

LA EDAD MATERNA DE ALTO RIESGO: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO CON MUJERES ADULTAS EMBARAZADAS

Teresa Hernández Flores¹

Enviado el 3 de mayo de 2025
Aprobado el 5 de julio de 2025

¹ Maestra en Administración de Hospitales por el Colegio Tecnológico de México. Actualmente labora como Licenciada en Enfermería y Obstetricia en el Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos, perteneciente al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Cuenta de correo tereflor729@gmail.com.

Resumen

El propósito del artículo es mostrar los resultados de una investigación de tipo descriptivo y transversal en torno a los factores que desencadenan embarazos de alto riesgo en mujeres adultas, entre 35 y 50 años de edad, pacientes de un hospital de tercer nivel de alta especialidad en la Ciudad de México. A partir de una metodología de corte cuantitativo, basada en la técnica de la encuesta, es posible afirmar que la mayoría de las mujeres en edad adulta no cuentan con la orientación de un profesional de la salud durante su embarazo, lo cual representa un panorama clave para comprender la muerte materna observada en dicha institución de salud.

Palabras clave: Edad materna; embarazo de alto riesgo; muerte materna; atención prenatal.

Abstract

The purpose of this article is to present the results of a descriptive, cross-sectional study on the factors that trigger high-risk pregnancies in adult women, between 35 and 50 years old, patients at a highly specialized tertiary care hospital in Mexico City. Using a quantitative, survey-based methodology, it is possible to conclude that the majority of adult women do not receive guidance from a healthcare professional during their pregnancies, which represents a key perspective for understanding the maternal mortality observed at this healthcare institution..

Keywords: Maternal age; high-risk pregnancy; maternal death; prenatal care.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) concibe un mundo en el que todas las embarazadas y recién nacidos reciben una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal. En el continuo de los servicios de atención de la salud reproductiva, la atención prenatal representa una plataforma para llevar a cabo importantes funciones de atención de la salud como la promoción de la salud, el cribado y el diagnóstico y la prevención de enfermedades.

Se ha constatado que, cuando se realizan en tiempo oportuno prácticas apropiadas basadas en datos objetivos, la atención prenatal puede salvar vidas. De modo significativo, la atención prenatal también ofrece la oportunidad de comunicarse con las mujeres, las familias y las comunidades y brindarles apoyo en un momento decisivo de la vida de una mujer, pero ¿qué ocurre en México?

Según la *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido*, publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF, 1995), al elaborar las recomendaciones sobre atención prenatal se ha puesto énfasis en la importancia de establecer una comunicación eficaz sobre cuestiones fisiológicas, biomédicas, de comportamiento y socioculturales y brindar un apoyo eficaz de tipo social, cultural, emocional y psicológico a las embarazadas de una manera respetuosa. Estas funciones de comunicación y apoyo de la atención prenatal son esenciales, no solo para salvar vidas, sino para mejorar la calidad de vida, incrementar la utilización de los servicios de atención de la salud y aumentar la calidad de la atención. Las experiencias positivas de las mujeres en el marco de la atención prenatal y el parto pueden sentar las bases para una maternidad saludable.

Hacia el año 2000, la OMS lanzó la iniciativa *Reducir los riesgos del embarazo* (OMS, 2000), esta propuesta para lograr una maternidad sin riesgo tiene una base conceptual en la *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud* (Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, 1986), la cual promueve la salud integral y luego fomenta la salud de la madre y el recién nacido. Cada año, quedan embarazadas cerca de 210 millones de mujeres, unos 30 millones sufren complicaciones y 51 mil 5000 de estas mujeres mueren; 3 millones corresponden a la muerte de un bebé que ocurre después de las 20 semanas de embarazo, ya sea en el útero o durante el parto, mientras unos 4 millones mueren en el primer año de vida y millones sufren alguna discapacidad (Åhman y Shah, 2011), bien se sabe que estas tragedias son evitables.

La iniciativa *Reducir los riesgos del embarazo* (OMS, 2000) respaldó la *Declaración Conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial* (OMS, 1999) sobre la reducción de la mortalidad materna. La base de esta iniciativa es la función activa de las mujeres, de los hombres, las familias, las comunidades y el desarrollo de sus capacidades para la salud, y, la elección de alternativas saludables

es esencial para lograr mejoras en la salud de la madre y el recién nacido, además de asegurar un entorno familiar y comunitario de apoyo. Alrededor de un 15% del total de mujeres embarazadas, manifiestan complicaciones potencialmente mortales que requieren de atención calificada y en algunos casos una intervención obstétrica importante para que sobrevivan (OMS, 1999).

En la Ciudad de México, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) se apega a la *NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida* (DOF, 2016), para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

A nivel federal, el artículo 4º de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2025) establece los derechos humanos de toda persona a la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. La *Ley General de Salud* (DOF, 1984) en su artículo tercero, fracción IV, define la atención materno-infantil como materia de salubridad general, y el artículo 61, del mismo ordenamiento jurídico, reconoce su carácter prioritario mediante acciones específicas para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, así como de la persona recién nacida y etapas posteriores, vigilando su crecimiento y desarrollo.

Por tanto, es fundamental la identificación de factores de riesgo, además de la capacidad de identificar clínicamente manifestaciones de la complicación de un embarazo de alto riesgo, que requiera un control especializado o una intervención sobre el mismo a fin de precautelar por la vida del binomio madre e hijo. La conducta clave es el evaluar adecuadamente para la derivación, esta puede presentarse en la primera consulta, la última o la única que pueda realizarse en la clínica, hospital de primero, segundo o tercer nivel.

Para el caso de la Ciudad de México, la cual es una gran ciudad donde los costos son muy elevados para sobrevivir, la investigación se centra en un hospital de tercer nivel de alta especialidad con atención a mujeres embarazadas de alto riesgo, es decir, mujeres que se embarazan fuera de la edad materna normal con enfermedades crónico-degenerativas. En este contexto, se ha observado un fenómeno recurrente: las mujeres de clase media no se encuentran informadas respecto a la atención que requieren como madres, así como la atención que requiere su bebé.

Ante dicho panorama, las preguntas que inspiraron a la presente investigación fueron:

- a) ¿Las mujeres entre 35 y 50 años de edad, fueron orientadas para embarazarse?
- b) ¿Qué porcentaje de mujeres se embarazó sin haber sido orientadas sobre las posibles complicaciones? y
- c) ¿Cuáles son las estrategias para proporcionar una orientación adecuada a mujeres entre 35 y 50 años de edad, para disminuir la muerte materna y las complicaciones en recién nacidos?

Metodología

La hipótesis que orientó el trabajo investigativo fue que, al parecer, la mayoría de las mujeres entre 35 y 50 años de edad se embarazan sin considerar las complicaciones que pueden tener. No obstante, no todas estas mujeres se embarazaron sin recibir orientación médica.

Para mostrar lo anterior, se partió de una perspectiva descriptiva y transversal apoyada por la técnica de la encuesta, cuyo objetivo general fue evaluar si las mujeres entre 35 y 50 años de edad fueron orientadas para embarazarse. Así, se diseñó un cuestionario que servirá como insumo para, posteriormente, proporcionar una orientación adecuada hacia las mujeres embarazadas en dicho periodo de edad, y así disminuir la muerte materna y las complicaciones en recién nacidos.

El instrumento tuvo como propósitos particulares:

- 1) Calcular que porcentaje de mujeres se embarazaron sin una orientación médica y
- 2) Esbozar las estrategias para proporcionar una orientación adecuada en mujeres entre 35 y 50 años de edad.

Los temas que se abordaron mediante 12 *ítems* en el instrumento fueron cuatro, a saber: a) La identificación geográfica, b) El conocimiento sobre qué es un embarazo de alto riesgo y c) La importancia sociocultural de tener hijos en una ciudad.

La muestra se definió a partir de los siguientes criterios de inclusión: 1) Ser mujer entre los 35 y 50 años de edad y 2) Estar embarazada. El tamaño de la muestra se definió en 20 mujeres, con un nivel de confianza de 95% y un margen de error del 5%.

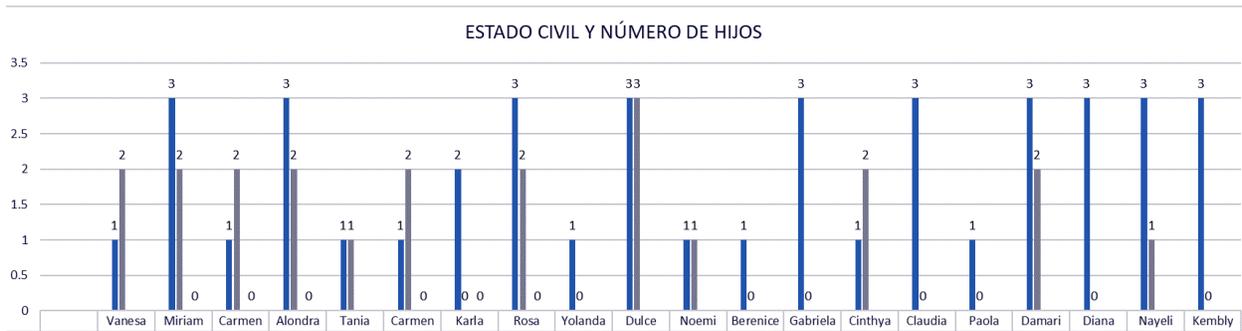
Resultados y discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos a través de la técnica de encuesta, pueden apreciarse cuatro factores asociados al periodo de 35 a 50 años de edad como un periodo de edad materna de alto riesgo: 1) Falta de práctica sobre métodos anticonceptivos, 2) Vida profesional femenina frente a la edad biológica para embarazarse, 3) Ausencia de seguimiento médico profesional durante el embarazo y 4) Complicaciones durante el embarazo. A continuación, se detallan los hallazgos logrados.

1) Falta de práctica sobre métodos anticonceptivos

La mayoría de las mujeres cuenta con uno o dos hijos (**Tabla 1**), sin embargo, la mayoría se embaraza por descuido, ya que no tienen la cultura de usar los métodos anticonceptivos que ofrece el sistema nacional de salud en nuestro país.

Tabla 1. Cantidad de hijos en mujeres de 35 a 50 años de edad.



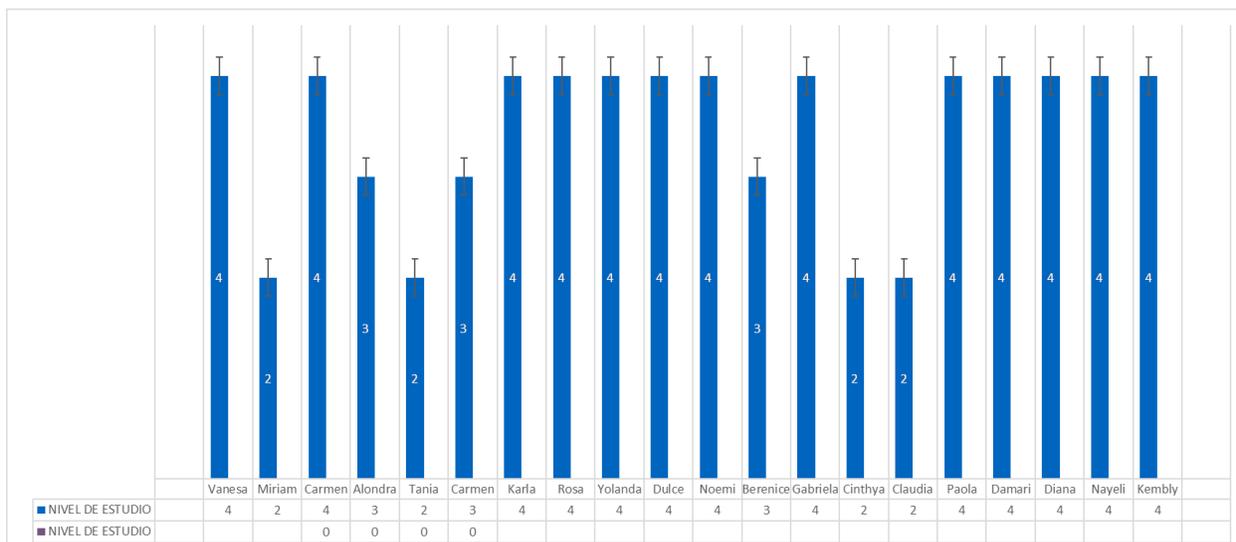
Nota. El color azul corresponde al rubro “estado civil”: Casada=1, Divorciada=2, Unión Libre=3.
El color gris corresponde al rubro “número de hijos”: Un Hijo=1, Dos Hijos=2, Ninguno=0.

Con base en la encuesta, la ilustración de esta gráfica nos muestra la cantidad de hijos en mujeres de 35 a 50 años de edad; según las guías de práctica clínica, ésta es una edad materna de alto riesgo, aun así las mujeres encuestadas no acudieron a un hospital o clínica particular o del sector público para solicitar un método anticonceptivo y, de ese modo, evitar un nuevo embarazo. Sin embargo, manifestaron no haber solicitado orientación con algún profesional de la salud para conocer porqué su embarazo es de alto riesgo; aun así, la ilusión de tener un nuevo bebé en la familia les llena de felicidad.

2) Vida profesional femenina frente a la edad biológica para embarazarse

La mayoría de las mujeres trabaja y cuenta con una profesión (Tabla 2), por lo que las participantes encuestadas dejaron pasar el tiempo para embarazarse.

Tabla 2. Nivel de estudios.



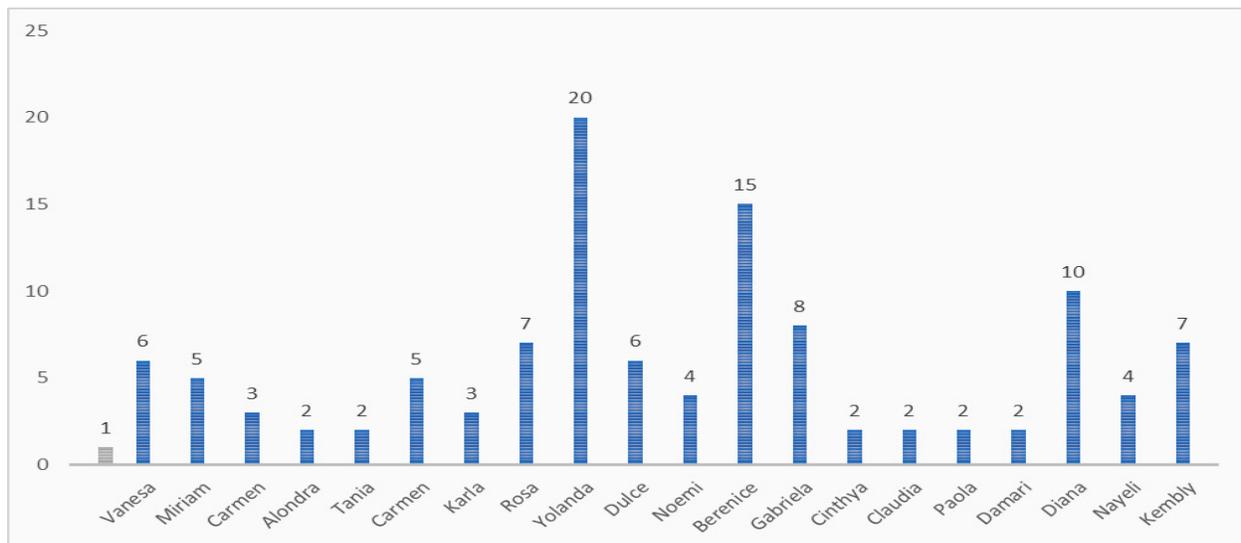
Nota: Los números corresponden a: Primaria=1, Secundaria=2, Bachillerato=3, Profesional=4.

Por medio de esta gráfica, se aprecia el grado de estudios con la población muestra, donde claramente se observa que las mujeres que se embarazan se encuentran en el índice más elevado de la gráfica, y son ellas quienes aparecen con grado profesional (el número 4), así como la curva más elevada, refiriéndose a las mujeres profesionistas; mientras, en el índice más bajo, se muestran mujeres que sólo cuentan con un nivel de estudio de primaria, las cuales son relativamente pocas.

3) Ausencia de seguimiento médico profesional durante el embarazo

La mayoría de las mujeres encuestadas no tiene la orientación adecuada de un profesional de la salud (Tabla 3).

Tabla 3. Número de consultas declaradas por las mujeres encuestadas.



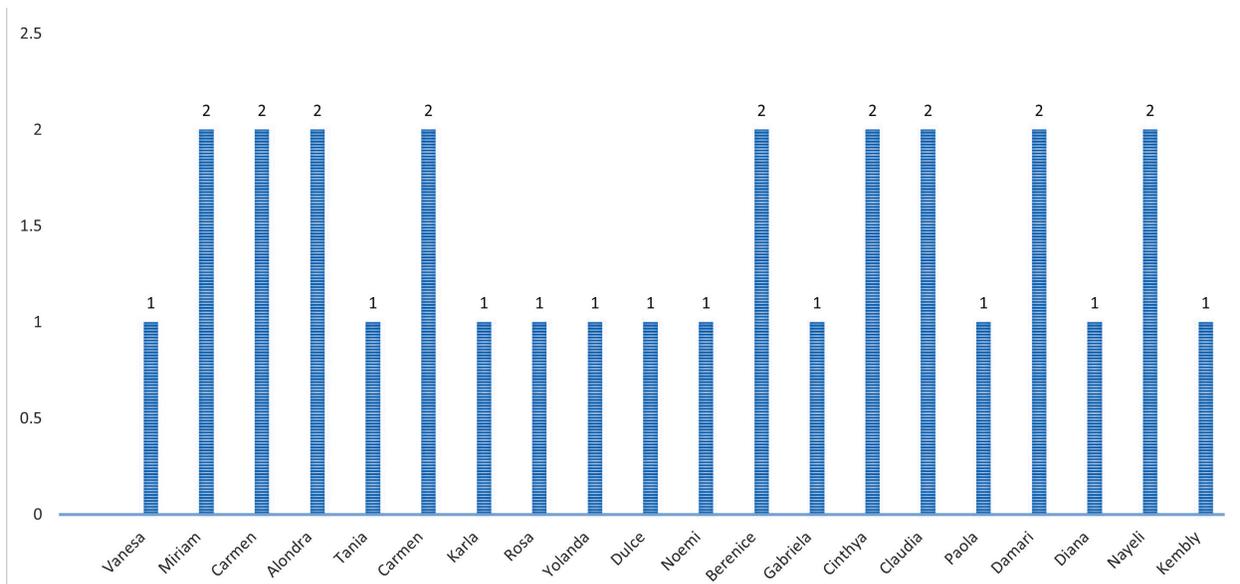
Nota: Las cifras corresponden a la cantidad real de consultas declaradas por las pacientes.

A través de la encuesta, los resultados arrojaron una gráfica con un índice irregular donde las mujeres embarazadas —aun con el conocimiento que son diabéticas gestacionales, con hipotiroidismo subclínico, sobrepeso e hipertensas con un índice de alto de riesgo de preeclampsia— no son constantes en acudir a la cita de consulta de medicina materno fetal ni tampoco se apegan a las indicaciones o a los tratamientos médicos. El no acudir a consulta es una de las causas que origina la muerte materna.

4) Complicaciones durante el embarazo

Algunas mujeres sí fueron orientadas (Tabla 4) e incluso su embarazo fue realizado por inseminación artificial, dando como resultados embarazos gemelares. Sin embargo, no dejaron de tener complicaciones.

Tabla 4. Orientación recibida antes del embarazo.



Nota: Las cifras corresponden a la cantidad real de consultas declaradas por las pacientes.

Como podemos observar en la gráfica, los resultados de la encuesta aplicada muestran que sí hay mujeres que se preocuparon por ser orientadas para embarazarse, pues tenían hijos. Así mismo, se aprecia cómo dichas pacientes llevaron una adecuada vigilancia y control de su embarazo para disminuir complicaciones, aunque, en realidad, no representan la mayoría. Quienes tuvieron atención médica previa se reflejan en la curva más elevada, pero su índice disminuyó, ya que su embarazo fue *in vitro*, a través de clínicas privadas donde pagaron costos muy elevados y no les alcanzó el recurso económico para continuar el control del embarazo. Por ello, para el nacimiento del bebé, terminaron atendándose en el ISSSTE.

Conclusiones

Por medio de la recopilación de datos logrados con una pequeña población muestra de la Ciudad de México (CDMX), es posible afirmar que el equipo multidisciplinario integrado por personal de trabajo social, médicos y enfermeras quienes laboramos en los sistemas de salud de toda la república mexicana, así como en todo el sector de los sistemas de salud, adolecemos de estrategias para lograr un mejor acercamiento a las mujeres embarazadas o que buscan estarlo. Nuestro personal requiere capacitación para brindar confianza, apoyo y orientación prenatal, para así poder llevar un control y seguimiento en las mujeres de 35 a 50 años de edad.

Por los resultados logrados, resalta la necesidad de concientizar a las mujeres sobre por qué su edad se considera de alto riesgo para embarazarse, ya que una de las complicaciones graves que pueden tener es una potencial preeclampsia (Benites-Cóndor *et al.*, 2011), debido al mal control de la hipertensión arterial (Magee *et al.*, 2014). Esta complicación continúa siendo una

de las principales causas de morbilidad materna en México y el mundo, según el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS 2017). Asimismo, gracias a este breve estudio es posible dar cuenta de los factores de riesgo que se encuentran vinculados con dicha patología como son: sedentarismo, obesidad, síndrome metabólico e hipercolesterolemia, según la American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2020).

En México, el diagnóstico tardío en las pacientes es más complicado de controlar por la falta de interés que hay en la misma población. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019) señala que el tamizaje con ultrasonido, efectuado durante la semana 11 a 13 de gestación, permite proporcionar a las pacientes el tratamiento adecuado y oportuno para disminuir complicaciones. Por ello, establecer este estudio como rutinario en la consulta, mantener un acercamiento más estrecho de orientación e información con las pacientes obstétricas en México nos ayudaría a disminuir la tasa en la mortalidad materna y fetal.

Con base en lo anterior, para el personal médico y de enfermería resulta de suma importancia estandarizar y apegarse a las guías de práctica clínica mexicanas, así como en lo prescrito por las guías internacionales para el seguimiento de las pacientes, incluyendo nuevas opciones de diagnóstico y tamizaje, con métodos de ultrasonido y bioquímicos, además de proporcionar una vigilancia estrecha de las pacientes y establecer un manejo médico y farmacológico acorde a las últimas recomendaciones. Lo anterior permitiría estandarizar estas buenas praxis médicas, por lo cual es importante continuar capacitándonos y actualizándonos mientras permanecemos ejerciendo una profesión en los servicios de salud en pro de la sociedad.

Referencias

- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists]. (2020). Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology*, 135(6), 1-17. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003891.
- Åhman, E., y Shah, I. H. (2011). *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. Organización Mundial de la Salud. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44529/9789241501118_eng.pdf
- Benites-Cóndor, Y., Bazán-Ruiz, S. y Valladares-Garrido, D. (2011). Factores asociados al desarrollo de preeclampsia en un hospital de Piura, Perú. *CIMEL, Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana*, 16(2), 77-82. <https://www.redalyc.org/pdf/717/71723601003.pdf>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2025). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y Asociación Canadiense de Salud Pública. <https://www.uv.mx/cendhiu/files/2016/01/2-LECTURA-PROMOCION-DE-LA-SALUD.pdf>
- DOF [Diario Oficial de la Federación] (1984). *Ley General de Salud*. Gobierno de México. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#gsc.tab=0
- DOF [Diario Oficial de la Federación] (1995). *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido*. Gobierno de México. <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-007-SSA2-2016%20Embarazo,%20parto%20y%20puerperio.pdf>
- DOF [Diario Oficial de la Federación] (2016). *NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. Gobierno de México. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0
- Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] (2017). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención. *CENETEC*, 1-90.
- Magee L.A., Pels A, Helewa M., Rey E, y Dadelszen P. (2014). Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy Working Group. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. *J Obstet Gynaecol Can*, 36(5), 416-41. DOI: 10.1016/s1701-2163(15)30588-0

- OMS [Organización Mundial de la Salud] (1999). *Reducción de la mortalidad materna: declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial*. Iris, Repositorio institucional para compartir información. <https://iris.who.int/handle/10665/42224>
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2000). *Reducir los riesgos del embarazo Informe de la Secretaría*. Consejo Ejecutivo. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB107/se26.pdf
- OMS. (2014). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y eclampsia. WHO Reproductive health, 4-48.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2019). *Día de Concientización sobre la Preeclampsia*. OPS. <https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia>