

**POLICLÍNICO DE FALCÓN
PLACETAS, VILLA CLARA**

**PARTO, PUERPERIO Y RESULTADOS PERINATALES
EN LA EDAD MATERNA AVANZADA**

Por:

Dr. Iván García Alonso¹, Lic. María Mislaine Alemán Mederos², Dra. Mayelín Martínez Díaz³, Lic. Arlé Rodríguez Pérez⁴ y Lic. Maglena Rojas Carrazana⁵

1. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer. Instructor. Policlínico de Falcón, Placetas, Villa Clara. e-mail: igarcia@capiro.vcl.sld.cu
2. Especialista de I Grado en Fisiología Normal y Patológica. Instructora. Policlínico Docente Universitario "XX Aniversario". Santa Clara, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Policlínico de Mataguá, Manicaragua. Villa Clara.
4. Licenciada en Enfermería. Máster en Asesoramiento Genético. Instructora. Policlínico de Báez, Placetas, Villa Clara.
5. Licenciada en Enfermería. Máster en Asesoramiento Genético. Centro de Genética Municipal. Placetas, Villa Clara.

Resumen

Se realizó un estudio retrospectivo y analítico de casos y controles sobre el parto, el puerperio y los resultados perinatales en las embarazadas con avanzada edad materna, del Policlínico de Falcón, entre el 1ro. de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2007. El grupo control estuvo integrado por una muestra aleatoria de embarazadas de 20 a 34 años. Se aplicaron pruebas estadísticas y análisis de riesgo. En el grupo estudio, la cesárea primitiva se presentó en un alto por ciento (33,33%) y la asfixia perinatal fue la complicación neonatal más frecuente (19,05 %). Tuvieron significación estadística la infección puerperal ($p = 0,023$) y la asfixia perinatal ($p = 0,021$). Se concluyó que en el grupo estudio fueron más frecuentes las complicaciones en el parto y el puerperio, así como los resultados perinatales adversos. Se recomienda establecer una vigilancia rigurosa en la atención obstétrica y neonatológica a este grupo de riesgo.

Descriptores DeCS:

PUERPERIO
EDAD MATERNA IGUAL O SUPERIOR A 35
AÑOS
EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Subject headings:

PUERPERIUM
MATERNAL AGE 35 AND OVER
PREGNANCY, HIGH-RISK

Introducción

El embarazo en los extremos de la vida reproductiva ha sido siempre una preocupación para quienes tienen la tarea de atender a las futuras madres¹. Por todos es conocido, que para el desarrollo adecuado de la gestación se necesitan ciertas condiciones en la mujer que permitan un progreso apropiado del crecimiento fetal, y posibiliten que ella no enferme ni muera por causa de la preñez^{2,3}. En los últimos tiempos, se ha incrementado el número de mujeres que postergan la

maternidad para edades avanzadas de la vida, con el objetivo de priorizar planes económicos y profesionales, entre otras razones^{4,5}. Cuba se encuentra entre las naciones con estos índices, pues existen todas las condiciones para este incremento^{6,7}. La garantía de un parto institucionalizado también influye en esta decisión. Aún la mitad de las mujeres en el mundo dan a luz en sus casas sin los cuidados de un experto, y no todas las instituciones que ofrecen servicios de maternidad reúnen los requisitos mínimos para atender, de forma segura, al parto y al bebé^{8,9}. El número de distocias en el parto de estas pacientes es superior, ya sea por el uso de fórceps bajo o por la operación cesárea¹⁰⁻¹². La mortalidad fetal aumenta en las pacientes con avanzada edad materna (AEM)^{1,13}. La incidencia de óbito fetal es superior que en las demás gestantes, seguramente como consecuencia de las afecciones que acompañan a esta población¹⁴. Es también más frecuente la mortalidad neonatal por el mismo motivo que las defunciones fetales, y por la incidencia superior de malformaciones congénitas¹⁵. El objetivo de este trabajo fue comparar la incidencia de complicaciones durante el parto y el puerperio, así como los resultados perinatales en las gestantes con AEM, respecto a un grupo control.

Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo y analítico de casos y controles sobre el parto, puerperio y los resultados perinatales de las embarazadas con AEM, atendidas en el Policlínico de Falcón, del municipio de Placetas, en el período comprendido entre el 1ro. de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2007. El grupo de estudio estuvo constituido por las 21 embarazadas con edad mayor o igual a 35 años en el momento del parto, pertenecientes a esta área de salud y atendidas en el período señalado. El grupo control se constituyó con una muestra aleatoria de embarazadas que tenían entre 20 y 34 años en el momento del parto, de la misma área de salud y atendidas durante el período de estudio; se seleccionaron dos gestantes del grupo control por cada una del grupo estudio. Para obtener la información, se revisaron las historias clínicas hospitalarias de las gestantes y los recién nacidos de ambos grupos. Para el análisis estadístico, los datos se almacenaron en un fichero con el programa profesional SPSS versión 11.0 sobre Windows. Se aplicaron pruebas estadísticas, como la hipótesis de diferencia de proporciones para grupos independientes (técnica paramétrica), V de Cramer (VC) para valores de fortaleza de asociación y análisis de riesgo (razón de probalidades). En todos los casos, se trabajó con niveles de significación de 0,05 ó 0,01.

Resultados

En la tabla 1 se muestran las complicaciones relacionadas con el parto de las pacientes de ambos grupos. El por ciento de nacimientos por vía fisiológica en las gestantes con AEM fue bajo (47,62 %) respecto a las de 20 a 34 años (71,43 %). Fue algo superior la instrumentación en el parto de las gestantes con AEM (4,76 % contra 2,38 % de los controles). Con mayor frecuencia se utilizó la intervención quirúrgica para terminar el embarazo en las pacientes de 35 o más años, que llegó al 33,33 % de cesáreas primitivas en este grupo. La frecuencia de rotura prematura de membranas (23,81 %) fue superior al grupo control (11,90 %) y el parto en embarazadas con 42 o más semanas de gestación en el grupo estudio (9,52 %) fue similar a los controles (7,14 %). El 14,29 % del grupo estudio presentaba el polo caudal del feto hacia el estrecho superior de la pelvis materna. En ninguna de las variables analizadas, respecto a los acontecimientos relacionados con el parto, se encontró significación estadística entre el grupo con AEM y los controles ($p > 0,05$).

Tabla 1 Comportamiento de las complicaciones relacionadas con el parto en gestantes con AEM y el grupo control.

Complicaciones relacionadas con el parto		Grupo estudio		Grupo control		Valor de p
		No.	%	No.	%	
Parto eutócico		10	47,62	30	71,43	0,064
Parto distócico	Instrumentado	1	4,76	1	2,38	0,611
	Cesárea primitiva	7	33,33	7	16,67	0,134
	Cesárea iterativa	3	14,29	4	9,52	0,570
Rotura prematura de membranas		5	23,81	5	11,90	0,220
Parto postérmino		2	9,52	3	7,14	0,742
Presentaciones anómalas	Transversa	1	4,76	1	2,38	0,611
	Podálica	3	14,29	1	2,38	0,068
	De cara	1	4,76	-	0,00	-
Corioamnionitis		3	14,29	6	14,29	1,000

Fuente: Historias clínicas hospitalarias, libro registro de partos y de operaciones

La hemorragia por desgarro en el canal blando del parto se produjo en el 14,29 % de las gestantes con AEM, según se muestra en la tabla 2. Tal vez esto motivó el alto por ciento de infección en el posparto (23,81 %) y de anemia severa (14,29 %). En el caso específico de la infección puerperal, se encontró significación estadística ($p < 0,05$) y un riesgo relativo superior (OR 6,250) con respecto a los controles. Los desgarros del canal del parto en el grupo estudio fueron superiores a los controles, aunque no fue estadísticamente significativo ($p = 0,068$). La flebitis superficial por venopunción fue discretamente más frecuente en las del grupo estudio (9,52 %); se supone que esto esté provocado por la mayor frecuencia de parto operatorio en estas pacientes.

Tabla 2 Complicaciones en el puerperio de gestantes con AEM y en el grupo control.

Complicación en el puerperio		Grupo estudio		Grupo control		Valor de p
		No.	%	No.	%	
Hemorragia posparto	Atonía uterina	2	9,52	2	4,76	0,456
	Desgarro del canal	3	14,29	1	2,38	0,068
Infección puerperal		5	23,81*	2	4,76	0,023
Infección del tracto urinario		2	9,52	2	4,76	0,465
Anemia severa		3	14,29	1	2,38	0,068
Flebitis superficial		2	9,52	2	4,76	0,742

* $p < 0,05$ VC = 0,286 OR (IC del 95 %) 6,250

Fuente: Historias clínicas hospitalarias.

En cuanto a los resultados perinatales (tabla 3), existió un alto por ciento de asfisia en gestantes con AEM (19,05 %), lo cual fue significativo desde el punto de vista estadístico ($p < 0,05$). Asimismo, los fetos macrosómicos (14,29 %) y los traumatismos relacionados con el parto (9,52 %) fueron más frecuentes en este grupo que en los controles, donde hubo 9,52 % de fetos con peso elevado, y no se presentaron traumas durante el parto. La dificultad respiratoria de los recién nacidos del grupo estudio fue discretamente superior a los controles (14,29 % y 11,90 %, respectivamente).

respectivamente). Excepto la asfixia perinatal, las demás variables analizadas no tuvieron significación estadística.

Tabla 3 Complicaciones del recién nacido en gestantes con AEM y en el grupo control.

Complicaciones en el recién nacido	Grupo estudio		Grupo control		Valor de p
	No.	%	No.	%	
Macrosomía fetal	3	14,29	4	9,52	0,570
Infección neonatal	2	9,52	3	7,14	0,074
Asfixia perinatal	4	19,05*	1	2,38	0,021
Traumatismo en el parto	2	9,52	-	-	-
Síndrome de aspiración meconial	2	9,52	3	7,14	0,742
Dificultad respiratoria	3	14,29	5	11,90	0,789

*p < 0,05 VC = 0,291 OR (IC del 95 %) 9,647

Fuente: Historias clínicas hospitalarias de recién nacidos.

Nota: No hubo bajo peso al nacer ni parto pretérmino en el área de salud de Falcón durante el período estudiado.

Discusión

En este estudio resultaron más frecuentes las complicaciones durante el parto y el puerperio en las gestantes con AEM. Resultados similares encontraron otros autores^{2,3} respecto a la vía de terminación del embarazo, a la práctica de la operación cesárea y a las presentaciones anómalas. Delbaere y colaboradores encontraron que el parto fisiológico fue la vía de terminación del embarazo del 48,0 % de las gestantes con AEM, respecto al 62,0 % de los controles. La operación cesárea fue más frecuente en el grupo de gestantes con 35 o más años, al igual que las presentaciones anómalas.

Similares resultados obtuvieron Diejomaoh² y colaboradores en su investigación respecto a la operación cesárea de las gestantes con AEM. Estos autores encontraron significación estadística ($p = 0,0027$) y un riesgo relativo de terminar el embarazo por cesárea de más de dos veces en el grupo estudio frente a los controles (OR: 2,310).

En este estudio fue más frecuente la infección puerperal y la hemorragia posparto, que condujo a la anemia severa en el grupo de gestantes con AEM; este resultado coincide con los de otros autores consultados¹⁶⁻¹⁸. En uno de estos estudios sobre complicaciones puerperales¹⁶, se encontró que la hemorragia y la infección fueron más frecuentes. Cuando se analizaron por separado algunas variables que se relacionaban con el tipo de complicación, se determinó que las gestantes con AEM tenían un riesgo relativo superior para la hemorragia (OR 2,63) así como para la infección puerperal (OR 4,54)¹⁶. Según las conclusiones de otros investigadores^{17,18}, la infección es la causa principal de morbilidad, que se relaciona con la atonía uterina por la vía abdominal y con el choque causado por complicaciones del parto por la vía vaginal. La afectación en mujeres con AEM en ese estudio fue del 19,44 %, lo que resultó ser altamente significativo ($p < 0,001$) y permitió aseverar que la edad materna de 35 o más años constituye un factor relacionado con la morbilidad puerperal grave¹⁷.

En la presente investigación se encontraron con más frecuencia resultados perinatales adversos en el grupo estudio, fundamentalmente la asfixia perinatal, lo que concuerda con la literatura consultada¹⁹.

Summary

A retrospective and analytic case-control study related to delivery, puerperium, and perinatal results on pregnant women with advanced maternal age, from the Falcón Polyclinic in the period from January 1st, 2005 to December 31, 2007 was carried out. The control group was integrated by a random sample of pregnant women with age that ranged from 20 to 34 years. Statistical tests and risk analyses were applied. In the study group, primitive cesarean section occurrence represented a high percentage (33,33 %), and perinatal asphyxia constituted the most frequent neonatal complication (19,05 %). From the statistical point of view, puerperal infection ($p = 0,023$), and perinatal asphyxia ($p = 0,021$) were considered significant. We got to the conclusion that delivery and puerperal complications as well as adverse perinatal results were most frequent on the study group. As result of this it is recommended to establish a rigorous surveillance on the neonatological and obstetrical care provided to this risk group.

Referencias bibliográficas

1. Heffner LJ. Advanced maternal age-How old is too old? *N Engl J Med*. 2004 Nov 4;351(19):1927-29.
2. Diejomaoh M, Al-Shamali IA, Al-Kandari F, Al-Qenae M, Mohd AT. The reproductive performance of women at 40 years and over. *Europ J Obstet Gynecol*. 2006;126(1):33-8.
3. Delbaere I, Verstraelen H, Goetgelvk S, Martens G, Backer GD, Temmerman M. Pregnancy outcome in primipare of advanced maternal age. *Europ J Obstet Gynecol*. 2007;135(1):41-6.
4. Vieira AR, Castillo Taucher S. Edad materna y defectos del tubo neural: evidencia para un efecto mayor en espina bífida que anencefalia. *Rev Méd Chile*. 2005;133:62-70.
5. Miller DA. Is advanced maternal age an independent risk factor for uteroplacental insufficiency? *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(6):1974-80.
6. Domínguez Mena M, Viñales Pedraza MI, Santana Hernández ME, Morales Peralta E. Comportamiento del programa de diagnóstico prenatal cromosómico. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2005;21(1-2):64-9.
7. Benzie KM. Advanced maternal age: Are decisions about the timing of childbearing a failure to understand the risks? *CMAJ*. 2008 Jan 15;178(2):183-4.
8. Zupan J. Perinatal mortality in developing countries. *N Engl J Med*. 2005 May 19;352(20):2047-8.
9. Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: A review of the evidence. *Pediatrics*. 2005;115:519-617.
10. Anderson A-M, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *BMJ*. 2000;320:1708-12.
11. Donoso E, Villaroel L. Mortalidad neonatal precoz. Chile 1991-1997. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2003;(67):44-6.
12. Gordon D, Milberg J, Daling J. Advances maternal age as risk factor for cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2004;77:493-7.
13. Huang L, Sauve R, Birkett N, Fergusson D, Van Walraven C. Maternal age and risk of stillbirth: a systematic review. *CMAJ*. 2008;178:165-72.
14. Donoso SE, Villaroel del PL. Edad materna avanzada y riesgo reproductivo. *Rev Méd Chile*. 2003;131(1):55-9.
15. León K, Gallegos Machado B, Estévez Rodríguez E, Rodríguez García S. Mortalidad infantil: análisis de un decenio. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2000;13:293-306.
16. Piloto Morejón M, Suárez Blanco C, Palacios Valdés G. Complicaciones puerperales durante la estadía hospitalaria. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2002;28(1):21-9.
17. Rodríguez Núñez AC, Córdova Rodríguez AC, Álvarez M. Factores epidemiológicos que influyen en la morbilidad puerperal grave. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2004;30(3):45-51.
18. Balestena Sánchez JM, Ortiz Aguiar LG, Arman Alessandrini G. Influencia de algunos factores del parto y el periparto que influyen en la endometritis puerperal. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2005;31(1):64-9.

19. Bardin R, Melamed N, Tenebaun-Gavish K, Arbid N, Meyerovitch T, Ben-Haroush A, et al. Pregnancy outcome at extremely advanced maternal age. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197(6) Supl 1:80-8.