



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1997; 43 (2) : 121-124

Embarazo en primigesta añosa

EDUARDO MARADIEGUE, JORGE SALVADOR

Resumen

OBJETIVO: Determinar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en las primigestas añosas. **MATERIAL MÉTODOS:** estudio retrospectivo transversal de las 133 primigestas de 35 a más años atendidas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre el 1º de enero de 1992 al 31 diciembre de 1996, comparándolas con las 5,006 primigestas de 20 a 29 años atendidas en el mismo período. **RESULTADOS:** La incidencia de patología materna es más elevada en las primigestas añosas, con un RR de 8,55 para hipertensión arterial previa, 2,49 en eclampsia, 1,39 en pre eclampsia, 2,18 en desproporción cefalopélvica y 2,03 en la hemorragia del 3er trimestre. La cesárea tiene un riesgo relativo de 2,55. En el neonato, el riesgo relativo es mayor para membrana bialina (4,09) apnea neonatal (3,47), hiperbilirrubinemia (3,71) y defectos congénitos (1,5). La tasa de mortalidad materna en las añosas es de 751,9 x 100,000 nacidos vivos y la de mujeres de 20 a 29 años 172,3. La tasa de mortalidad peruana es de 29,6 por 1,000 N.V. en las añosas y 19,6 en las mujeres de 20 a 29 años.

Palabras clave: Embarazo, primigesta añosa, morbimortalidad materna, morbimortalidad perinatal.

Summary

OBJECTIVE: To determine the maternal perinatal morbidity and mortality in the first pregnancy of the older women. **MATERIAL AND METHODS:** Retrospective and transversal study of 133 older women 35 years old or more who had their first pregnancy attended at Cayetano Heredia National Hospital between January 1st and December 31st 1996. They were compared with 5,006 women who had their first pregnancy at of 20 to 29 years old and attended in the same period of time. **RESULTS:** The incidence of maternal pathology is more frequent in the first pregnancy of older women with a relative risk (RR) 8,55 for previous arterial hypertension, 2,49 for eclampsia, 1,39 for pre eclampsia, 2,18 for cephalopelvic disproportion and 2,03 for hemorrhage of third trimester of pregnancy. Cesarean section has a relative risk of 2,55. For the newborn the relative risk is higher for hyalina membrane (4,09), neonatal apnea (3,47), hyperbilirrubinemia (3,71), and congenital defects (1,5). The maternal mortality rate in older women was 751,9 x 100, 000 newborns and the rate for women 20 to 29 years was 172,3. The perinatal mortality rate type I was 29,6 per 1,000 newborns for the women and 19,6 in these women 20 to 29 years.

Key words: First pregnancy, older women, maternal and perinatal morbidity mortality.

Introducción

El embarazo en los extremos de la vida reproductiva es considerado como factor de riesgo, por el aumento de la patología materno perinatal que se presenta.^{3,4}

La incidencia de gestaciones en estas edades está aumentando en las dos últimas décadas. La mayor incidencia de embarazos en la adolescencia es por el inicio de relaciones sexuales cada vez más temprano y por la falta de educación sexual y anticoncepción en este grupo etario de riesgo. El aumento de la incidencia de embarazos de las mujeres de 35 ó más años en los países desarrollados es debido a que estas pacientes prefieren posponer su embarazo hasta lograr una mejor posición económica y/o educacional. No hay trabajos en nuestro país que expliquen el aumento de gestaciones en este grupo poblacional.



La patología materna más prevalente descrita en mujeres de 35 o más años son: la enfermedad hipertensiva del embarazo, las enfermedades crónicas y, dentro de ellas, la hipertensión arterial crónica y la diabetes, con un aumento de la cesarea durante la atención del parto. Dentro de la patología neonatal más frecuente se encuentra el aumento de la incidencia de anomalías congénitas. Además están descritos aumento del aborto espontáneo y una mayor proporción de infertilidad.⁴

El objetivo de este estudio es determinar el estado actual de la morbilidad materno perinatal en las primigestas añosas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Material y métodos

Estudio retrospectivo transversal de las primigestas de 35 ó más años atendidas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre el 1ro de enero de 1992 al 31 de diciembre de 1996, ingresadas a la base de datos del Sistema Informático Perinatal, del Centro de Cómputo del Departamento de Ginecología y Obstetricia, comparándolas con las primigestas entre 20 y 29 años ingresadas en la misma base de datos y en el mismo tiempo.

Durante el período de estudio se atendió 21,734 partos; de ellos 133 fueron en primigestas entre 35 y 49 años, que corresponde al 0,6% del total de partos, comparadas con las 5,006 primigestas entre 20 y 29 años, que corresponden al 23,0% del total.

Y el estudio de 2,203 abortos atendidas entre el 1ro de setiembre de 1993 al 15 de agosto de 1996 ingresados en el Sistema Informático Perinatal.

Se incluyó todas las pacientes atendidas por parto y aborto y durante esos períodos de tiempo: no se excluyó paciente alguna.

	20 -29		35 - 49		RR/IC
	%	No.	%	No.	
Patología materna	50,1	2506	63,9	85	1,27 (0,97-1,66)
Embarazomúltiple	0,8	38	1,5	2	0,69 (0,10-4,85)
Hipertensión previa	0,1	7	1,5	2	8,59 (2,50-29,49)
Pre eclampsia	12,3	618	17,3	23	1,39 (0,90-2,14)
Eclampsia	0,6	29	1,5	2	2,49 (0,65-9,62)
Infección urinaria	9,6	483	8,3	11	0,86 (0,44-1,64)
RCIU	1,1	55	0,8	1	0,69 (0,10-485)
Amenaza parto prem.	1,8	90	1,5	2	0,84 (0,21-3,34)
DCP	2,7	134	6,0	8	2,18 (1,09-4,36)
Hemorragia 1er. trim.	1,5	74	2,3	3	1,51 (0,49-4,62)
Hemorragia 3er. trim	1,4	72	3,0	4	2,03 (0,77-5,36)
Ruptura prem. memb.	17,5	878	21,8	29	1,24 (0,83-1,83)
Total		4947		133	



Tabla 2. Patología del parto					
	20-29		35-49		
	%	No.	%	No.	RR/IC
RMP > 24 hrs.	16,8	843	16,5	22	0,96 (0,60-1,58)
Inicio no espontáneo	13,4				
Parto prematuro	7,8	392	10,5	14	1,34 (0,74-2,41)
Terminación					
Forceps	21,1	1066	11,1	15	0,54 (0,32-0,91)
Vacuum	4,4	223	3,0	4	0,68 (0,25-1,82)
Cesárea	22,5	1134	59,3	80	2,55 (1,96-3,34)
Total		4947		133	

Resultados

En la Tabla I sobre la patología materna observamos que los porcentajes son mayores en las gestantes de 35 a 49 años que en las de 20 a 29 años. Los riesgos relativos (RR) de las gestantes añosas en relación a las jóvenes son para hipertensión previa 8,55, eclampsia 2,49, preeclampsia 1,39, desproporción céfalo pélvica 2,18, hemorragia del I trimestre 1,55, hemorragia del III trimestre 2,03 y para ruptura prematura de membranas 1,4.

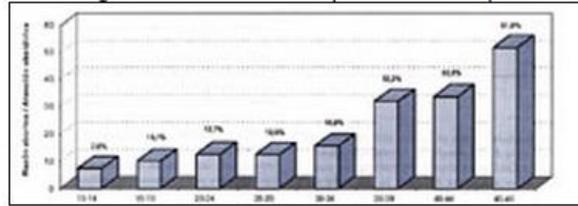
En la Tabla 2 sobre patología del parto observamos que en las gestantes de 35 ó más años los porcentajes y el RR están aumentados en inicio no espontáneo del parto (1,96), parto prematuro (1,34) y término de parto por cesárea (2,55).

En cuanto a la patología neonatal (Tabla 3) el riesgo relativo (RR) en las pacientes añosas es mayor que en todos los parámetros estudiados: Apgar del primer minuto menor de 3 (1,74), prematuros (1,70), neonatos grandes para su edad gestacional (1,92), membrana hialina (4,09), apnea neonatal (3,47), hiperbilirrubinemia (3,71), infección neonatal (2,73), defecto congénito (1,5), con respecto a las mujeres de 20 a 29 años.

Tabla 3. Patología neonatal					
	20 -29		35 - 49		
	%	No.	%	No.	RR/IC
Apgar 4 - 6	3,4	169	3,0	4	0,88 (0,33-2,36)
0-3	1,7	84	3,0	4	1,74 (0,66-4,59)
Con alguna patología	9,0	443	12,8	17	2,43 (0,82-2,44)
Prematuros	6,9	343	12,0	16	1,70 (1,32-2,83)
Membrana hialina	0,5	25	2,3	3	4,09 (1,39-12,08)
Apnea	0,2	10	0,8	1	3,97 (0,53-22,67)
Hiperbilirrubinemia	1,3	65	5,3	7	3,71 (1,82-7,66)
Infección	1,6	78	4,5	6	2,73 (1,24-6,01)
Defectos congénitos	0,7	35	1,5	2	2,06 (0,53-8,03)
PEG	16,2	800	13,5	18	0,85 (0,52-1,38)
GEG	3,5	172	6,8	9	1,97 (0,99-3,71)
Total		4947		133	



Figura 1. Epidemiología del aborto incompleto. Aborto por atención obstétrica



La tasa de mortalidad perinatal I (Tabla 4) en las mujeres entre 35 a 49 años es 29,6 por 1000 nacidos vivos, es mayor que los 19,6 por 1000 nacidos vivos de las mujeres entre 20 a 29 años.

Asimismo, la mortalidad materna es mayor en las primigestas añosas, con una tasa o razón de 751,9 por 100,000 nacidos vivos, comparadas con los 172,3 por 100,000 nacidos vivos de las mujeres de 20 a 29 años.

	20-29	35-49
Mortalidad perinatal	19,6	29,6
Neonatal precoz	6,6	15
Fetal tardía	13	14,6
Mortalidad materna	162,3 (8)	751,9 (1)
Nacidos vivos	4928	133

Edad	Tipo de aborto incompleto						Abortos		Partos	
	No infectado		infectado		Séptico		Total		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
< 19 años	206	10,8	21	15,6	2	7,7	229	11	2171	16,3
20 - 34 años	1314	68,7	98	72,6	18	69,2	1430	69,0	9747	73,4
> 35 años	392	20,5	16	11,8	6	23,1	414	20,0	1362	10,3
Total	1912	100,0	135	100,0	26	100,0	2073	100,0	13280	100,00

x² = 149,927 p < 0,0001

En el trabajo que realizamos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre 1993 y 1996 sobre la epidemiología del aborto incompleto (Tabla 5), hemos encontrado un riesgo relativo de 2,96 en las añosas en comparación a las jóvenes y la razón entre aborto y atención obstétrica (Figura 1) es más elevada en la mujer añosa; esta razón se duplica de los 30 y 34 años (15,8) a los 35 y 39 años (32,2).

Discusión

Teniendo este grupo poblacional de primigestas añosas una alta incidencia en la morbilidad materna fetal, es necesario una captación temprana de estas gestantes para una detección de los posibles riesgos y un control estricto del embarazo.

Una de las patologías que con mayor frecuencia se observa en las gestantes añosas es la enfermedad hipertensiva del embarazo; sin embargo nuestros porcentajes son mucho mayores, tanto en las jóvenes como en las añosas, al compararlos con las cifras publicadas de 2 a 6% en la literatura para las pacientes entre 20 y 29 años y de 4 a 8% en las primigestas de más de 35 años. 3,5,8



Edad	Odds ratio(RR)
< 19 años	1,00
20 - 34 años	1,,39
>35 años	2,89

Las enfermedades crónicas tienen una alta incidencia, en especial la diabetes mellitus, informando Bianco3 un RR de 2,7 en nulíparas añosas. Sin embargo, en nuestro estudio no se encuentra diabetes, lo que debe ser motivo para un estudio con mayor especificidad para diabetes en este grupo poblacional.

En cuanto a la prematuridad y el peso mayor para su edad gestacional, que se indica en los neonatos de estas mujeres añosas, tanto en nuestro estudio como en las comunicaciones de la literatura, son debidos a la insuficiencia circulatoria de la toxemia e hipertensión arterial y al aumento de la diabetes mellitus, respectivamente. 2,4,8

La patología más saltante en el parto es el aumento en la incidencia de cesáreas en las añosas, ya que se duplican de las de 20 a 29 años. Adascheck1 y Peipert7 publican una incidencia de cesáreas del 21,6% y 32,1% para las primigestas de 35 años ó más y de 10,2 y 16,8% para las mujeres de 20 a 29 años, respectivamente, y Bianco3 refiere un RR de 3,1. Nosotros en este estudio hemos encontrado 22,5% para las jóvenes, 59,5% para las añosas y un RR de 2,55. El aumento en la incidencia de cesárea no tan sólo es debido a la patología materna, sino también que, al ser un feto valioso, los cirujanos deciden realizar un parto abdominal, en cirugía electiva, para poder contar con una atención especializada adecuada para el neonato.1,6,7,9

En el Hospital Nacional Cayetano Heredia encontramos un aumento de hemorragia del I y III trimestre en las pacientes añosas. En la literatura se indica aumento del porcentaje de desprendimiento prematuro de placenta en la mujer añosa, que no lo hemos observado. 4,10

A pesar de la disminución de tasa o razón de mortalidad materna en los Estados Unidos, la de las mujeres añosas es cuatro veces mayor que las jóvenes; esta misma proporción la encontramos nosotros en nuestro estudio.4 La diferencia de la tasa de mortalidad perinatal I entre las primigestas añosas y las primigestas entre 20 a 29 años, como consecuencia de la elevada tasa de mortalidad neonatal precoz que ocurre en los recién nacidos de las mujeres de 35 ó más años, es quizá por falta de equipos sofisticados para la atención de estos recién nacidos con riesgo.

En las publicaciones refieren que la incidencia de aborto espontáneo, tanto en los embarazos espontáneos como los realizados por inseminación artificial, son mayores en las primigestas añosas. En el estudio sobre la epidemiología de aborto incompleto realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre 1993 a 1996 encontramos mayor incidencia de mujeres mayores de 34 años en el total de abortos, que en el total de partos. 4,5

En conclusión, las mujeres añosas tienen mayor incidencia de hipertensión crónica, preeclampsia, eclampsia, parto por cesárea que ocasiona mayor patología neonatal, mortalidad maternal y perinatal, además de una mayor incidencia de anomalías congénitas y de abortos espontáneos.

Referencias bibliográficas

1. Adashek JA, Peaceman AM, Lopez Zeno JA, Minogue JP, Min D, Socol MI. Factors contributing to the increased cesarean birth rate in older parturient women. Am J obstent Gynecol 1993; 169(4): 936-940.
2. Berkowitz GS, Skovron ML, Lapinsk RH, Berkowitz RI. Delayed Childbearing and the outcome of pregnancy. N Engl Med 1990; 322(10): 659-64.
3. Bianco A, Stone J, Lynch L, Lapinski R, Berkowitz G, Berkowitz R. Pregnancy outcome at age 40 and older. Obstet Gynecol 1996; 87(6): 917-22
4. Hansen PJ. Older maternal age and pregnancy outcome. A review of the literaure Obstent Gynecol Surv 1986, 41(11): 726-41.
5. Maradiegue E. Epidemiología del aborto incompleto, tesis doctoral en salud pública U.P.C.H. 1997.
6. Peaceman AM, López - Zeno JA, Minogue JP, Min D, Socol ML. Factors that influence route of delivery active versus traditional labor management. Am J obstent Gynecol 1993; 169: 940-4.



7. Peipert JF, Bracken MB. Maternal age: An independent risk factor for cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1993; 81(2): 200-5.
8. Prysak M, Lorenz RP, Kisly A. Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years and older. *Obstet Gynecol* 1995; 85(1): 65-70.
9. Vickiler E, Laros RK. Pregnancy outcome in nulliparous women aged 35 or older *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 1881-5.
10. Zhang J, Savtz DA, Hill CH. Maternal age and placenta previa: A population-based, case-control study. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168(2): 641-4.