

Maternidad postergada

Napoleón Paredes Pérez¹

RESUMEN

En Cusco, el año 2000 durante el III Curso Internacional y III Congreso Peruano de Psicoprofilaxis Obstétrica, organizado por la Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica (ASPPO), en el que participaron cientos de profesionales de la Obstetricia del Perú y Latinoamérica; a propuesta del autor, se acordó tomar en cuenta el término: Maternidad Postergada.

Definición que nos permite identificar a la mujer que llega a los 40 años sin descendencia, con la característica de no haber procreado por voluntad propia. Es decir; que sin tener ningún antecedente patológico ni problema de fertilidad, postergó su embarazo.

Situación que cada vez es más frecuente de encontrar debido al cambio que venimos observando en el rol que le toca cumplir a la mujer.

De allí, el interés por conocer más acerca de esta nueva situación, especialmente ahora que cada vez más mujeres prefieren retrasar su primer embarazo, por motivos personales o laborales. (Horiz Med 2013; 13(1): 45-50)

Palabras clave: Maternidad, embarazo, maternidad postergada (fuente: DeCS BIREME).

Postponed motherhood

ABSTRACT

In Cusco, in the year 2000 during the III International Course and III Obstetrical Psychoprofilaxis Peruvian Congress, organized by the Peruvian Society of Obstetric Psychoprofilaxis (ASPPO), involving hundreds of Obstetrics professionals of Peru and Latin America, after a proposition of the author, it was agreed to consider the term: Postponed Motherhood.

This definition allows us to identify the woman who reaches the age of 40 without offspring, with the characteristic of having not fathered by choice. Without any background of disease or fertility problems, she delayed pregnancy.

This situation is increasingly common to find due to the change that we have observed in the role that women play.

Hence, the interest in knowing more about this new situation; especially now that more and more women prefer to delay their first pregnancy because of personal or work reasons. (Horiz Med 2013; 13(1): 45-50)

Key words: Motherhood, pregnancy, postponed motherhood (source: DeCS BIREME)

¹ Médico Ginecólogo Obstetra. Profesor de Medicina de la FMH-USMP. Miembro Fundador de ASPPO.

INTRODUCCIÓN

La mujer de hoy, se preocupa más por su desarrollo personal; participando activamente en la política y en todo tipo de trabajo manual e intelectual que demanda de ella tiempo y esfuerzo por alcanzar sus metas. Lo que es bueno para su bienestar personal pero que podría limitarla en su posibilidad de formar pareja o que teniéndola, tendrá que utilizar algún método de planificación familiar para evitar el embarazo, llegando a los 40, sin hijos (1,2). Muchas veces sin haberlo meditado bien, llevándola en el tiempo a un sentimiento de angustia y desesperación por recuperar el “tiempo” que siente ya lejano.

La Maternidad Postergada se diferencia claramente de la mujer que deseando tener bebés por circunstancias ajenas a su voluntad, no puede (factor masculino y/o patología ginecológica). Debiendo considerar incluso el factor económico, pues; muchas veces la pareja busca tener un bebé pero el diagnóstico de infertilidad los lleva a tener que usar un método sofisticado de alta complejidad que demanda dedicación de tiempo y lo que es más significativo: “mucho dinero” para poder asumir los gastos de medicación y tratamiento.

Destacando el valor de diferenciar el momento y la característica del embarazo. Tema que fue desarrollado por nosotros, propuesto y acordado de usar en el III Curso Internacional y III Congreso Peruano de Psicoprofilaxis Obstétrica, organizado por la Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica (ASPPO), en el Cusco. Evento en el que participaron cientos de profesionales de la Obstetricia del Perú y Latinoamérica. Decidiendo el uso del término Maternidad Postergada para identificar a una mujer que llegue a los 40 años, sin descendencia. Con la característica imprescindible de no padecer de ninguna patología ni antecedente que limite su fertilidad (3).

Bajo estas premisas, estamos convencidos que tener un hijo es una decisión emocional e intelectual; por lo tanto, cualquier momento debe ser considerado un buen momento para gestar (4).

De allí, la importancia de conocer bien todo lo

relacionado a la Maternidad Postergada para obtener un buen resultado materno y perinatal; sea esta gestación lograda de manera natural o con la ayuda de algún método de fertilización, los que cada vez alcanzan mejores porcentajes de embarazo especialmente cuando son bien elegidos y aplicados (5).

EMBARAZO DESPUÉS DE LA CUARTA DÉCADA

El porcentaje de embarazos en mujeres mayores de 35 años, década a década se va incrementando en todos los países del mundo. En Canadá, por ejemplo; en 1998 ocurrió en el 15% y, en el 2007 fue cercano al 18%. Durante este mismo período, el rango de nacimientos por cada 1000 mujeres se incrementó en 47% para las madres de 35 a 39 años (desde 2.9 a 4.3 por 1000) (6).

Con incremento sostenido en las mayores de 40 años. Lo que se evidencia en la Figura 1, al observar que en países industrializados, como Canadá, el número de embarazos en mayores de 35 años cada vez es mayor.

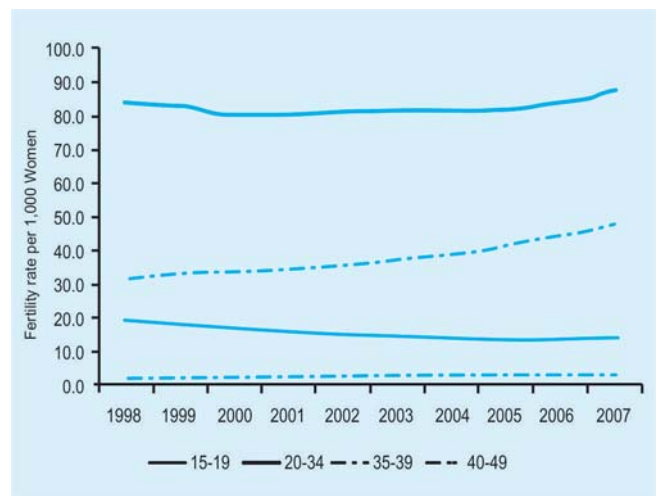


Figura 1. Rango de nacimientos por 1000 mujeres por grupo de edad. Canadá, 1998 a 2007. Según el Reporte Estadístico Anual de Canadá (CANSIM Tabla 102-4505).

Cuando una mujer mayor de 40 años se embaraza requiere de más cuidados y un minucioso control prenatal pues la maternidad a esta edad, se asocia con varios factores de riesgo; tanto para ella como para su bebé (7).

Dentro de los factores de riesgo asociados a la Maternidad Postergada, tenemos:

- aumento de frecuencia de abortos espontáneos
- aumento de la hipertensión inducida por la gestación
- aumento de anomalías congénitas
- aumento de prematuridad
- aumento de morbi-mortalidad materno perinatal
- aumento de número de cesáreas
- aumento de enfermedades maternas asociadas

ABORTOS ESPONTÁNEOS

Generalmente los abortos espontáneos, es decir; aquellos embarazos que se pierden en las primeras semanas de gestación sin causa desencadenante conocida son más frecuentes cuando la mujer es mayor de 40 años. Proponiéndose como principal causa en la mayoría de los casos a un mal acoplamiento cromosómico al momento de la fecundación y/o una mala división celular. Asimismo, se considera que el mal funcionamiento ovárico (insuficiencia luteínica) tendría cierto porcentaje de aleatoriedad con la “falla” endometrial observada (8, 9).

ANOMALÍAS CONGÉNITAS

Muchas anomalías congénitas terminan en un aborto espontáneo debido a una gran alteración del tejido fundamental, haciéndolo incompatible con la vida.

Sin embargo; después de los 40 se hace notoria la presencia del “mongolismo” ó trisomía 21 y sus variantes. Esto se debe a que a esta edad el número de embarazos disminuye de manera significativa por lo que aun teniendo la misma incidencia que a menor edad, se hace evidente. Pues la trisomía 21 se presenta a cualquier edad incluso en mujeres que no llegan a los 30 años.

Otro porcentaje de anomalías congénitas que no afectan de manera significativa el desarrollo del feto permiten el nacimiento y adaptación sin limitación significativa (implantación de pabellón auricular, dedos supernumerarios, pie varo o cavo, asimetría de miembros entre otros) (10). Figura 2.

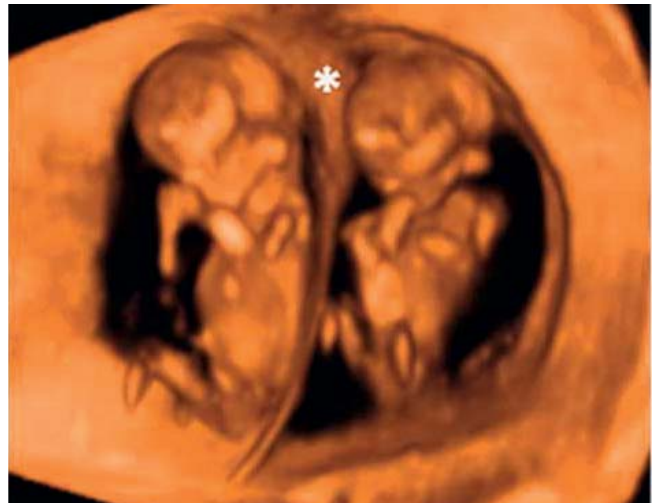


Figura 2. La ecografía del I Trimestre permite el diagnóstico temprano de malformaciones o alteraciones placentarias.

En los últimos años, la amniocentesis ha permitido determinar anomalías cromosómicas desde el primer trimestre de la concepción. Siendo el Profesor de Pediatría de la Escuela de Medicina de Harvard, Aubrey Milunsky, el pionero en este campo.

AUMENTO DE RIESGO FETAL

La prematuridad es un problema de salud que sigue siendo una preocupación por su alto índice de morbi-mortalidad neonatal independientemente de la capacidad resolutoria del servicio de salud. En una mujer mayor de 40 años se hace más frecuente este diagnóstico independientemente del control prenatal y la atención obstétrica de “primer nivel” (11). Figura 3.



Figura 3. La Prematuridad es el principal factor de morbimortalidad perinatal.

Debiendo considerar como factor de riesgo asociado el bajo y muy bajo peso al nacer, pequeño para la edad gestacional y mortalidad fetal. Siendo muy complejo entender la relación entre edad materna y peso al nacimiento. Pero comprendiendo que por la edad materna habrá una capacidad funcional disminuida en el útero y efectos sinérgicos relacionados a enfermedades sistémicas (12, 13).

AUMENTO DE MORBI-MORTALIDAD MATERNO PERINATAL

Todo embarazo en una mujer mayor de 35 años se considera de alto riesgo. Esto debido a que la mujer no se adapta de manera adecuada a los cambios que ocurren en el embarazo (ganancia de peso, dilatación vascular, funcionamiento renal y hormonal), siendo incluso más lábil emocionalmente y menos tolerante a los cambios que normalmente ocurren en la gestación. Por lo que será más frecuente la presencia de enfermedades intercurrentes que afectan su bienestar y el de su bebé. De todas ellas, la hipertensión inducida de la gestación sigue siendo principal causa de morbilidad materna fetal (14).

AUMENTO DE CESÁREAS

Aunque no es una justificación el tener más de 40 para ser operada, sin embargo; la presencia de enfermedades intercurrentes, la falta de adaptación emocional y la aprehensión materna, así como el pensar que la cesárea es más segura que el parto vaginal, la induce a desear terminar cuanto antes con el embarazo, buscando por ella misma ser operada. Otras veces ya llega con un factor condicionante (cirugía uterina previa: miomectomía, o método de fertilización) que definitivamente incrementa el número de cesáreas (15, 16).

Sin embargo; aun teniendo indicación para ser operada recomendamos la Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) es decir; la preparación para el parto, método integral que a través de una preparación teórica, física y emocional ayudará a la madre sin excluir al papá a tomar con naturalidad y sin temores este nuevo estado de vida, motivándola y haciéndola más participativa. De esta manera colaborará de manera efectiva durante el embarazo y el momento

del parto, ayudando a la colocación de la anestesia y facilitando la atención médica. Debiendo recordar, que la estimulación prenatal es parte de la PPO y que tiene como principal objetivo el contribuir a consolidar el vínculo afectivo de los papas con él bebe y “no para hacer creer a los padres que tendrán bebes genios” (17, 18).

FACTORES ASOCIADOS

Por lo expuesto anteriormente es fácil comprender que a mayor edad existe una menor adaptación a los cambios anatómicos y fisiológicos que ocurren durante el embarazo, siendo frecuente el diagnóstico de diabetes gestacional, pre-eclampsia (hipertensión gestacional asociada a aumento de peso y edema), anemia, entre otros. Situación que como hemos analizado incrementa su riesgo así como el riesgo de su bebé (19).

Enfermedades que deben ser prevenidas y/o detectadas a tiempo solucionándolas satisfactoriamente, teniendo como único requisito acudir puntualmente al control prenatal, a su preparación para el parto (Psicoprofilaxis Obstétrica) y cumpliendo eficientemente con la indicación de su médico. Figura 4.



Figura 4. La Psicoprofilaxis Obstétrica no tiene contraindicaciones.

Otro aspecto importante a considerar, es que en la actualidad muchas mujeres al llegar a los 40 se encuentran solas, sin pareja definida o definitiva y que al darse cuenta de su Maternidad Postergada quieren “remediar” cuanto antes tal situación buscando en la inseminación o en otro procedimiento de fertilidad, la gestación que de manera natural no puede alcanzar. Siendo muy necesario considerar el factor paterno, tanto en su papel reproductivo como en las responsabilidades económicas y emocionales asociados al embarazo.

Los costos para el cuidado y manejo del embarazo y parto de la madre mayor de 40 años, siempre será alto, dadas las complicaciones asociadas (cesárea, parto instrumentado, parto pretérmino y mayor estancia hospitalaria) (20).

En conclusión, la información y una buena comunicación entre la mujer y el profesional de la salud son necesarios para tomar la mejor decisión, debiendo tener como pilar fundamental: La ética aplicada a cada decisión. La misma que debe mantenerse incólume durante el acompañamiento al nacimiento; brindando en todo momento seguridad, confianza y honestidad en tiempos en los que la Maternidad Postergada cada vez será más frecuente y muy deseada. Término y definición que aportamos a la obstetricia moderna.

Fuentes de financiamiento

El artículo ha sido autofinanciado por el autor.

Conflictos de interés

El autor no tiene ningún conflicto de interés en la publicación del presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Welles-Nystrom B. The meaning of postponed motherhood for women in the United States and Sweden: aspects of feminism and radical timing strategies. *Health Care Women Int* 1997; 18(3): 279-99.
2. Skirbekk V, Kohler, H and Prskawetz. Birth Month, School Graduation, and the timing of births and marriages. *Demography* 2004; 41(3): 547-68.
3. Paredes N. Maternidad Postergada: Una propuesta a la fertilidad después de los 40. *Boletín Científico ASPPO* 2000; 2(6): 4.
4. Mandel H and Semyonov M. A Welfare state paradox: State interventions and Women's Employment Opportunities in 22 Countries. *Am J of Sociology* 2006; 111:1910-49.
5. Kemkes-Grottenthaler A. Postponing or Rejecting Parenthood?. Results of a survey among Female Academic Professionals. *J Biosoc Sci* 2003; 35(2): 213-26.
6. Statistics Canada. Live Births, by age of Mother, Canada, Provinces and Territories, Annual (CANSIM Table 102-4503), last modified 2009. Accedido el 04 de enero de 2013 desde: http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.exe?Lang=E&CNSM-Fi=CII/CII_1-eng.htm.
7. Paredes N. Maternidad Postergada. En: *Hacia una nueva primavera...De la mujer después de los 40*. 2da Ed. Lima-Perú: Cimagraf; 2008; 31-37.
8. Khoshnood B, Bouvier-Colle MH, Leridon H, Blondel B. Impact of advanced maternal age on fecundity and women's and children health. *J Gynec Obstet et Biol Reprod* 2008; 37(8): 733-47.
9. Donoso E, Becker J, Villarroel L. Evolution of nataly and reproductive risk in women of 40 or more years in the 90 decade. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002; 67: 139-42.
10. Donoso E, Carvajal JA. Maternal, perinatal and infant outcome of spontaneous pregnancy in the sixth decade of life. *Maturitas* 2008; 59(4): 381-6.
11. Salihu HM, Shumpert MN, Slay M, Kirby RS, Alexander GR. Childbearing beyond maternal age 50 and fetal outcomes in the United States. *ObstetGynecol* 2003; 102: 1006-14.
12. Matsuo H. The Postponement of Motherhood and its Child Health Consequences: Birth Weight and Weight Gain during the First Year of Life. *Vienna Yearbook of Population Res* 2006; 91-114.
13. Tough S, Newburn-Cook C, Johnston D, Svenson S, Rose S and Belik J. Delayed childbearing and its impact on population

- rate changes in lower birth weight, multiple birth, and preterm delivery. Paediatrics 2002; 109: 399-403.
14. Katwijk V, Peeters L. Clinical Aspects of Pregnancy After the Age of 35 Years: A Review of the Literature. Human Reprod Update 1998; 4(2): 185-94.
 15. Joseph K, et al. The Perinatal Effects of delayed Childbearing. Obstet Gynecol 2005; 105(6): 1410-1418.
 16. Fox N, et al. Outcomes of Multiple Gestations with Advanced Maternal Age. J of Maternal-Fetal and Neonatal Med 2009; 22(7): 593-596.
 17. Morales S. Ventajas en la Madre. En: Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica. 3ra Ed. Lima-Perú: Cimagraf; 2010; 157-160.
 18. Morales S. PPO y Acompañamiento. En: La Psicoprofilaxis Obstétrica como Eje de la Prevención Pränatal. 1ra Ed. Lima-Perú: Cimagraf; 2004; 109-116.
 19. Bewley S, Ledger W and Nikolaou D. Consensus Views Arising from the 56th Study Group: Reproductive Ageing. Royal College of Obst and Gynaecol 2009; 353-356.
 20. Moster D, et al. Long-Term Medical and Social Consequences of Preterm Birth. NEJM 2008; 359(3): 262-273.

Correspondencia:

Napoleón Paredes Pérez
Dirección: Av. Benavides 4994. Surco. Lima-Perú.
Teléfono: (51 1) 421-0979
Correo electrónico: isafem@gmail.com

Recibido: 10 de diciembre de 2012
Aprobado: 20 de febrero de 2013