

RIESGO MATERNO - PERINATAL EN GESTANTES DE 35 AÑOS Y MAS

Dr. Patricio Silva R. ()
Sres. Hernán Montenegro V.M., Jaime Prado A., Fernando González F., Alberto Laporte M., Pablo Larenas N, Jorge León C. (**)*

Cuad. Méd. - Soc., XXVII, 4; 137 - 143. 1986

ABSTRACT: A retrospective study on mothers aged 35 years and more showed an increased maternal and perinatal risk for both groups.

Key Words: MATERNAL AND PERINATAL CARE, PREMATUREITY.

INTRODUCCION.

Existen diferentes opiniones en relación al riesgo de embarazarse después de los 35 años. Revisando la literatura nacional y extranjera al respecto, Hoyer y Smytte (3), hallaron un aumento de complicaciones tanto maternas como fetales de embarazadas de 40 años y más, especialmente en relación a patología concomitante con embarazo e intervención quirúrgica del parto. Waters y Wagner (5), detectaron incremento en la incidencia de toxemia y mioma uterino en primíparas añosas. Harrison (6), encontró aumento de morbilidad y mortalidad perinatal, al igual que Kessler (2), que halló como único riesgo aparente en primíparas mayores de 35 años, la mortalidad perinatal, no alcanzando un nivel significativo. Nitzche y Schneck (9), muestran un aumento en el riesgo para el neonato y un mayor número de prematuros. Mac Donald y Mac Lenhan detectaron mayor mortalidad perinatal pero no materna, mayor incidencia de toxemia, inducción de parto y cesáreas. Cabrera (1), encontró mayor mortalidad infantil en hijos de madre de 35 años y más siendo mayor que el riesgo de hijos de la menor de 20 años. Además este riesgo aumentaba en caso de madres que vivían en comunidades rurales de bajo nivel socioeconómico y paridad mayor de cuatro. Kane (10), Lancet y Borenstein (8), no encontraron diferencias significativas entre gestantes añosas y mujeres menores de 35 años, atribuyéndole

mayor importancia al aumento de las patologías crónicas que se producen gradualmente con la edad.

En vista de la gran diversidad de opiniones encontradas en la literatura con respecto al riesgo del embarazo, de la gestante de 35 años y más, consideramos interesante estudiar el problema, basándonos para nuestro estudio en un grupo de mujeres embarazadas de 25 años y más, cuyo parto ocurrió durante el año 1983 en la Maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, José Joaquín Aguirre.

OBJETIVO GENERAL.

Actualizar y precisar el significado de la edad de la madre como factor de riesgo materno - perinatal, en la Maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Determinar los riesgos que implica para la madre ser gestante a la edad de 35 años y más.
2. Describir la forma de resolución del emba-

(*) Profesor Salud Pública, Universidad de Chile.

(**) Internos de Medicina, Universidad de Chile, División Norte.

razo de una gestante de 35 años y más y su asociación con la patología materna.

3. Determinar la morbimortalidad que presentan los hijos de gestantes de dicho grupo etario.

MATERIAL Y METODO.

Se revisaron las historias clínicas de madres cuyos partos ocurrieron el año 1983 en la Maternidad del Hospital José Joaquín Aguirre, utilizando el método de casos y controles.

Los casos se definieron como mujer de 35 años o más cuyo parto ocurrió el año 1983 en dicha maternidad, obteniéndose de una lista entregada por la unidad de computación de la Maternidad del Hospital Clínico de la U. de Chile, comprobándose su fidelidad revisando las fichas y haciendo las correcciones correspondientes.

Los controles se seleccionaron de partos ocurridos en la misma Maternidad con la técnica de Matching, de acuerdo al siguiente criterio: El primer parto que ocurrió después de cada caso y que cumplió con: a) Edad: entre 20 y 34 años, b) Paridad: igual al caso agrupando a las de paridad 4 o más como un solo grupo, c) Sexo del recién nacido: igual al caso, d) Nivel socioeconómico: igual al del caso, determinado por la previsión.

Los controles se obtuvieron en la siguiente forma: Se buscó en el libro de recién nacidos de la Maternidad, los partos ocurridos inmediatamente después del caso y se preseleccionaron tres controles por caso, que reunieran las siguientes variables en estudio anotándose: nombres de la paciente, fecha del parto, y variables de control (edad, paridad, sexo del recién nacido, nivel socioeconómico). Se eligió el que cumpliera con el requisito en estudio. Las variables que se recolectaron fueron las siguientes: 1. De la madre: a) Edad, b) Paridad, c) Nivel socioeconómico según previsión, d) Relación peso/talla (según tabla de evaluación de estado nutricional de embarazo en uso por el Ministerio de Salud), e) Estado civil: soltera, casada, conviviente, separada, no consignado, f) Fórmula obstétrica, g) Morbilidad: I. Propia: Pre-eclampsia, colestasia intrahepática del embarazo, rotura prematura de membranas, diabetes gestacional. II. Concomitante: Diabetes (otras), hipertensión crónica, cesárea anterior, infección del

tracto urinario. III. Otras: h) Rh, i) Período intergenésico.

2. Tipo de parto: espontáneo, fórceps, cesárea electiva, de urgencia.

3. Del recién nacido: a) Sexo, b) Rh, c) Presentación: cefálica, podálica, transversa y no consignada, d) Peso del recién nacido, e) Apgar al minuto y a los 5 minutos, f) Talla del recién nacido, g) Morbilidad; mortinatalidad; traumatismo del parto; malformaciones congénitas, otras, h) Peso: I Menor de 2.500 g., II. 2500 a 3999 g., III. 4000 g. y más, i) Edad gestacional: I. Pretérmino, menor de 38 semanas. II. Término 38 a 42 semanas. III. Post término mayor de 42 semanas.

La información fue procesada en un micro-computador. El método de significación estadística utilizado fue la diferencia de porcentajes a través de la distribución normal.

RESULTADOS.

En los 292 casos y 292 controles, el estado civil fue similar, predominando el grupo de madres casadas y convivientes sobre las solteras. Por definición, la paridad tanto de los casos como de los controles fue la misma.

Del análisis de los datos, se obtuvo un 62.70/o de patología materna en los casos versus un 47.60/o en los controles ($p < 0,001$). Al desglosar la patología materna, se ve que en los casos predomina la diabetes gestacional, hipertensión arterial crónica, y el ítem otros respecto de los controles, no siendo estas diferencias estadísticamente significativas. En los controles se observa un predominio de las cesarizadas anteriores sobre los casos ($p = 0,0034$; Tabla Nº 1). En relación a la forma de presentación (Tabla Nº 2), se ve un predominio de presentación de tronco en los casos sin ser esta diferencia estadísticamente significativa. El período intergenésico fue mayor en los casos que en los controles ($p < 0,001$).

Al analizar la vía de resolución de parto (Tabla Nº 4), se observa que en los casos existe un mayor porcentaje de cesáreas electivas ($p < 0,001$), mientras que en los controles predominan los partos espontáneos ($p = 0,0028$). Con respecto a las cesáreas de urgencia, no hubo diferencias significativas. Dentro de las cesáreas electivas, la asociación de esta con la patología materna concomitante tanto en los

Tabla Nº 1
Distribución de los casos y controles según patología materna desglosada.

PATOLOGIA MATERNA	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
Pre-eclampsia	50	20.0	34	20.2
Colestasia I. Hepát.	11	4.4	6	3.6
Rotura Prematura de Membranas	36	14.4	27	16.0
Diabetes Gestacion.	15	6.0	6	3.6
Diabetes Crónica	4	1.6	2	1.2
Hipertensión Arterial Crónica	10	4.0	2	1.2
Cesárea Anterior	39	15.6	46	27.4
Infección Tracto Urinario	20	8.0	13	7.7
Otros	65	26.0	32	19.0
Totales	250	100	168	100

Tabla Nº 2
Distribución de los casos y controles según presentación

PRESENTACION	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
Cefálica	264	90.41	278	95.21
Podalica	16	5.48	12	4.11
Tronco	7	2.40	2	0.68
No consig.	5	1.71	0	0.0
TOTALES	292	100	292	100

casos como en los controles es semejante (Tabla Nº 5), llamando la atención que en los controles hubo un mayor porcentaje de cesáreas no asociadas a patología materna sin ser esta diferencia estadísticamente significativa. Al analizar la patología materna que habría condicionado estas cesáreas, la preeclampsia, diabetes gestacional y las infecciones del tracto urinario tienen una mayor frecuencia en los casos

Tabla Nº 3
Distribución de los casos y controles según período intergenésico

PERIODO INTERGENESICO (meses)	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
Primigesta	21	7.2	21	7.2
9 – 36	38	13.0	104	35.6
37 – 72	41	14.0	50	17.1
73 y mas	107	36.6	37	12.7
No consign.	85	29.1	80	27.4
Totales	292	100	292	100

Tabla Nº 4
Distribución de los casos y controles según forma de resolución del parto.

VIA DEL PARTO	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
Espontáneo	162	55,47	197	67,46
Forceps	39	13,35	40	13,7
Cesárea electiva	71	24,31	41	14,04
Cesárea Urgencia	20	6,87	14	4,8
TOTAL	292	100,0	292	100,0

que en los controles sin alcanzar significación estadística. Sin embargo en los controles hay una mayor asociación entre las cesarizadas anteriores y cesáreas electivas siendo esta relación estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Referente a la morbilidad del recién nacido, se encuentra un 30.4 % de patología en los casos versus un 22.26 % en los controles ($p = 0,024$). Al desglosar la patología se ve que esta mayor frecuencia de morbilidad es a expensas del grupo de malformados y mortinatos (Tabla Nº 7), no siendo estas diferencias estadísticamente significativas. La mortalidad se distribuyó de la siguiente manera: 6,25

Tabla Nº 5
Distribución de cesáreas electivas en casos y controles según patología materna.

PATOLOGIA MATERNA	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
SI	65	91.0	34	83.0
NO	6	9.0	7	17.0
TOTAL	71	100.0	41	100.0

Tabla Nº 6
Distribución de cesáreas electivas en casos y controles según patología materna deglosada.

PATOLOGIA MATERNA	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
Pre-eclamp.	19	19.7	4	8.7
C.I.E.	4	4.1	2	4.3
R.P.M.	9	9.4	5	10.9
Diabet.Gest.	6	6.2	2	4.3
Diabet. Cr.	1	1.0	0	0.0
HTA Cr.	3	3.1	1	2.2
Cesárea An.	30	31.0	27	59.0
ITU	6	6.2	0	0.0
Otros	18	19.0	5	10.9
TOTAL	96	100.0	46	100.0

0/o en los casos y 1,51 0/o en los controles. Nos pareció conveniente analizar cada ficha de mortinatos en forma individual encontrando en los casos: un mortinato de 40 semanas con una circular al cuello; un feto muerto a las 24 semanas con un oligoamnios; un mortinato de edad gestacional dudosa, desnutrido y cordón umbilical muy delgado; un mortinato de 39 semanas con rotura prematura de membrana de 22 días de evolución; un mortinato de 37 semanas con una madre portadora de una colestasia intrahepática grave y colecistectomizada al séptimo mes de embarazo y un mortinato de 39 semanas sin antecedentes de patología materna ni fetal.

Tabla Nº 7
Distribución de casos y controles según patología del recién nacido.

PATOLOGIA R.N.	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
Mortinato	6	6.25	1	1.56
Traumatismo parto	6	6.25	5	7.8
Malformación Congénita	14	14.6	4	6.25
Otras	70	72.9	54	84.39
TOTAL	96	100.0	64	100

Tabla Nº 8
Distribución porcentual de casos y controles según Apgar al minuto y a los 5 minutos.

Puntaje	Apgar 1'		Apgar 5'	
	Casos	Controles	Casos	Controles
0	3.1	0,3	2,7	0,34
1 – 3	3.1	3,1	0	0
4 – 6	2,7	3,4	1,7	1,3
7 y +	92,0	92,8	95,2	97,9
No consig.	0	0,3	0,3	0,3
Total (n)	292			

Tabla Nº 9
Distribución de casos y controles según peso en el recién nacido

PESO	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
Menor de 2500	27	9.25	10	3.44
2500 - 3999	236	80.82	251	86.25
4000 y más	29	9.93	30	10.31
TOTAL	292	100.0	291	100.0

Tabla Nº 10
Distribución de prematuros según patología materna en casos y controles

PATOLOGIA MATERNA	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
SI	18	66.6	8	80.0
NO	9	33.3	2	20.0
TOTAL	27	100.0	10	100.0

Tabla Nº 11
Distribución de casos y controles según edad gestacional

Edad Gestacional	Casos	%	Controles	%
Pretérmino	59	20.2	17	5.8
Término	228	78.7	272	93.2
Post-término	5	1.7	3	1.0
TOTAL	292	100	292	100

El único mortinato encontrado en los controles correspondió a un hidrops fetal de 36 semanas por incompatibilidad Rh.

Al analizar el test de Apgar (Tabla Nº 8) al primer minuto y a los cinco minutos el porcentaje cero fue más frecuente en los casos ($p = 0,0104$; $p = 0,0182$ respectivamente).

La Tabla Nº 9 muestra un mayor porcentaje de recién nacidos con peso inferior a 2500 g. en los casos respecto de los controles ($p = 0,0042$), no asociándose este mayor porcentaje a la patología materna (Tabla Nº 10).

También se encontró una mayor frecuencia de pretérminos en los casos respecto de los controles ($p < 0,01$), no relacionándose este mayor número de pretérminos con la patología materna (Tablas Nºs 11 y 12).

Tabla Nº 12
Distribución de pretérminos según patología materna desglosada en casos y controles

PATOLOGIA MATERNA	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
Pre-eclamp.	9	15.8	3	20.0
C.I.E.	5	8.8	0	0.0
R.P.M.	9	15.8	2	13.3
Diab.Gest.	0	0.0	0	0.0
Diab. Cr.	1	1.7	0	0.0
HTA. Cr.	1	1.7	0	0.0
Cesar.ant.	8	14.0	6	40.0
I.T.U.	7	12.3	0	0.0
Otras	17	29.8	4	26.0
TOTAL	57	100.0	15	100.0

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES.

1. La gestante de 35 años y más tiene un riesgo de morbilidad materna mayor que el grupo de las gestantes de 20 a 34 años, apreciándose como más propias de las añosas la diabetes gestacional y la hipertensión crónica, sin embargo esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

2. En el grupo de gestantes mayores de 35 años, el período intergenésico fue mayor que en el grupo de las gestantes menores de 35 años.

3. La gestante mayor de 35 años y más tiene un mayor riesgo de cesáreas electivas como forma de resolución del parto. Este mayor riesgo no se explicaría por una patología materna concomitante, sino más bien como una conducta del médico frente a la gestante de esta edad.

4. Los recién nacidos de gestantes de 35 años y más tienen un riesgo mayor de morbilidad que los recién nacidos de gestantes menores de 35 años.

5. La mortalidad y las malformaciones congénitas fueron más frecuentes en las gestantes de 35 años y más; sin embargo, en este trabajo esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

6. La gestante de 35 años y más tiene un mayor riesgo de tener hijos de pretérmino y peso infe-

rior a 2500 g. Este riesgo no se relacionó con la presencia de patología materna concomitante.

RESUMEN

¿Es la edad de 35 años y más un factor de riesgo materno y perinatal?

Esta fue la principal inquietud de los autores al iniciar este trabajo. Para esto se tomaron 292 casos representados por gestantes de 35 años y más y 292 controles entre los 20 y 34 años, pareándolos por sexo de recién nacidos, nivel socioeconómico y paridad.

El grupo de estudio corresponde a madres cuyos partos ocurrieron el año 1983 en la Maternidad del Hospital José Joaquín Aguirre.

La información obtenida y agrupada fue procesada por un microcomputador. El método de significación estadística fue la diferencia porcentual según la curva de distribución normal.

Del estudio se concluyó que: I. La gestante de 35 años y más tiene un mayor riesgo de: 1. Morbilidad materna, 2. Cesárea electiva. II. Los hijos de gestantes de 35 años y más tienen un mayor riesgo de: 1. Morbilidad, 2. Prematuridad, 3. Peso inferior a 2500 g.

SUMMARY

Evaluation of maternal and perinatal risk in mothers aged 35 years and more was the main objective of the study.

A retrospective case-control analysis was done for deliveries at José Joaquín Aguirre Hospital in 1983, matched with controls according to: a) age between 20 and 34 years, b) same parity, c) same sex of newborn cases, d) same socio-economic level (social security condition).

The conclusions were the following: 1) maternal risk was greater in mothers aged 35 years and more, considering maternal morbidity and cesarean section; 2) newborns from mothers aged 35 years and more have greater risk considering morbidity, prematurity and weight below 2,500 grams.

RESUME

Est-il l'âge de 35 ans ou plus, chez les femmes, un facteur de risque maternel et périnatal? Celle-là a été la principale inquiétude des auteurs dès les débuts de ce travail. Pour trouver la réponse à cette question ils choisirent 292 cas de femmes enceintes âgées de 35 ans et plus et 292 témoins de 20 à 34 ans, faisant paires d'après le sexe des nouveau-nés, le niveau socio-économique et la parité. Le groupe en étude correspond à des femmes accouchées en 1983 à la maternité de l'hôpital "José Joaquín Aguirre".

Les renseignements obtenus furent processés par un micro ordinateur. La méthode d'étude de la signification statistique fût celle de la différence pourcentuelle d'après la courbe de distribution normale.

Les conclusions tirées furent que les grossesses des femmes âgées de 35 ans et plus son exposées d'avantage aux risques de morbidité, accouchement prématuré et enfants de faible poids de naissance (au dessous de 2.500 g.).

BIBLIOGRAFIA.

- 1) Cabrera, R. Relaciones de la Mortalidad Infantil con la edad de la Madre y número de orden del Parto. Chile, 1969-1974-1979. Revista Chilena Obstetricia y Ginecología, 1983:47 (5) 334-49.
- 2) Kessler, I. et.al. The problem of the older primipara. Obstet. Gynecol. 56:165-69, Aug., 1980.
- 3) Horger, E.O. III, Smythe A.R. II: Pregnancy in women over forty. Obstet. Gynecol. 49:257, 1977.
- 4) Biggs, J.S.G.: Pregnancy at 40 years and over. Med. J. Aust. 1:542, 1973.

- 5) Waters, E.G., Wagner, H.P. Pregnancy and labor experiences of elderly primipara. American Journal Obstet. Gynecol. 59: 296, 1950.
- 6) Morrison, T. The elderly primigravida. Am. J. Obstet. Gynecol. 121: 465, 1975.
- 7) Mac Donald, I.R., Mac Lennan, H.R. A consideration of the treatment of elderly primipara. J. Obstet. Gynecol. Br. Commonw 67:443, 1960.
- 8) Lancet, M., Borenstein, E. Elderly primipara, an obstetrical problem?, Hare Fuah 92:329, 1977.
- 9) Nitzsche, P., Schneck, P. Pregnancy, labor and puerperium in elderly primipara. Zentralbl. Gynaekol. 93: 391, 1971.
- 10) Jane, S.H. Advancing age and primigravida. Obstet. Gynecol. 29:409, 1967.
- 11) Schutz, M., Altman, P. Pregnancy and course of delivery in old primiparas, Zentralbl. Gynaekol. 95: 1373, 1973.
- 12) Gordon, M., Weingold, A.B. Treatment of patients with premature of fetal membranas, prior and after 32 weeks, controversies in Obstetrics and Gynecology II. Edited by Reid, C.D. Christien, Philadelphia, Saunders, 1974, p. 39.
- 13) Blum, M. Is the elderly primipara really at high risk? J. Perinatal Med. 7 (2): 108-12, 1979.
- 14) The incidence of Down's Syndrome over 19 year period with special reference to maternal age. Owens J.R. et. al. J. Med. Genet. 1983, Apr. 20 (2): 40-3.