

EVALUACION DE RESULTADOS DEL EMBARAZO EN PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS

Dr. Rubén Almada

Dr. Ricardo Illia

Dra. Ana I. de Diego

Dra. María S. Agüero

Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

Introducción

Por razones sociales y fundamentalmente profesionales, es un hecho cada vez más frecuente que la mujer postergue su maternidad.

Sabemos que a mayor edad materna, mayor es la probabilidad de que la embarazada manifieste enfermedades subyacentes o que sea más proclive a adquirir ciertos trastornos como Diabetes, Hipertensión Arterial, Cardiopatías, Miomatosis Uterina, Hemorragia, Neoplasias, etc.⁽¹⁻²⁻³⁻⁴⁻⁵⁾ También es mayor la probabilidad de muerte materna asociada al embarazo por accidentes tromboembólicos, embolia de líquido amniótico, accidentes, anestésicos y hemorrágicos.⁽⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹⁻¹⁰⁾ Debido a estos hechos y a que recientemente asistimos al advenimiento por medio de técnicas de fertilización de embarazos en pacientes añosas, es que hemos decidido analizar los resultados del embarazo en pacientes añosas atendidas en nuestro Servicio.

Objetivo

Analizar los resultados del embarazo y parto en una muestra de embarazadas añosas y comparar esos resultados con los de una muestra de embarazadas jóvenes.

Material y Métodos

a) Población

- grupo de estudio (GE) (n= 129): embarazadas con edad al parto \geq 40 años que cursaron su gestación durante el período 1992-1993.

- grupo control (GC) (n= 110): se definió como el parto subsiguiente al de un caso en estudio en edad gestacional \geq 20 semanas y edad al parto $<$ 40 años.

Todos los casos del GE y GC fueron asistidos en el Servicio de Obstetricia y Guardia del Hospital Municipal Materno Infantil Ramón Sardá.

b) Diseño:

Descriptivo observacional tipo caso-control (retrospectivo).

c) Fuente de los datos:

Historia clínica.

d) Variables:

Paridad, gestas previas, forma de terminación del embarazo, PN, patologías obstétricas y Apgar al 1º y 5º minuto.

e) Operacionalización

Indicadores (BP \pm $<$ 2500 g; AP $>$ 4000 g y RNT) y Peso adecuado (entre ambos valores).

f) Análisis estadístico

Para demostrar la asociación se utilizó la prueba de Chi² y el test de Fisher cuando correspondiera, y comparación entre proporciones.

Resultados

La *Tabla 1* muestra los datos correspondientes al análisis de la paridad. Como podía preverse, predo-

mina la nuliparidad en el GC y la multiparidad en el GE (Chi²: 41.9; P < 0.0001).

Tabla 1: Paridad según edad materna.

	Edad ≥ 40 años		Edad > 40 años		Total
	N	(%)	N	(%)	
Paridad 0	9	(7,0)	48	(43,6)	57
Paridad ≥ 1	120	(93,0)	62	(56,4)	182
TOTAL	129	(100,0)	110	(100,0)	239

Chi²: 41,9; p < 0,0001

La *Tabla 2* analiza la frecuencia de embarazos previos. Las diferencias son clínica y estadísticamente significativas.

Tabla 2: Gestaciones anteriores según edad materna.

	Edad ≥ 40 años		Edad < 40 años		Total
	N	(%)	N	(%)	
Gesta 0	3	(2,3)	41	(37,3)	44
Gesta ≥ 1	126	(97,7)	69	(62,7)	195
TOTAL	129	(100,0)	110	(100,0)	239

Chi²: 46,0; p < 0,0001

En cuanto a la forma de finalización del embarazo (*Tabla 3*) observamos una tendencia a mayor número de cesáreas en el GE, 33.3% vs. 20% en el GC (Chi²: 4.68; P < 0.031).

Tabla 3: Forma de terminación del embarazo según edad materna.

	Edad ≥ 40 años		Edad < 40 años		Total
	N	(%)	N	(%)	
Vaginal	86	(66,7)	88	(80,0)	174
Cesárea	43	(33,3)	22	(20,0)	65
TOTAL	129	(100,0)	110	(100,0)	239

Chi²: 4,68; p < 0,031

La *Tabla 4* muestra que la incidencia de recién nacido de bajo peso como de alto peso fue mayor en el GE sin alcanzar una cifra estadísticamente significativa.

Tabla 4: PN según edad materna.

	Edad ≥ 40 años		Edad < 40 años		P
	N	(%)	N	(%)	
Bajo peso	18	(14,0)	4	(3,63)	< 0,012*
Alto peso	14	(10,8)	3	(2,72)	< 0,030*
Peso adecuado	97	(75,2)	103	(93,6)	< 0,0001*
TOTAL	129	(100,0)	110	(100,0)	

Chi²: 14,79; p= 0,00061

* En todo los casos: diferencia entre %

El análisis de las patologías maternas asociadas (Tabla 5) permite apreciar que las diferencias obtenidas en las incidencias de recién nacido pretérmino, hipertensión gestacional, diabetes pregestacional y gestacional y presencia de líquido amniótico meconial en el GE son significativas. También es significativamente menor el número de pacientes sin patologías en el GE que en el GC (30.2% vs. 53.6% respectivamente; p < 0.0001).

Tabla 5: Patologías asociadas según edad materna.

	Edad ≥ 40 años		Edad < 40 años		P *
	N	(%)	N	(%)	
RPM	27	(20,9)	18	(16,4)	0,462 NS
APP	7	(5,43)	6	(5,45)	0,904 NS
Nac. Preterm.	21	(16,28)	7	(6,36)	< 0,03
HTA	40	(31,0)	10	(9,09)	< 0,0001
ECP	10	(7,75)	8	(7,27)	0,916 NS
DBT	32	(24,8)	4	(3,63)	< 0,0001
Oligoamnios	6	(4,65)	1	(0,90)	0,184 NS
FM	4	(3,10)	1	(0,90)	0,464 NS
Meconial	20	(15,5)	6	(5,45)	< 0,025
Otras	36	(27,0)	16	(14,5)	< 0,02
Sin patología	39	(30,2)	59	(53,6)	< 0,0001

* En todo los casos: diferencia entre %

RPM= Rotura prolongada de membranas

APP= Amenaza de parto pretérmino

HTA= Hipertensión arterial

ECP= Embarazo cronológicamente prolongado

DBT= Diabetes

FM= Feto muerto

Las diferencias observadas en las cifras del puntaje de Apgar al primero y quinto minuto son significativas.

Tabla 6: APGAR primer minuto.

	Edad ≥ 40 años		Edad < 40 años	
	N	(%)	N	(%)
- 3	5	(3,97)	1	(0,90)
4-6	8	(6,35)	2	(1,80)
≥ 7	113	(89,7)	108	(97,3)
TOTAL	126	(100,0)	111	(100,0)

Chi²: 5.45; p= 0.065 (NS)

Tabla 7: APGAR quinto minuto según edad materna.

	Edad ≥ 40 años		Edad < 40 años	
	N	(%)	N	(%)
< 6	2	(1,59)	0	(-)
≥ 7	126	(100,0)	111	(100)
TOTAL	126	(100,0)	111	(100)

Test de Fisher (p)= 0,500 (NS)

Discusión

El estudio permitió observar que las pacientes de 40 o más años tuvieron mayor riesgo de ser intervenidas quirúrgicamente ($P < 0.031$), una tendencia a mayor frecuencia de recién nacido de bajo peso y de alto peso, aunque sin significación estadística y una frecuencia estadísticamente mayor de recién nacido de pretérmino, hipertensión arterial, diabetes y líquido amniótico meconial.

La incidencia de oligoamnios y feto muerto en embarazada con edad ≥ 40 años fue clínicamente destacable, aunque sin nivel estadístico, probablemente por el pequeño tamaño muestral.

Como contraparte en el GC el 53.6% de los casos no tuvo ninguna patología asociada.

Este estudio no incluyó información sobre muertes maternas o accidentes obstétricos graves (embolia de líquido amniótico, tromboembolismo pulmonar, etc.), ya que por una cuestión referente al sistema sanitario al que pertenece nuestro hospital, estas pacientes fueron derivadas a centro de mayor complejidad. No obstante ello, podemos observar mayor morbilidad asociada al embarazo en pacientes añosas.

Conclusiones

Creemos en el derecho a procrear libremente, pero también creemos en el derecho de la paciente a conocer con claridad que se expone a mayores riesgos tanto maternos como fetales. También sostenemos que es una situación diferente el enfrentar los riesgos de un embarazo en esta edad, producto de la espontaneidad de la vida en pareja, a cuando debemos enfrentarlos como consecuencia de una técnica de fertilización. En este último caso, la futura madre debe evaluar lo maravilloso del proyecto a iniciar y los riesgos a los que se enfrenta.

Bibliografía

1. Langer O, Langer N. Diabetes in women older than 40 years of age: social and medical aspects. Clin Obstet Gynecol 1993; 20 (2): 299.

2. O'Reilly C, Cohen G, Cohen W. Pregnancy in women aged 40 and older. *Clin Obstet Gynecol* 1993; 20 (2): 313.
3. García C. Management of the symptomatic fibroid in women older 40 years of age: Hysterectomy or myomectomy. *Clin Obstet Gynecol* 1993; 20 (2): 337.
4. Ronowicz C, Goldberg G, Smith H. Cancer screening for women older than 40 years of age. *Clin Obstet Gynecol* 1993; 20 (2): 391.
5. Lee V, Laros R. Pregnancy outcome in multiparous women aged 35 or older. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 1881-5.
6. Syverson C, Chaukin W, Atrash H et al. Pregnancy related mortality in the New York City. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164: 603-8.
7. Atrash H, Koonin L, Lawson H. Maternal Mortality in the United States 1979-1986. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 1055.
8. Dorfman S. Maternal Mortality in New York City 1981-1983. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 317.
9. Sibb D. Confidential enquiry into maternal death. *Br J Obstet Gynecol* 1990; 97: 97-101.
10. Golding J, Ashley D, Mc Caw A et al. Maternal Mortality in Jamaica. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1989; 68: 581-7.