

Hospital Ginecoobstétrico "Julio Alfonso Medina", Matanzas

RESULTADOS PERINATALES Y MATERNOS DE LOS EMBARAZOS EN EDAD MADURA

Dr. Jesús Hernández Cabrera,¹ Dr. Lázaro García León,² Dra. Danilec Hernández Hernández,³ Dra. Silvia Rendón García,³ Dr. Bárbaro Dávila Albuerne³ y MSc. Roberto Suárez Ojeda⁴

RESUMEN: Se ha observado que el embarazo después de 35 años es bastante común en nuestra sociedad y por la asistencia obstétrica especializada se ha logrado el feliz término de los mismos, a pesar de los factores de riesgo asociados. Se realizó un estudio en el Hospital ginecoobstétrico de Matanzas, durante el año 1999, de todas las parturientas con esta condición (171) que representaron el 5,2 % de 3 292 nacimientos. Se recogieron los datos en un libro registro y en forma de variables, se procesaron en una computadora IBM de la Universidad de Matanzas, mediante el sistema MICROSTAT para el hallazgo de porcentaje y la media como medida de tendencia de dispersión con sus desviaciones mínimas y máximas y la prueba del X^2 donde $\alpha \leq 0,05$. Se demostró que la edad madura (de 35 en adelante) no influyó en los indicadores de mortalidad perinatal, sin embargo, la única muerte materna recayó en ese grupo.

DeCS: COMPLICACIONES DEL EMBARAZO; EDAD MATERNA IGUAL O SUPERIOR A 35 AÑOS; FACTORES DE RIESGO; MORTALIDAD MATERNA; MORTALIDAD INFANTIL; INDICADORES DE MORBIMORTALIDAD.

Para la literatura universal, el embarazo en mujeres mayores de 35 años trae aparejadas complicaciones para el binomio materno-fetal, se considera de alto riesgo obstétrico (ARO) y, al igual que las de 19 años, se han clasificado como grupo de riesgo de la edad extrema de la vida.¹⁻¹⁴

La maternidad tardía está asociada a complicaciones, generalmente por las alteraciones crónicas preexistentes^{1,8,12-17} que inevitablemente aparecen con la edad, las cuales en su mayoría son identificadas y tratadas mediante una correcta atención prenatal.^{5,6-10,13-17}

¹ Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor.

² Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Asistente.

³ Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia.

⁴ Master en Ciencias. Profesor de Matemática. Asesor Estadístico.

En nuestro trabajo diario encontramos gestantes que sobrepasan los 35 años, en quienes aparecen afecciones médicas dependientes o no de la gestación, lo cual nos motivó a realizar el presente estudio, para conocer su frecuencia e identificar su comportamiento en algunos indicadores perinatales y maternos.

Métodos

El estudio se realizó en el hospital ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina", durante el año 1999, a toda paciente que parió con más de 35 años.

De 3 292 partos, 171 fueron de mujeres mayores de esa edad y conformaron la muestra, para una incidencia de 5,2 %. Se organizó una base de datos que se fueron estudiando en forma de variables. Se utilizó una computadora IBM de la Universidad de Matanzas y mediante las bondades del SISTEMA MICROSTAT se empleó el método de porcentaje y la media como medida de tendencia central de dispersión con su desviación mínima y máxima y la prueba paramétrica del X^2 donde $\alpha \leq 0,05$.

Resultados

En la tabla 1 mostramos el comportamiento de los diferentes grupos etáreos; el de 35 y más representó el 5,2 % del total de la casuística.

TABLA 1. Grupos etáreos de las pacientes que parieron en el año 1999

Grupos etáreos (años)	No.	(%)
Hasta 19	389	(11,8)
20-34	2 732	(82,9)
35 y más	171	(5,2)
Total	3 292	(100)

Fuente: Departamento de Archivo y Estadísticas.

Al estudiar, en la tabla 2, las principales entidades nosológicas, dependientes o no de la gestación, encontramos que de las 171 pacientes, 99 no tenían ninguna afección y las 72 restantes, sí. Las alteraciones más significativas fueron: la rotura prematura de membrana, la hipertensión y el embarazo prolongado.

TABLA 2. Entidades nosológicas encontradas en las embarazadas mayores de 35 años, dependientes o no de la gestación

Entidades nosológicas	No.	(%)
No	99	(57,9)
Sí	72	(42,1)
Rotura prematura de membrana	26	(36,1)
Hipertensión	17	(23,6)
Preeclampsia leve	1	
Preeclampsia grave	3	
Crónicas II	10	
Tipo III	3	
Embarazo prolongado	11	(15,2)
Gestorragias	4	(5,5)
Placenta previa	3	
Abrupto placentae	1	
Crecimiento intrauterino retardado	3	(4,1)
Oligohidramnios	3	(4,1)
Diabetes mellitus	2	(2,7)
Gemelares	2	(2,7)
Mioma uterino	1	(1,3)
Desnutrición	1	(1,3)
Plastia vaginal previa	1	(1,3)
Asma	1	(1,3)

n= 171.

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla 3 estudiamos el peso (en gramos) con sus diferentes mínimas y máximas y observamos que sólo 7 (4 %) tuvieron recién nacidos con bajo peso.

Observamos sus desviaciones mínimas, máximas y medias y vemos que fue significativa la presencia de fetos en el grupo de 2 500 - 4 200 g.

En la tabla 4 exponemos el comportamiento, en semanas gestacionales, de los 3 grupos que hicimos; sólo el 5,7 % correspondió al grupo de 28 a 36,6 sem, la mayoría de los partos fueron productos de una gestación a término, 152 (87,9 %).

En la tabla 5 aparece la incidencia del embarazo en edad madura en los principales indicadores de morbilidad y mortalidad perinatal y materna del Centro, en el año estudiado.

Al aplicar el X^2 se infiere que, de una forma global, el embarazo en edad madura no influyó negativamente en los principales indicadores del Centro.

TABLA 3. Comportamiento del peso en neonatos de madres mayores de 35 años

Peso (en gramos)	No.	(%)	DE		X
			Mín	Máx	
Hasta 2 499	7	(4,0)	980	2 320	1 807,1
2 500-4 200	159	(91,9)	2 500	4 200	3 286,9
4 201 y más	7	(4,0)	4 230	4 900	4 465,7

n= 173 nacimientos.

Fuente: Historias clínicas.

TABLA 4. Comportamiento del tiempo gestacional en las mujeres mayores de 35 años

Tiempo gestacional (en semanas)	No.	(%)	DE		X
			Mín	Máx	
28 a 36,6	10	(5,7)	28	36,6	34,2
37 a 42	152	(87,9)	37	42	39,5
42,1 y más	11	(6,3)	42,1	43	42,3

n= 173 nacimientos.

Fuente: Historias clínicas.

TABLA 5. Indicadores importantes de la morbilidad y la mortalidad perinatal y materna

Indicadores	En edades hasta 34 años		35 años y más		No.	(%)
	Ocurrencia total	No.	(%)	No.		
Nacimientos	3 292	3 119	(94,7)	173	(5,3)	
Cesáreas primitivas	424	389	(91,7)	35	(8,3)	
Cesáreas íteradas	240	222	(92,5)	18	(7,5)	
Partos instrumentados	192	187	(97,4)	5	(2,6)	
Bajo peso	219	212	(96,8)	7	(3,2)	
Apgar bajo	89	86	(96,6)	3	(3,4)	
Muertes fetales	44	40	(90,9)	4	(9,1)	
Muertes neonatales	8	7	(87,5)	1	(12,5)	
Muertes perinatales	52	47	(90,4)	5	(9,6)	
Nacimientos gemelares	23	21	(91,3)	2	(8,7)	
Rotura prematura de membrana	277	251	(90,6)	26	(9,4)	
Hipertensión	482	465	(96,5)	17	(3,5)	
Diabetes	55	53	(96,4)	2	(3,6)	
Embarazos prolongados	238	227	(95,4)	11	(4,6)	
Histerectomías obstétricas	21	18	(85,7)	3	(14,3)	
Muerte materna	1	0	(0,0)	1	(100,0)	

X= 1,38.

Fuente: Anuario del Departamento de Archivo y Estadísticas.

Discusión

De 3 292 nacimientos, 171 ocurrieron en mujeres mayores de 35 años, para 5,2 % del total de las paridas del Centro, esta cifra concuerda con la de algunos autores revisados.^{1,5,6,14}

Al estudiar las principales entidades, dependientes o no de la gestación, encontramos que 99 (57,9 %) no presentaron afecciones y el resto (42,1 %) sí las presentó, las más significativas fueron: 26 casos con rotura prematura de membrana, 117 con hipertensión arterial (a predominio de las crónicas) y 11 embarazos prolongados.

Esto se comporta según lo reportado en la bibliografía consultada donde se expone que muchas enfermedades crónicas tienden a agravarse con la edad^{2,5-8,14} y que también pueden aparecer gestorragias. También se destaca que se ha encontrado disminución del embarazo prolongado en este grupo.^{5-7,9,14}

El indicador, bajo peso al nacer, no fue significativo, esto no concuerda con lo planteado por los autores revisados sobre la predisposición al CIUR y al bajo peso, principalmente por la sumatoria de entidades vasculares crónicas.^{1,8,12-17}

Algunos autores destacan también la tendencia a la macrosomía, pero en nuestro estudio esta no tuvo significación.^{2,3,14}

El tiempo gestacional en semanas no se corresponde con lo planteado por algunos autores que destacan la incidencia de embarazos pretérminos.^{1,2,5,6,9,13-17}

Cuando estudiamos los principales indicadores perinatales y su relación con el embarazo en edad madura, observamos que el indicador de cesárea primitiva se presentó en el 8,2 % de los casos. Muchos autores plantean que el incremento de este indicador, tanto en nulíparas como en multíparas, se debe a la presencia de afec-

ciones obstétricas,^{2,3,5,6,14,16,17} y otras veces, a la excesiva preocupación por el resultado final de la gestación, tanto del médico como de la paciente^{2,3,5,6,14,16} así como en los casos que se presenta la macrosomía por temor a la distocia de hombro.^{2,5} Otros autores no han encontrado elevado el indicador de cesárea primitiva en este grupo.^{11,12,16-18} El parto instrumentado no tuvo significación estadística.

La mortalidad y el Apgar bajo, así como el bajo peso al nacer, no tuvo significación estadística, lo cual no concuerda con la literatura revisada.^{4,5,6,9,13-16}

La mortalidad perinatal se presentó en un neonato (con 980 g) para el 12,5 %; y en 4 fetos para el 9 %, sin relación con malformaciones congénitas.

Cuando estudiamos el libro registro de las malformaciones congénitas que sigue el Departamento de Genética, nos encontramos que durante 1999 se produjeron 58 defunciones de fetos con menos de 1 000 g, del grupo de menos de 500 g (21 casos), sólo 4 correspondieron a mujeres mayores de 35 años para el 19,0 % del total de pacientes y las malformaciones fueron: 2 casos de hidrocefalia, 1 polimalformación renal y 1 cromosopatía; en el grupo de 501 a 999 g: 1 caso con ascitis y fascie mongoloide correspondiente a una paciente de más de 35 años para el 2,7 % de los casos. Esto se comporta como en otros estudios realizados en el país que demuestran menor incidencia de malformaciones congénitas en este grupo etáreo de riesgo, sobre todo el síndrome de Down^{11,12,14,17,19} mientras que otros autores sí han encontrado malformaciones congénitas.^{5,6,14,15-20}

Las entidades de la clínica obstétrica más comunes, halladas en este estudio, coinciden con las de la bibliografía revisada.

En lo referente a la morbilidad y la mortalidad materna, después del indicador cesárea, nos encontramos a la histerectomía

obstétrica 3 (14,2 %) casos, de 21 en total. La única muerte materna ocurrida recayó en este grupo. La bibliografía consultada señala la alta incidencia de muerte materna a medida que pasan de los 35 años, con enfermedades preexistentes y destacan que es hasta 4 veces mayor que en el grupo de 20-24 años^{1,8,12-17} así como terreno para todo tipo de morbilidad materna.

Los embarazos después de 35 años en nuestra sociedad son cada vez más frecuen-

tes y el respaldo de una asistencia obstétrica especializada ha permitido que a pesar del riesgo de la edad, se alcancen resultados exitosos en la mayoría de esas mujeres.

Una vez embarazada se deben evaluar de forma realista los riesgos (como factor probabilístico) de esa gestación y, una vez aceptado el embarazo, no se debe temer a la maternidad demandada, ni mucho menos atormentarlas por su condición de constituir un alto riesgo obstétrico.

SUMMARY: It has been observed that pregnancy at over 35 years is pretty common in our society and thanks to the specialized obstetric care, it has been possible to attain positive pregnancy outcomes despite the associated risk factors. A study of all the parturient women aged over 35 years(171),accounting for 5.2% of 3 292 childbirths, was carried out in the gynecological and obstetric hospital in Matanzas. Data were recorded in a registry book and they were processed as variables in an IBM computer from the University of Matanzas, using the MICROSTAT system to estimate the percentage, the mean as a measure of dispersion tendency with its minimum and maximum biases and the X^2 test where $\alpha \leq 0.05$. It was demonstrated that the older age (35 years and over) does not affect the perinatal mortality rates; however, the only maternal death occurred in this age group.

Subject headings: PREGNANCY COMPLICATIONS; MATERNAL AGE 35 AND OVER; RISK FACTORS; MATERNAL MORTALITY; INFANT MORTALITY, INDICATORS OF MORBIDITY AND MORTALITY.

Referencias bibliográficas

1. Hansen JP. Older maternal age and pregnancy outcome: a review of the literature. *Obstet Gynecol Sur* 1986;41:726.
2. Lehmann DK, Crism J. Pregnancy outcome in medically complicated and uncomplicated patients aged 40 years or older. *Am J Obst Gynecol* 1987;157-738.
3. Bulhler JW, Kaunitz AM, Hogue C Jr, Hughes JM, Smith JC, Rochar RW. Maternal mortality in women aged 35 years or older. *United States. JAMA* 1986;253:55.
4. Berkowitz GS, Shownon ML, Lapinski RH, Berkowitz RL. Delayed childbearing and the outcome pregnancy. *N Engl J Med* 1990;322:659.
5. Cunningham FG, Leve KJ. Childbearing among older women, the message is cautiously optimistic. *New Engl J Med* 1995;333:1002.
6. Prysak M, Lorenz RP, Kysli A. Pregnancy outcome in multiparas women 35 years old and older. *Obstet Gynecol* 1995;85:65.
7. Dildy GA, Jackson GM, Towers GK, Oshin BT, Warner NW, Clark ST. Very advanced maternal age pregnancy after 45 years. *Am J Obst Gynecol* 1996;85:65.
8. Bobrowski RA, Baltons SF. Underappreciated risks of elderly multipara. *Am J Obst Gynecol* 1997;172:1764.
9. Edge V, Laros RK. Pregnancy outcome in nuliparaus women age 35 on older. *Am J Obstet Gynecol* 1995;168:1881.
10. Riesgo obstétrico. En: *Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1997:135-42.
11. Campa Cruz M, Martínez Camejo J, Russell González A, Acosta Vidal Z. Algunos factores de riesgo de la mortalidad infantil en un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1995;11(2):121.

12. Lugones Boitell M, Córdova Armengol M de, Quintana Riverón T. Análisis del bajo peso al nacer en la atención primaria. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1995;11(4):332-6.
13. Medina L, Moronta A. Mortalidad neonatal en la maternidad Concepción Palacios durante el año 1990. *Gac Caracas* 1994;102(1):57-65.
14. Zigelbaum I, Sánchez Rivero M. Primigesta añosa. *Asistencia Obstétrica Venezuela* 1994;54(1):1-16.
15. Vargas Catalán N, Cerca J. Mortalidad infantil y neonatal en Chile entre 1985-1990. *Rev Chile Pediatr* 1993;64(1):45-9.
16. Puffer R. La planificación familiar y la mortalidad materna e infantil en los EUA. *Bol Of Sanit Panam* 1993;115(5):389-404.
17. Díaz Alonso G, González Docal D, Román Fernández L, Cueto Guerrero T. Factores de riesgo del bajo peso al nacer. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1995;11(3):224-31.
18. Brito Méndez E, Vargas Vázquez MA, Espinosa Torres A, Guerra Verdecia C. Aspectos relevantes en las cesáreas primitivas. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1993;19(1):3-10.
19. Oteiza Ferrero M, Alonso Lotte T, Cendor Menez I, Roca Ortiz J, Pérez Valle A, Estévez Lloret M. Tendencias del síndrome de Down en Cuba, su relación con edad materna y tasa de fecundidad. *Rev Cubana Pediatr* 1998;70(3):141-7.
20. León López R, Gallegos Machado B, Estévez Rodríguez E, Rodríguez García S. Mortalidad infantil. Análisis de un decenio. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998;14(6):606-10.

Recibido: 6 de septiembre de 2001. Aprobado: 2 de octubre de 2001.

Dr. *Jesús Hernández Cabrera*. Hospital ginecoobstétrico "Julio Alfonso Medina", Matanzas, Cuba.