabla 6.

Puérperas tardías según Edad Gestacional al finalizar la gestación.

Semanas de gestación	Nº	%
Menos de 37 semanas	9	16,4
De 37 a 41 semanas	46	83,6
Total	55	100

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

El 16,4% de las puérperas estudiadas finalizó su gestación antes de las 37 semanas y ninguna después de las 41 semanas.

Tabla 7.

Puérperas tardías según paridad.

Paridad	Nº	%
Múltipara de 1	9	16,4
Múltipara de 2	17	30,9
Múltipara de 3 o más	29	52,7
Total	55	100

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

El 52,7% de las mujeres en estudio eran múltiparas de 3 o más. Para el 16,4% de las puérperas se trató de su primer hijo.

Tabla 8.

Puérperas tardías según complicaciones del parto.

Complicaciones del parto	Nº	%
Dilatación estacionaria	1	1,8
Distocia de posición	7	12,5
Expulsivo retenido	1	1,8
Desgarro vulvoperineal	1	1,8
Otros	1	1,8
Sin complicaciones	45	80,3

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

** El total excede el tamaño de la muestra, pues hubo mujeres con más de una complicación durante el parto.

De las complicaciones asociadas al trabajo de parto, se observa que alrededor del 80 % de las mujeres encuestadas no presentó complicaciones de ningún tipo. Dentro de las encuestadas que sí presentaron complicaciones, la Distocia de Posición fue la más frecuente.

Tabla 9.

Puérperas tardías según vía de resolución del parto.

Tipo de parto	Nº	%
Eutócico	25	45,5
Fórceps	1	1,8
Cesárea	29	52,7
Total	55	100

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

En el 52,7 % del total de los casos el parto fue resuelto en vía cesárea.

Tabla 10.

Puérperas tardías según uso de anestesia de conducción.

Administración de anestesia	Nº	%
Sí	49	89,1
No	6	10,9
Total	55	100

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

El uso de la anestesia de conducción estuvo presente en el alrededor del 89 % de los partos de las mujeres encuestadas.

Tabla 11.

Puérperas tardías según escolaridad.

Escolaridad	Nº	%
Enseñanza básica incompleta	1	1,8
Enseñanza básica completa	3	5,5
Enseñanza media incompleta	8	14,5
Enseñanza media completa	21	38,2
Enseñanza superior incompleta	1	1,8
Enseñanza superior completa	21	38,2
Total	55	100

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

El 78,2% de las mujeres tiene educación media completa, de ellas la mitad ha alcanzado estudios superiores y no obstante hay un 5,5% que alcanzó la enseñanza básica completa.

Tabla 12.

Puérperas tardías según estado civil.

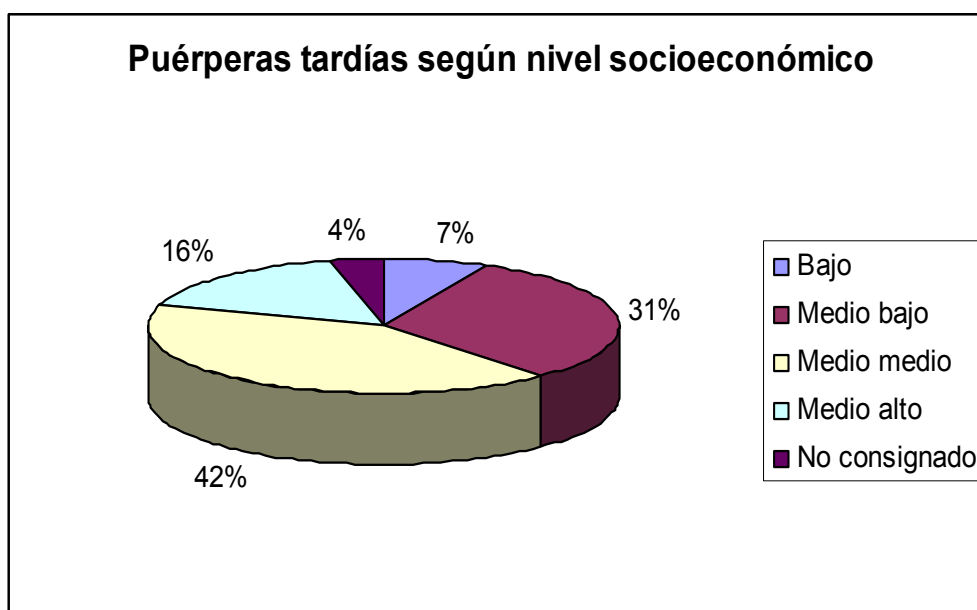
Estado civil	Nº	%
Soltera	6	10,9
Casada	32	58,2
Conviviente	17	30,9
Total	55	100

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

Solo el 10,9% de las mujeres encuestadas están solteras, el resto se encuentra casada o conviviendo.

Gráfico III.

Puérperas tardías según nivel socioeconómico.



* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

** Tabla 3 en anexo 5.

Según la clasificación de Nivel Socioeconómico establecida (Anexo 3), un porcentaje mayor al 70 % de las mujeres encuestadas se encuentra entre los estratos medio-bajo y medio-medio.

Tabla 13.

Puérperas tardías según edad gestacional al primer control prenatal.

Semanas de gestación	Nº	%
Menor o igual a 12 semanas	47	85,5
Más de 12 semanas	7	12,7
Sin control	1	1,8
Total	55	100

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

El 85 % de las mujeres encuestadas inicio el control prenatal antes de las 12 semanas. Hubo un solo caso sin control prenatal.

Tabla 14.

Puérperas tardías según concentración de controles prenatales.

Número de controles prenatales	Nº	%
1 a 3 controles	2	3,6
De 4 a 6 controles	10	18,2
7 a más controles	42	76,4
Sin control	1	1,8
Total	55	100

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

El 76,4 % de las mujeres encuestadas tuvo 7 o más controles prenatales durante la gestación. Destaca un 5,4% sin control o con un número insuficiente de ellos.

Tabla 15.

Puérperas tardías según planificación de la gestación.

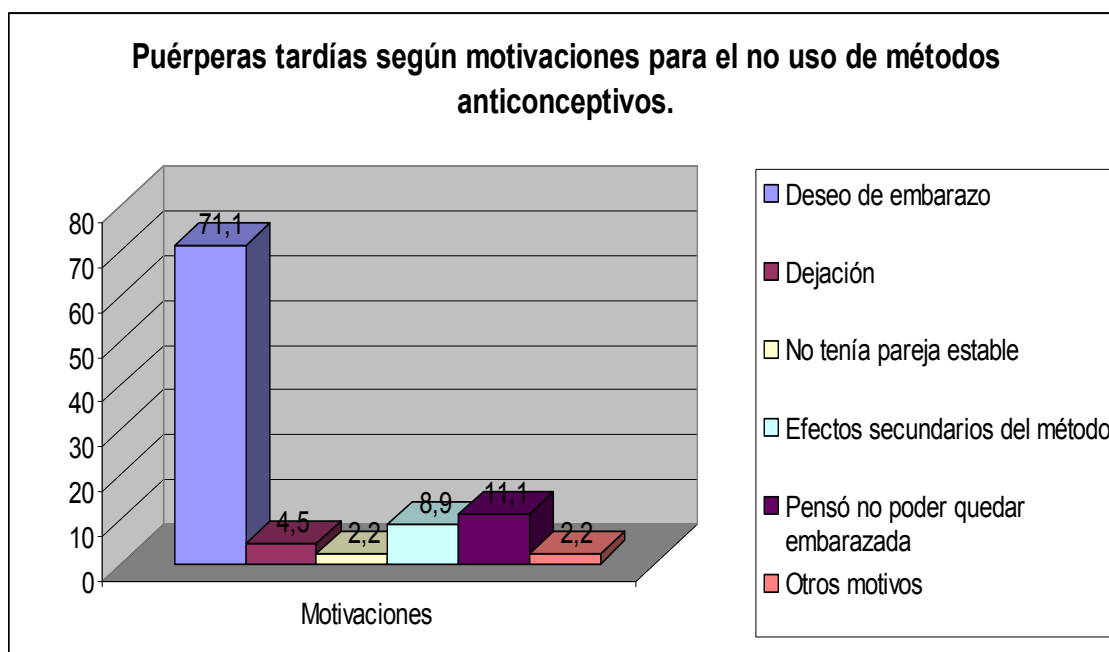
Planificación	Nº	%
Sí	36	65,4
No	19	34,6
Total	55	100

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

El 65,4% de las mujeres encuestadas, dijo haber planificado esta gestación.

Grafico IV.

Puérperas tardías según motivaciones para el no uso de métodos anticonceptivos.



* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

** Tabla 4 en anexo 5.

Más del 70 % de las mujeres encuestadas declaró no usar MAC por que deseaba embarazarse. Es importante destacar que cerca del 12 % de las encuestadas no usaba MAC por que pensó que no podía quedar embarazada.

Tabla 16.

Puérperas tardías según razones y/o motivos para planificar la gestación.

Razones y/o motivos	Nº	%
No tenía hijos anteriormente	3	8,3
Para fortalecer vínculo con la pareja	4	11,1
Para buscar el “conchito”	6	16,7
Para armar un nuevo proyecto de familia	12	33,4
Deseaba otro hijo	10	27,8
Otros	1	2,7
Total	36	100

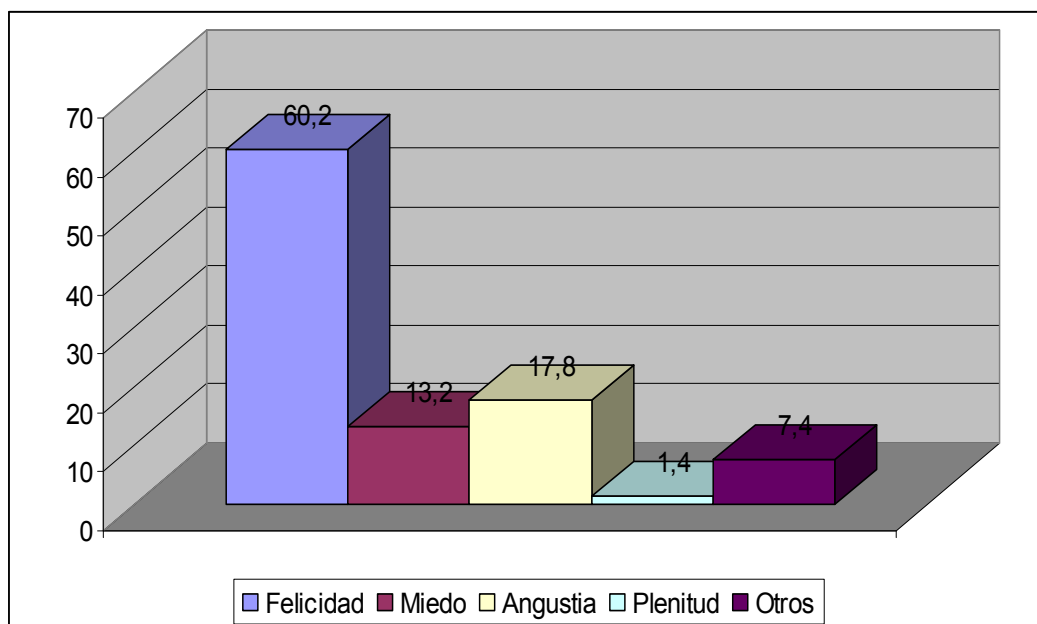
* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

** El total es menor que el tamaño de la muestra ya que corresponde a las mujeres que planificaron el embarazo.

El 33,4 % de las mujeres encuestadas refirió como motivación armar un nuevo proyecto de familia con una nueva pareja, siendo ésta la causa más frecuente, mientras que el 8 % de las encuestadas declara que su motivación es no tener hijos.

Grafico V.

Puérperas tardías según sentimientos frente a la gestación.



* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

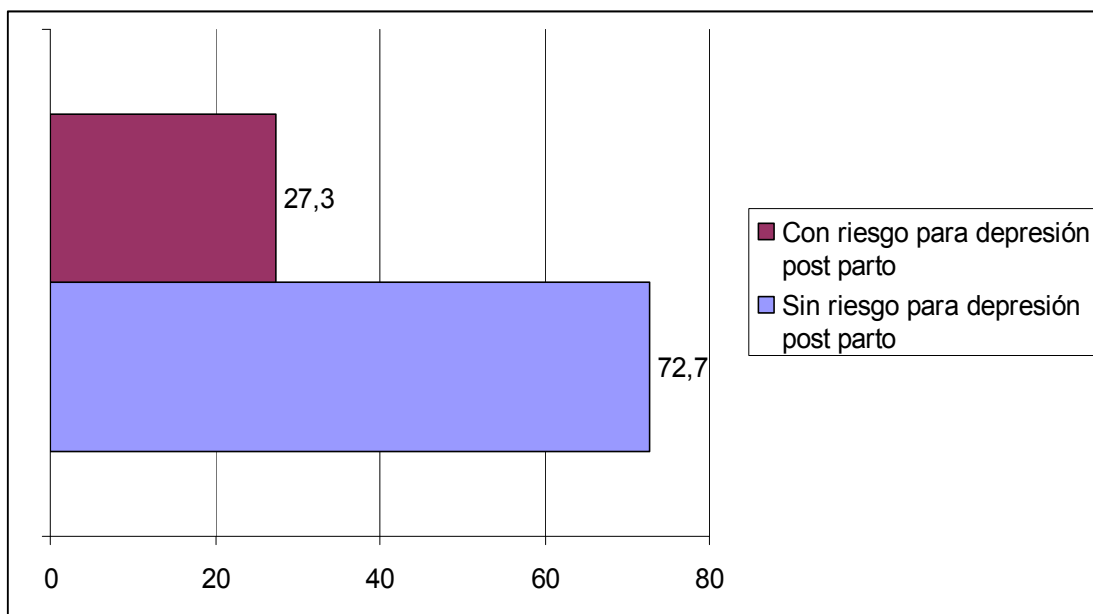
** El total excede el tamaño de la muestra, pues hubo mujeres que expresaron más de un sentimiento al enterarse de la gestación.

*** Tabla 5 en anexo 5.

La mayoría de las mujeres experimento felicidad frente a la gestación, no obstante hay un porcentaje cercano al 30% que refiere miedo o angustia.

Grafico VI.

Puérperas tardías según estado emocional.**



* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

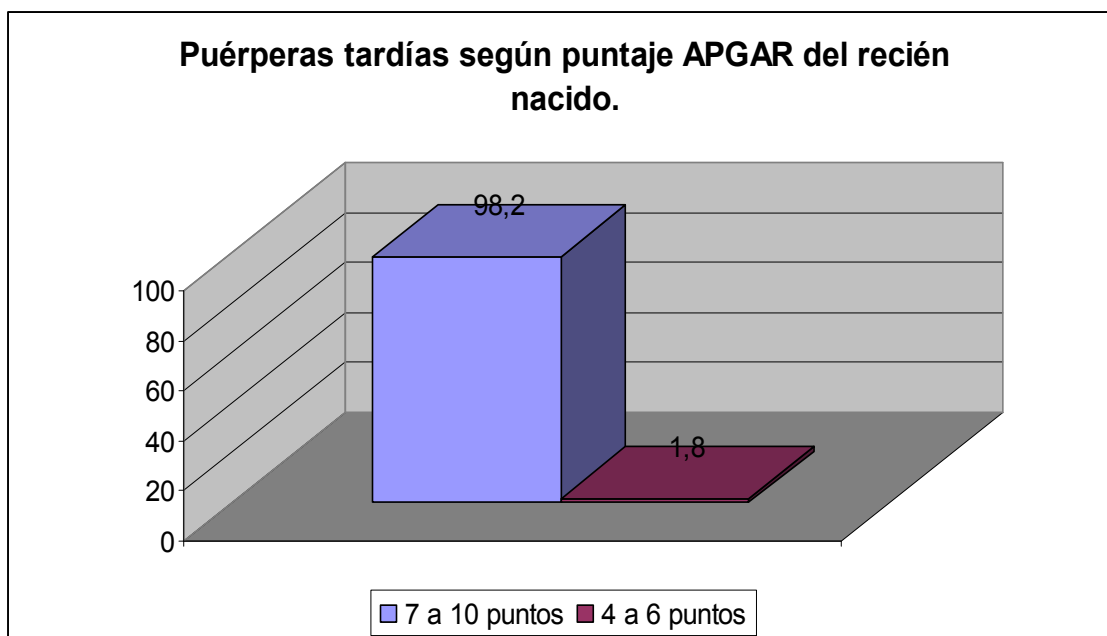
**Estado emocional medido según escala de Edimburgo.

*** Tabla 6 en anexo 5.

El 27,3% de las mujeres encuestadas muestra algún riesgo para presentar depresión post parto.

Grafico VII.

Puérperas tardías según APGAR del recién nacido.



* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

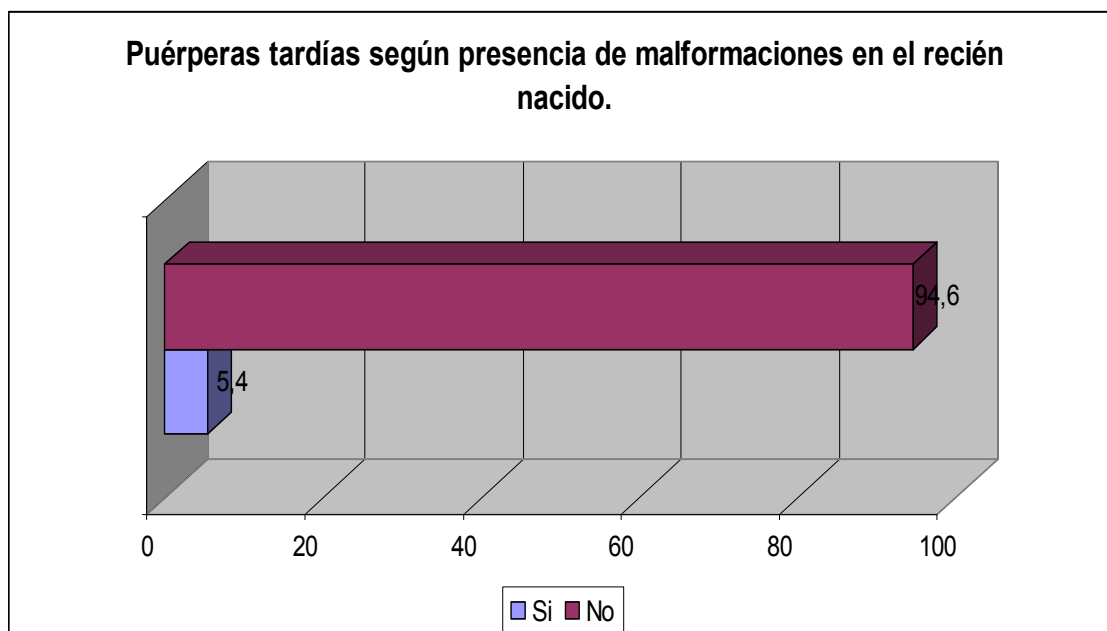
** El total excede el tamaño de la muestra, pues hubo un parto gemelar.

*** Tabla 7 en anexo 5.

Sólo el 1,8 % de los casos tiene un puntaje APGAR entre 4 y 6. No se presentaron recién nacidos con puntaje inferior a 4.

Grafico VIII.

Puérperas tardías según presencia de malformaciones en el recién nacido.



* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

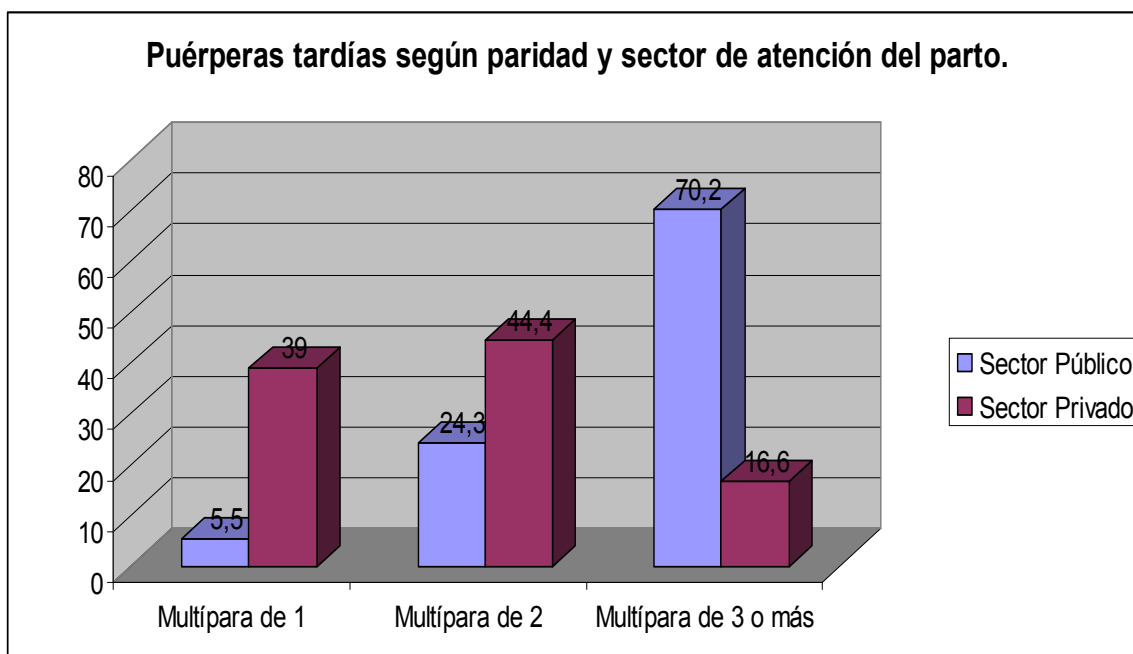
** El total excede el tamaño de la muestra, pues hubo un parto gemelar.

*** Tabla 8 en anexo 5.

La presencia de malformaciones en los recién nacidos llegó al 5,4 %.

Grafico IX.

Puérperas tardías según paridad y sector de atención del parto.



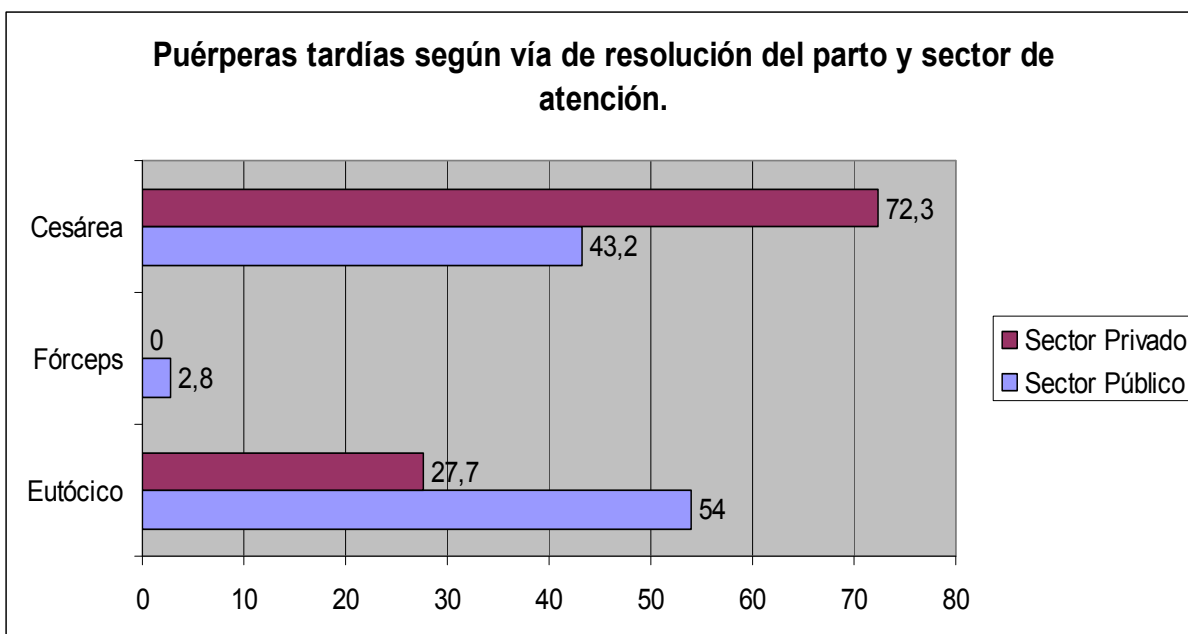
* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

** Tabla 9 en anexo 5.

En el sector público se destaca que para más del 70 % de las encuestadas este sería su tercer parto o más a diferencia del 16,6 % del sector privado. En contraste, en el sector privado para el 39 % de las mujeres se trataba del primer parto a diferencia del 5,5 % del sector público.

Grafico X.

Puérperas tardías según vía de resolución del parto y sector de atención.



* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

** Tabla 10 en anexo 5.

Es relevante la cifra de cesáreas realizadas en el sector privado, superando el 72 % y en el sector público, el parto eutócico, se produjo en el 54 % de los casos.

Tabla 17.

Puérperas tardías según escolaridad y sector de atención del parto.

Escolaridad Sector	Nº Sector Público		Nº Sector Privado		Total	%
		%		%		
Enseñanza básica incompleta	1	2,7	-	-	1	1,8
Enseñanza básica completa	3	8,1	-	-	3	5,5
Enseñanza media incompleta	8	21,6	-	-	8	14,5
Enseñanza media completa	17	46	4	22,3	21	38,2
Enseñanza superior incompleta	1	2,7	-	-	1	1,8
Enseñanza superior completa	7	18,9	14	77,7	21	38,2
Total	37	100	18	100	55	100

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

Más del 77 % de las mujeres en el sector privado tiene enseñanza superior completa, sin embargo en el sector público encontramos un caso (2,7 %) que no ha terminado la enseñanza básica.

Tabla 18.

Puérperas tardías según estado civil y sector de atención del parto.

Estado civil Sector	Nº Sector		Nº Sector		Total	%
	Público	%	Privado	%		
Soltera	3	8,2	3	16,7	6	10,9
Casada	17	45,9	15	83,3	32	58,2
Conviviente	17	45,9	-	-	17	30,9
Total	37	100	18	100	55	100

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

Dentro de las encuestadas, las solteras correspondientes al sector privado son 16,7 % mientras que en el sector público es la mitad de esta cifra (8,2 %). A su vez, en el sector privado no se encuentran mujeres en estado de convivencia.

Tabla 19.

Puérperas tardías según motivaciones para el no uso de métodos anticonceptivos y sector de atención del parto.

Motivaciones Sector	Nº Sector Público		Nº Sector Privado		Total	%
	Nº	%	Nº	%		
Deseo de embarazo	20	69	12	75	32	71,1
Dejación	1	3,4	1	6,2	2	4,5
No tenía pareja estable	1	3,4	-	-	1	2,2
Efectos secundarios del método	3	10,4	1	6,2	4	8,9
Pensó no poder quedar embarazada	3	10,4	2	12,6	5	11,1
Otros motivos	1	3,4	-	-	1	2,2
Total	29	100	16	100	45	100

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

** El tota corresponde a las mujeres que no utilizaban método anticonceptivo.

Tanto en el sector público como en el sector privado, podemos destacar que la motivación para el no uso de métodos anticonceptivos fue el deseo de embarazo con un 69 % y un 75 %, respectivamente.

Tabla 20.

Puérperas tardías según razones y/o motivos para planificar la gestación y sector de atención del parto.

Razones y/o motivos Sector	Nº Sector Público		Nº Sector Privado		Total	%
	Nº	%	Nº	%		
No tenía hijos anteriormente	-	-	3	21,4	3	8,3
Para fortalecer vínculo con la pareja	3	13,6	1	7,1	4	11,1
Para buscar el “conchito”	5	22,7	1	7,1	6	16,7
Para armar un nuevo proyecto de familia	9	41	3	21,4	12	33,4
Deseaba otro hijo	5	22,7	5	35,9	10	27,8
Otros	-	-	1	7,1	1	2,7
Total	22	100	14	100	36	100

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

** El total es menor que el tamaño de la muestra ya que corresponde a las mujeres que planificaron el embarazo.

En el sector privado más del 35% de las encuestadas planificaron el embarazo por el deseo de tener otro hijo, mientras que en el sector público la principal causa fue para armar un nuevo proyecto de familia (41 %).

Tabla 21.

Puérperas tardías según sentimientos frente a la gestación y sector de atención del parto.

Razones y/o motivos Sector	Nº Sector Público		Nº Sector Privado		Total	%
	Nº	%	Nº	%		
Felicidad	23	53,4	18	72	41	60,2
Miedo	7	16,2	2	8	9	13,2
Angustia	11	25,6	1	4	12	17,8
Plenitud	-	-	1	4	1	1,4
Otros	2	4,8	3	12	5	7,4
Total	43	100	25	100	68	100

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

** El total excede el tamaño de la muestra, pues hubo mujeres que expresaron más de un sentimiento al enterarse de la gestación.

Es de importancia señalar que las mujeres del sector público hubo más casos de mujeres angustiadas (25,6 %) o con miedo (16,2%) que en el sector privado 4% y 8% respectivamente.

Tabla 22.

Puérperas tardías según estado emocional y sector de atención del parto.

Escala de Edimburgo Sector	Nº Sector Público		Nº Sector Privado		Total	%
		%		%		
Sin riesgo para depresión post parto	24	64,9	16	88,9	40	72,7
Con riesgo para depresión post parto	13	35,1	2	11,1	15	27,3
Total	37	100	18	100	55	100

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

El 35,1 % de las encuestadas del sector público, tienen riesgo de presentar depresión post parto, en comparación al 11,1 % presente en el sector privado.

Conclusión

Chile, un país en vías de desarrollo, presenta en la actualidad un incremento en la incidencia de las mujeres gestantes de edad avanzada. Esta situación es generalizada en los países más desarrollados debido al deseo de superación de la mujer y la competitividad profesional y laboral a la cual está sometida. A esto se suma que en la última década, con el desarrollo de técnicas de fertilización asistida, se ha logrado que mujeres que no habían podido tener hijos por diversas causas de infertilidad, hoy en día puedan ser madres. Es por estas razones que la búsqueda de un hijo, en muchos casos el primero, esté diferida hasta edades superiores a los 35 años.

A raíz de lo mencionado anteriormente, se realizó este estudio que pretende dar a conocer las características biopsicosociales de las puérperas de 35 años y más y las condiciones de su recién nacido, en algunos establecimientos de Valparaíso y Viña del Mar. Se pudo concluir que un 50,9% de las puérperas tenían más de 38 años. A su vez el 16,4% de las mujeres en estudio eran primíparas y un 52,7 % eran múltiparas de 3 o más. Estas cifras contrastan al realizar una comparación entre el sector público y privado de salud, en el primero el porcentaje de primíparas conforman solo el 5,5% y el de múltiparas el 70%, en el segundo las primíparas alcanzan el 39% y el grupo de múltiparas es de 16%. Esta diferencia se debe, con alguna certeza, a las diferencias de escolaridad alcanzadas por ambos grupos de mujeres, en donde el porcentaje de mujeres con enseñanza superior completa es cuatro veces mayor en el sector privado que en el sector público (77,7% v/s 18,9%). Lo que concuerda con aquellos estudios que señalan que las mujeres postergan la maternidad, en aras de su desarrollo personal y profesional.

Como causa de la gestación, las puérperas que refieren no haber utilizado MAC corresponden a un 82,2%, de este porcentaje el 71,1% no los utilizó por el deseo de embarazo, reflejado en un 69% y un 75% de casos en el sector público y privado, respectivamente. Es de importancia destacar que el 11,1% no los utiliza por creer que a su edad no podía quedar embarazada. De esto último, se desprende que aún existe desconocimiento por parte de algunas mujeres en relación a su vida sexual y reproductiva y que este desconocimiento no necesariamente tiene relación con el nivel de escolaridad alcanzado, puesto que las cifras es prácticamente similares en ambos grupos (12,6% en el sector privado y 10,4% de las mujeres del sector

público). A su vez un 18,2 % de las encuestadas declaró como causa del embarazo falla del método anticonceptivo o uso inadecuado del mismo.

La presencia de hábitos nocivos durante la gestación no fue importante; el 94,5% de las mujeres encuestadas declara no haber fumado durante la gestación, a su vez el 92,7% no consumió alcohol. Porcentajes que reflejan la alta difusión de los riesgos que conlleva consumir sustancias nocivas en la gestación, independiente del sector social.

La ingesta de sustancias durante la gestación, fue en su mayor porcentaje analgésicos con un 29,8%, mientras que un 49,1% declara no haber consumido ningún tipo de fármaco. El 100% de las encuestadas manifestó cursar su gestación sin haber consumido sustancias ilícitas.

En nuestro estudio, la proporción tanto de mujeres obesas (16,4%) como de mujeres en bajo peso (1,8%) fue inferior a las cifras mostradas por la totalidad del Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio para las mujeres de la misma edad (27,6% y 5,69%, respectivamente), en cambio, el porcentaje de mujeres con sobrepeso, 38,9% en nuestro estudio, fue mayor que el de las mujeres del SSVSA que alcanzaba 32,5%. Esto se explicaría por el mayor control nutricional que se realiza a la gestante.

Dentro de las patologías presentadas durante la gestación, las más frecuentes fueron Diabetes Gestacional con un 14%, seguido de 10,5% de Síndrome Hipertensivo del Embarazo y Enfermedades Crónicas en el 17,6 % de los casos. No obstante, un 52,6% de las encuestadas no presentó patologías durante la gestación, lo que concuerda con los estudios que señalan que aún cuando las gestaciones tardías conllevan un mayor riesgo de morbilidad perinatal, existe una proporción importante de mujeres que cursan su gestación de manera fisiológica. Esto se explicaría, además, por un buen seguimiento del embarazo y el ingreso temprano a los controles prenatales, factor determinante en el resultado materno-perinatal que se vería reflejado en el porcentaje de gestantes que terminó su embarazo entre las 37 y 40 semanas, que representó un 83,6%, correspondiendo sólo un 16,4% a partos de pretérmino.

A pesar que el 80,3% no presenta complicaciones del parto, este se resuelve, en su mayoría, por vía cesárea con un 52,7%, alcanzando un 72,3 % en el sector privado y

un 43,2 % en el sector público. Dentro de las complicaciones del parto la más frecuente es la distocia de posición con el 12,5% de los casos.

El uso de la anestesia de conducción estuvo presente en el 89,1% de los partos, cifra que revela la exitosa incorporación de este procedimiento a las Garantías Explícitas en Salud (GES o Auge).

Referente al estado civil de las puérperas, un 89,1% señaló mantener una relación estable, ya sea casada o conviviente. Si lo comparamos por sector, en el privado un 16,7 % de las encuestadas se declaró soltera, mientras que en el sector público es la mitad de esta cifra (8,2%). Esto podría entenderse debido al mayor nivel educacional presentado por las mujeres del sector privado, lo que se podría traducir en una mayor independencia económica.

Según la clasificación de nivel socioeconómico establecida; un 72,7% de las mujeres encuestadas se encuentra entre los estratos medio-bajo y medio-medio.

En cuanto a la edad gestacional al inicio de los controles prenatales el 85,5 % de las mujeres encuestadas lo hizo antes de las 12 semanas. Existiendo un 76,4 % de puérperas con 7 o más controles prenatales, lo que podría haber incidido en los buenos resultados perinatales exhibidos por el grupo en estudio.

En lo que respecta a las razones y/o motivos para planificar la gestación, un 33,4% de las mujeres encuestadas expresó como principal motivación armar un nuevo proyecto de familia con otra pareja, a su vez, un 44,5% declaró como motivo el deseo de otro hijo o de buscar el “conchito”. El 8,3% de las encuestadas manifestó que su motivación es no tener hijos anteriormente.

En el sector privado, el 35% de las encuestadas planificaron el embarazo para tener otro hijo y un 21,4 % lo hizo porque no tenía hijos anteriormente.

Al hablar de los sentimientos expresados por las mujeres al enterarse de la gestación, el principal sentimiento mencionado fue felicidad, en el 53,4% y 72% dentro del sector público y el privado, respectivamente. Es de importancia señalar que las mujeres del sector público hubo 25,6% de mujeres angustiadas y 16,2% expresaron miedo, en contraste al 4% y 8% correspondiente al sector privado. Según la Escala de Edimburgo de depresión post parto un 27,3% de las mujeres

encuestadas muestra algún riesgo para presentar depresión post parto, este riesgo es tres veces mayor entre las mujeres del sector público (35,1% en comparación al 11,1% presente en el sector privado). La estabilidad económica que tienen las mujeres del sector privado y el hecho de que el 77,7% de ellas planificó la gestación, les entrega una estabilidad emocional que actúa como factor protector para la depresión post parto y, por lo tanto, favorece la expresión de sentimientos más positivos frente a la gestación.

Con respecto a las condiciones del recién nacido, cabe mencionar que un 98,2% presenta puntaje APGAR igual o superior a 7. Este resultado, puede ser debido en parte a las patologías presentadas durante la gestación y el período del trabajo de parto fueron escasas. El 5% presentó malformaciones neonatales siendo estas Síndrome de Down, malformación renal y nasal.

Es a raíz de lo antes mencionado, que concluimos que son múltiples los factores que pueden mejorar de manera significativa los índices de morbilidad materno fetal en este grupo de riesgo, entre ellos el uso racional de los recursos nacionales disponibles, la realización de consejerías preconcepcionales, el precoz, sistemático y riguroso control prenatal de éstas gestantes y el trabajo en conjunto con el equipo multidisciplinario.

Por último, debemos incluir una reflexión sobre el aporte de este estudio para nuestra labor como profesionales, ya que asumimos un rol de mediadores entre las gestantes y los cuidados necesarios para un óptimo resultado perinatal. Por tanto, nuestra participación es de suma importancia para las gestantes que muchas veces requieren no sólo de nuestros conocimientos, sino que también de nuestra confianza, empatía y apoyo.

Recomendaciones

Todos los estudios señalan que la gestación sobre los 35 años, conlleva un riesgo materno y perinatal mayor, tanto para la mujer como para su recién nacido, por lo cual es indispensable la realización de consejería preconcepcional que se entiende como la atención que se realiza a una mujer, un hombre o una pareja antes de un embarazo, con el objetivo de corregir conductas, realizar actividades de prevención, pesquisar factores de riesgo reproductivo o patologías que puedan alterar la evolución normal de una futura gestación, educar en todo lo referente a ésta y en casos determinados no recomendar una nueva gestación.. Esta actividad en Chile es realizada por el profesional matrona/matrón en el servicio público de salud y por el Gineco-Obstetra en el sector privado; adecuándose a las características de la población a la que va dirigida.

A su vez, dichos profesionales deben encargarse de brindar orientación, apoyo psicológico y contención emocional a aquellas parejas que deseen tener un hijo, ante esto es necesario que se encuentren capacitados en temas de salud mental, para que sean capaces de entregar información y asesoría de manera óptima y dirigida.

Otro desafío a cumplir en estas gestantes tardías es lograr un adecuado control prenatal, poniendo énfasis en la pesquisa de riesgos y hábitos nocivos y patologías propias de la gestación que pudieran estar presentes en estas mujeres y alterar aún más el proceso reproductivo.

En lo que respecta a la atención del pre parto y parto se recomienda que este sea atendido por un equipo multidisciplinario, preparados para reaccionar de manera oportuna ante cualquier complicación que pudiera presentarse, tanto en la madre como en el recién nacido.

Se recomienda ampliar los estudios en las gestantes de 35 años y más, considerando el aumento que ha experimentado el embarazo en este grupo de mujeres y que la edad es uno de los factores relacionados con la probabilidad de éxito reproductivo. Además se hace indispensable que este tipo de investigaciones no solo abarquen el ámbito biológico que es donde, hasta ahora, se ha concentrado el mayor interés sino también ampliarlos al ámbito psicológico, social y cultural.

Bibliografía

- Bendezú Martínez, G. “Gestación en Edad Avanzada”
Ginecología y Obstetricia
N.3 Vol.47 Pág. 166 – 170
Perú
2001

- Bravo, R. “Mujeres Chilenas, Tendencias en la última década (Censos 1992 – 2002)”.
Servicio Nacional de la Mujer, SERNAM.
Instituto Nacional de Estadísticas, INE.
Reg. Propiedad Intelectual: N° 956-7387-39-7
Departamento de Estudios y Estadísticas y Departamento de Comunicaciones, SERNAM.
Santiago 2004

- Donoso Siña, E. “Descenso de la natalidad en Chile: Un problema país”
Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología
N.2 Vol.72 pág.73 – 75
Santiago 2007.

- Donoso, E. Villarroel, L. “Edad Materna Avanzada y Riesgo Reproductivo”
Revista Médica de Chile
N.1 Vol.131 pág.55 - 59
Santiago
Enero 2003

- Gilbert, W., Nesbitt, T. Danielsen, B “Childbearing beyond age 40”
Obstet Gynecol 1999; 93: 9-14.

- Hernández, A “Repercusión de la Edad Materna Avanzada sobre el Embarazo, el Parto y Recién Nacido”
Archivo Médico de Camagüey
N.6 Vol.10
2006

-

- Nazer, J. "Edad Materna y Malformaciones Congénitas"
Revista Médica de Chile
N.11 Vol.135 Pág.1463 – 146
Santiago
Noviembre 2007

- Obregón, L . "Primigesta de Edad Avanzada"
Revista de Obstetricia y Ginecología
N. 3 Vol.67 Pág. 152 – 166
Venezuela
2007

- MINSAL: "Programa de Salud de la Mujer"
Chile
1997

- Schuller, A. Benítez, G. Andrade, L. "Estudio de las Gestantes de Edad Avanzada en el Hospital Universitario de Caracas"
Revista de la facultad de Medicina
N.1 Vol.30
Caracas, Venezuela
Junio 2007

- Varela Ruiz, F. "Morbilidad en Gestantes de Edad Avanzada"
Medicina de Familia
N.1 Vol.3
Sevilla
Febrero 2002

Páginas Web

- www.fsm.usach.cl/index.php?id=11140
- www.junaeb.cl/becas/doc/formulario%20informe%20social%20casos%20especiales%2008.doc
- www.sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecología/vol_47N3_2001/gest_edad_avan.htm
- www.infertilidad-español.havingbabies.com/age-infertility.html

Anexo 1



CONSENTIMIENTO INFORMADO



Se me ha invitado a participar en la tesis “**Características biopsicosociales de la gestante tardía y condiciones biológicas de su recién nacido**”, realizado por alumnas de 4to año de la Carrera de Obstetricia y Puericultura. Dicho estudio permite caracterizar a mujeres que hayan cursado su embarazo después de los 35 años y a su recién nacido mediante una encuesta individual y la revisión de la ficha clínica.

Considerando que se me ha otorgado información completa referente al estudio, se han resuelto mis dudas respecto al mismo y, finalmente, se ha garantizado mi anonimato,

Yo _____ Rut _____

- **Acepto participar.**

- **Rechazo Participar.**

Del mismo modo, en caso de adoptar la decisión de no participar del presente estudio, mi decisión será respetada y no afectará mi calidad de usuaria del sistema de salud.

Fecha ____/____/____

Firma

Docente Responsable: Ana María Alvarado V.

Encuestadora: _____

Anexo 2



ENCUESTA

Tesis: "Características Biopsicosociales de las Puérperas mayores de 35 años y las Condiciones Biológicas de su Recién Nacido"

Establecimiento: _____

Número correlativo: _____

1. ¿Qué edad tiene?

<input type="checkbox"/>	35 años
<input type="checkbox"/>	36 años
<input type="checkbox"/>	37 años
<input type="checkbox"/>	38 años
<input type="checkbox"/>	39 años
<input type="checkbox"/>	40 años o más

2. ¿Cuál es su estado civil?

<input type="checkbox"/>	Soltera
<input type="checkbox"/>	Casada
<input type="checkbox"/>	Conviviente

3. ¿Hasta que curso llegó?

<input type="checkbox"/>	Enseñanza básica incompleta
<input type="checkbox"/>	Enseñanza básica completa
<input type="checkbox"/>	Enseñanza media incompleta
<input type="checkbox"/>	Enseñanza media completa
<input type="checkbox"/>	Enseñanza superior incompleta
<input type="checkbox"/>	Enseñanza superior incompleta
<input type="checkbox"/>	Enseñanza superior completa

4. Causas de la gestación actual

<input type="checkbox"/>	No usaba método anticonceptivo (pasar a pregunta 5)
<input type="checkbox"/>	Falla del método anticonceptivo
<input type="checkbox"/>	Uso inadecuado del método anticonceptivo
<input type="checkbox"/>	Otros

5. Especifique motivaciones para el no uso de métodos anticonceptivos

<input type="checkbox"/>	Deseo de embarazo
<input type="checkbox"/>	Dejación
<input type="checkbox"/>	No tenía pareja estable
<input type="checkbox"/>	Efectos secundarios del método
<input type="checkbox"/>	Pensó no poder quedar embarazada
<input type="checkbox"/>	Otros motivos (Cuál/es: _____)
<input type="checkbox"/>	

6. ¿Esta gestación fue planificada?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No (Saltar a pregunta 8)

7. ¿Cuáles fueron las razones y/o motivos para planificar esta gestación?

<input type="checkbox"/>	No tenía hijos anteriormente
<input type="checkbox"/>	Para fortalecer el vínculo con la pareja
<input type="checkbox"/>	Para buscar el “conchito”
<input type="checkbox"/>	Para armar un nuevo proyecto de familia
<input type="checkbox"/>	Otros (Cuál/es: _____)

8. ¿Qué sintió al momento de saber que estaba embarazada?
Puede marcar más de una opción.

<input type="checkbox"/>	Felicidad
<input type="checkbox"/>	Miedo
<input type="checkbox"/>	Angustia
<input type="checkbox"/>	Plenitud
<input type="checkbox"/>	Otros (Cuál/es: _____)

9. ¿Usted fumó durante esta gestación?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No

10. ¿Consumió bebidas alcohólicas durante esta gestación?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No

11. De los siguientes fármacos y drogas ¿Cuáles consumió durante su gestación?

	Analgésicos
	Antidepresivos
	Ansiolíticos
	Hipnóticos
	Anticonvulsivantes
	Antihipertensivos
	Cocaína
	Pasta Base
	Marihuana
	Otros
	No Consume

Datos Consignados en Ficha Clínica

1. Paridad

	M1
	M2
	M3 o más

2. Semanas de gestación al comenzar el control prenatal

	Menor o igual a 12 semanas
	Más de 12 semanas
	Sin control

3. Número de controles prenatales

	1 a 3 controles
	De 4 a 6 controles
	7 a mas controles
	Sin control

4. ¿Presentó alguna/s patología/s durante la gestación?

	Anemia
	Síndrome Hipertensivo del Embarazo
	Diabetes Gestacional
	Enfermedad de Transmisión Sexual
	Metrorragias (I-II-III trimestre)
	Colestasia Intrahepática
	Otros ,(Cuál/es: _____)
	Sin patologías

5. Semanas de gestación al finalizar el embarazo

	Menos de 37 semanas
	De 37 a 41 semanas
	42 y más semanas

6. Estado nutricional al término de la gestación

	Bajo peso
	Normal
	Sobrepeso
	Obesidad

7. Administración de anestesia durante el trabajo de parto y parto

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No

8. ¿Qué tipo de parto tuvo?

<input type="checkbox"/>	Eutócico
<input type="checkbox"/>	Fórceps
<input type="checkbox"/>	Cesárea

9. ¿Presentó complicación/es durante el parto?

<input type="checkbox"/>	Dilatación estacionaria
<input type="checkbox"/>	Distocia de posición
<input type="checkbox"/>	Desproporción céfalo pélvica
<input type="checkbox"/>	Expulsivo retenido
<input type="checkbox"/>	Sufrimiento Fetal Agudo
<input type="checkbox"/>	Desgarro Vulvoperineal
<input type="checkbox"/>	Hemorragia del Alumbramiento
<input type="checkbox"/>	Otras (Cuál/es: _____)
<input type="checkbox"/>	Sin complicaciones

10. Puntaje Apgar que presentó el RN

<input type="checkbox"/>	7 a 10
<input type="checkbox"/>	4 a 6
<input type="checkbox"/>	0 a 3
<input type="checkbox"/>	Recién Nacido muerto

11. ¿Su RN presenta alguna/s malformación/es?

<input type="checkbox"/>	Si (Cuál/es: _____)
<input type="checkbox"/>	No

Encuestador(a): _____

Nivel Socioeconómico del Proveedor de Hogar

1. Nivel Educativo del Proveedor/a de Hogar

	Sin estudios
	Básica completa
	Básica incompleta
	Media incompleta
	Media completa
	Técnico superior incompleta
	Universitaria incompleta
	Técnico superior completa
	Universitaria completa
	Post grado

2. Previsión del Proveedor/a de Hogar

	Fonasa A
	Fonasa B
	Fonasa C
	Fonasa D
	Isapre
	Capredena
	Particular

3. Categoría ocupacional Proveedor/a de Hogar

	Pensionado mínimo, INP y AFP
	Trabajador no calificado
	Trabajador por cuenta propia
	Asalariado agrícola o trabajador dependiente
	Jubilado, pensionado o montepiado
	Empleado del sector público o privado
	Profesional del sector público y profesional
	Pequeño productor agrícola o microempresarios
	Empresario

4. Situación laboral del Proveedor/a de Hogar

	Inactivo o desempleado
	Activo ocasional
	Pasivo, pensionado
	Activo permanente

5. Material de la vivienda

	Muros vivienda ligera
	Muros vivienda mixta
	Muros vivienda sólida

6. Estado de conservación

	Calidad deficiente
	Calidad regular
	Calidad buena

7. Número de personas que duermen por cada dormitorio en el hogar

	1-2
	3
	4 y más

Anexo 3

Puntaje Encuesta Nivel Socioeconómico

1. Nivel Educativo del Proveedor/a de Hogar

0	Sin estudios
10	Básica incompleta
15	Básica completa
20	Media incompleta
25	Media completa
30	Técnico superior incompleta
35	Universitaria incompleta
40	Técnico superior completa
55	Universitaria completa
60	Post grado

2. Previsión del Proveedor/a de Hogar

0	Fonasa A
0	Fonasa B
5	Fonasa C
10	Fonasa D
15	Isapre
15	Capredena
20	Particular

3. Categoría ocupacional Proveedor/a de Hogar

5	Pensionado mínimo, INP y AFP
10	Trabajador no calificado
15	Trabajador por cuenta propia
25	Asalariado agrícola o trabajador dependiente
35	Jubilado, pensionado o montepiado
45	Empleado del sector público o privado
55	Profesional del sector público y profesional
60	Pequeño productor agrícola o microempresarios
75	Empresario

4. Situación laboral del Proveedor/a de Hogar

20	Inactivo o desempleado
40	Activo ocasional
60	Pasivo, pensionado
80	Activo permanente

5. Material de la vivienda

5	Muros vivienda ligera
10	Muros vivienda mixta
15	Muros vivienda sólida

6. Estado de conservación

0	Calidad deficiente
10	Calidad regular
20	Calidad buena

7. Número de personas que duermen por cada dormitorio en el hogar

0	1-2
5	3
10	4 y más

Clasificación Nivel Socioeconómico por puntaje obtenido.

- Bajo: 30 – 100 puntos.
- Medio bajo: 101 – 170 puntos.
- Medio medio: 171 – 240 puntos
- Alto: 241 y más puntos.

Anexo 4

Escala de Edimburgo

Como usted hace poco tuvo su hijo, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Por favor subraye la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas

<input type="checkbox"/>	Tanto como siempre
<input type="checkbox"/>	No tanto ahora
<input type="checkbox"/>	Mucho menos
<input type="checkbox"/>	No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

<input type="checkbox"/>	Tanto como siempre
<input type="checkbox"/>	Algo menos de lo que solía hacer
<input type="checkbox"/>	Definitivamente menos
<input type="checkbox"/>	No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal

<input type="checkbox"/>	Si la mayoría de la veces
<input type="checkbox"/>	Si algunas veces
<input type="checkbox"/>	No muy a menudo
<input type="checkbox"/>	No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

<input type="checkbox"/>	Si la mayor parte de las veces
<input type="checkbox"/>	Si, a veces
<input type="checkbox"/>	No casi nunca
<input type="checkbox"/>	No, nada

5. He Sentido miedo y pánico sin motivo alguno

<input type="checkbox"/>	Si la mayoría de la veces
<input type="checkbox"/>	Si algunas veces
<input type="checkbox"/>	No muy a menudo
<input type="checkbox"/>	No, nunca

6. Las cosas me oprimen o agobian

<input type="checkbox"/>	No, para nada
<input type="checkbox"/>	Casi nada
<input type="checkbox"/>	Si a veces
<input type="checkbox"/>	Si, a menudo

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

<input type="checkbox"/>	Si, casi siempre
<input type="checkbox"/>	Si, bastante a menudo
<input type="checkbox"/>	No muy a menudo
<input type="checkbox"/>	No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

<input type="checkbox"/>	Si bastante
<input type="checkbox"/>	Si, a veces
<input type="checkbox"/>	No, no mucho
<input type="checkbox"/>	No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

<input type="checkbox"/>	Si la mayoría de la veces
<input type="checkbox"/>	Si algunas veces
<input type="checkbox"/>	No muy a menudo
<input type="checkbox"/>	No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mi misma

	Si, casi siempre
	Si, bastante a menudo
	No muy a menudo
	No, nada

Probabilidad de presentar depresión postparto según puntaje obtenido

- Menos de 12 puntos: sin probabilidad de presentar depresión postparto.
- Más de 12 puntos: con probabilidad de presentar depresión postparto.

Anexo 5

Tablas

Tabla 1 correspondiente al gráfico I.

Puérperas tardías según causa de la gestación.

Causa de la gestación actual	Nº	%
No usaba método anticonceptivo	45	81,8
Falla del método anticonceptivo	4	7,3
Uso inadecuado del método anticonceptivo	6	10,9
Total	55	100

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

Tabla 2 correspondiente al gráfico II.

Puérperas tardías según estado nutricional al momento de la gestación.

Estado Nutricional	Nº	%
Bajo peso	1	1,8
Normal	19	34,5
Sobrepeso	26	47,3
Obesidad	9	16,4
Total	55	100

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

** Según el Índice de Masa Corporal Modificada.

Tabla correspondiente al grafico III.

Púérperas tardías según nivel socioeconómico.

Nivel socioeconómico	Nº	%
Bajo	4	7,3
Medio bajo	17	30,9
Medio medio	23	41,8
Medio alto	9	16,4
No consignado	2	3,6
Total	55	100

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

Tabla correspondiente al grafico IV.

Púérperas tardías según motivaciones para el no uso de métodos anticonceptivos.

Motivaciones	Nº	%
Deseo de embarazo	32	71,1
Dejación	2	4,5
No tenía pareja estable	1	2,2
Efectos secundarios del método	4	8,9
Pensó no poder quedar embarazada	5	11,1
Otros motivos	1	2,2
Total	45	100

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

Tabla correspondiente al grafico V.

Puérperas tardías según sentimientos frente a la gestación.

Sentimientos	Nº	%
Felicidad	41	60,2
Miedo	9	13,2
Angustia	12	17,8
Plenitud	1	1,4
Otros	5	7,4
Total	68	100

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

** El total excede el tamaño de la muestra, pues hubo mujeres que expresaron más de un sentimiento al enterarse de la gestación.

Tabla correspondiente al grafico VI.

Puérperas tardías según estado emocional.

Escala de Edimburgo	Nº	%
Sin riesgo para depresión post parto	40	72,7
Con riesgo para depresión post parto	15	27,3
Total	55	100

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

Tabla correspondiente al grafico VII.

Puérperas tardías según puntaje APGAR del recién nacido.

Puntaje APGAR	Nº	%
7 a 10	55	98,2
4 a 6	1	1,8
Total	56	100

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

** El total excede el tamaño de la muestra, pues hubo un parto gemelar.

Tabla correspondiente al grafico VIII.

Puérperas tardías según presencia de malformaciones en el recién nacido.

Presencia de malformaciones	Nº	%
Si	3	5,4
No	53	94,6
Total	56	100

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

** El total excede el tamaño de la muestra, pues hubo un parto gemelar.

Tabla correspondiente al grafico IX.

Puérperas tardías según paridad y sector de atención del parto.

Paridad \ Sector	Nº Sector Público		Nº Sector Privado		Total	%
	Nº	%	Nº	%		
Múltipara de 1	2	5,5	7	39	9	16,4
Múltipara de 2	9	24,3	8	44,4	17	30,9
Múltipara de 3 o más	26	70,2	3	16,6	29	52,7
Total	37	100	18	100	55	100

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

Tabla correspondiente al grafico X.

Puérperas tardías según resolución del parto y sector de atención.

Tipo de Parto Sector	Nº Sector Público		Nº Sector Privado		Total	%
	Nº	%	Nº	%		
Eutócico	20	54	5	27,7	25	45,5
Fórceps	1	2,8	-	-	1	1,8
Cesárea	16	43,2	13	72,3	29	52,7
Total	37	100	18	100	55	100

* Hospitales Carlos Van Buren, Gustavo Fricke y Clínica Reñaca. Enero 2009.

Anexo 6

Tabla de estado nutricional de las embarazadas en control, según edad, año 2007, en Chile.

Edad	Total población en control	Estado Nutricional							
		Obesidad		Sobrepeso		Normal		Bajo peso	
		En control	Tasa*	En control	Tasa*	En control	Tasa*	En control	Tasa*
Total	99.736	19.911	20,0	31.368	31,5	41.000	41,1	7.457	7,5
Menores de 15 años	990	45	4,5	216	21,8	564	57,0	165	16,7
15 - 19 años	22.272	2.091	9,4	5.468	24,6	11.632	52,2	3.081	13,8
20 - 34 años	64.290	13.952	21,7	20.945	32,6	25.483	39,6	3.910	6,1
35 y más años	12.184	3.823	31,4	4.739	38,9	3.321	27,3	301	2,5

Tasa = (En control/Total población en control) x 100

Anexo 7

Tabla de estado nutricional de las embarazadas en control, según edad, año 2007, en el Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio.

Edad	Total población en control	Estado Nutricional							
		Obesidad		Sobrepeso		Normal		Bajo peso	
		En control	Tasa*	En control	Tasa*	En control	Tasa*	En control	Tasa*
Total	3.105	524	16,9	882	28,4	1.450	46,7	249	8,0
Menores de 15 años	43	1	2,3	7	16,3	24	55,8	11	25,6
15 - 19 años	640	52	8,1	144	22,5	352	55,0	92	14,4
20 - 34 años	2.053	369	18,0	611	29,8	948	46,2	125	6,1
35 y más años	369	102	27,6	120	32,5	126	34,1	21	5,7

Tasa = (En control/Total población en control) x 100