

RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y NEONATALES DE MUJERES DE 40 AÑOS O MÁS DURANTE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMÓN

Lic. Ganly Micaela^a, Lic. Salazar Natalia^a, Lic. Schwuger Ingrid^a, Lic. Veiga María Angélica^b

^aLicenciada Obstétrica Residente de 3 año de Clínica Obstétrica del HMIRS.

^bLicenciada Obstétrica, titular de planta y Coordinadora Local de residentes del HMIRS.

RESUMEN

Introducción: La maternidad es postergada por factores multicausales. Describiremos a mujeres con EMA con la idea de contribuir a nuestro ejercicio profesional en la asistencia de estas mujeres en el contexto del nacimiento. **Objetivo General:** Conocer los resultados perinatales de estas mujeres asistidas en el HMIRS desde 2011 a 2020; **Objetivos específicos:** Conocer la tendencia del número de madres con EMA en el HMIRS en los últimos 10 años; Conocer los antecedentes obstétricos de estas mujeres y Describir las patologías asociadas al embarazo. **Metodología:** estudio observacional, descriptivo de corte transversal retrospectivo. **Resultados:** promedio general de embarazos con EMA: 2.81%. El 55.19% de las mujeres tuvieron menos de 3 partos vaginales anteriores, el 88.26% menos de 2 cesáreas anteriores. Encontramos patologías previas en el 41.34% siendo la más prevalente la Obesidad (25.35%). El 76.07% presentó alguna patología gestacional, destacándose la Anemia en el 35.34%. El 50.77% fueron partos espontáneos. El 87.03% de los neonatos no requirió asistencia médica, el 84.76% fueron de término y el 79.57% con peso acorde. **Discusión:** tratándose de gestaciones de alto riesgo con requerimiento de interdisciplinariedad, invitamos a repensar la planificación familiar, para decisiones informadas en casos subsiguientes. **Conclusión:** Se evidencia una tendencia en aumento de embarazos con EMA. Tanto las patologías prevalentes como las concomitantes hacen que estas gestaciones representen embarazos de alto riesgo, que han requerido trabajos interdisciplinarios que nuestra institución ha logrado proveer, hecho que se ve reflejado en los resultados óptimos, tanto obstétricos como neonatales.

ABSTRACT

Introduction: Motherhood is postponed by multi-causal factors. We will describe women with AMA with the aim to contribute to our professional practice of assisting these women in the context of birth. **General Objective:** To know the perinatal outcomes of these women assisted in the HMIRS from 2011 to 2020; **Specific objectives:** To observe the trend in the number of mothers with AMA in the HMIRS in the last 10 years; to Know the obstetric history of these women and describe the pathologies associated with pregnancy. **Methodology:** Observational, descriptive, cross-sectional, retrospective study. **Outcomes:** Overall average of pregnancies with AMA: 2.81%. 55.19% of women had less than 3 previous vaginal deliveries, 88.26% less than 2 previous cesarean sections. We found previous pathologies in 41.34%, the most prevalent being Obesity (25.35%). 76.07% presented some gestational pathology, with Anemia the most frequent: 35.34%. 50.77% were spontaneous deliveries. 87.03% of the newborns did not require medical assistance, 84.76% were full-term and 79.57% had corresponding weight. **Discussion:** In cases of AMA pregnancies, which are considered high-risk pregnancies, requiring an interdisciplinary approach, we invite you to rethink family planning, for informed decisions. **Conclusion:** There is an increasing trend in pregnancies with AMA. The prevalent and other concomitant pathologies make these pregnancies become high-risk, which require interdisciplinary work that our institution has been able to provide, a fact that has been reflected in optimal results, both obstetric and neonatal.

AMA: advanced maternal age.

INTRODUCCIÓN

Con el correr de los años se ve a la maternidad postergada debido a múltiples factores, principalmente los cambios socioculturales y a la necesidad económica que llevó a las mujeres a trabajar, a esto se le agrega las nuevas técnicas de fertilidad asistida que facilita el acceso a la concepción a edades más avanzadas. Esto se puede ver tanto en países desarrollados como subdesarrollados, en Cuba, en el año 2006, 24,1 por cada 1000 embarazadas correspondió a mujeres añosas¹. Un estudio realizado en Chile, mostró un total de 16.338 partos, de los cuales un 10.9% fueron en mujeres entre 35 y 39 años y 3.6% en embarazadas de 40 años o más². En la Ciudad autónoma de Buenos Aires, con respecto al año 2018 hubo un total de 35467 nacidos vivos, de los cuales 2628 corresponden a nacimientos de mujeres de 40 años o más y 325 nacidos vivos de mujeres de 45 años o más³. En la misma región, pero en el año 2017 hubo un 12% de nacimientos de mujeres de 35 años o más⁴.

Consideramos relevante observar y describir cuáles fueron los resultados obstétricos y neonatales de mujeres con EMA en el HMIRS, en vistas de conocer, entre otras variables, si el incremento en la edad materna acompaña o no el incremento del índice de cesáreas a lo largo de los últimos 10 años, no sólo por el hecho de considerar ambas variables como riesgos eventualmente potenciados recíprocamente, sino además por considerar que la edad materna avanzada es un factor obstétrico cada vez más frecuente por fenómenos multicausales. Nuestros resultados serán relevantes en materia de salud pública, y podrán ser utilizados como generadores de nuevas hipótesis y ser el puntapié inicial para mejorar acciones de promoción y prevención en el desempeño asistencial; como en el plano de políticas públicas de salud a favor de los/as usuarios/as.

MARCO TEÓRICO

Respecto al rango etario que se encierra en el término “Edad Materna Avanzada” (EMA), varía según cada país. En esta investigación nos basamos en la franja etaria mayor o igual a 40 años ya que nos apoyaremos en la guía de práctica clínica del HMI Ramón Sardá para mujeres con EMA⁵.

Como característica destacable, mencionamos la asociación de enfermedades previas al estado gravídico, o patologías. En un trabajo de investigación, realizado entre 1997 y 1999, en el cual “se comparaba la vía de finalización entre mujeres en EMA y mujeres de menor edad, se estudió un total de 25.356 mujeres que dieron a luz durante el período de estudio y 468 (1.8%) pertenecían a mujeres de mayor o igual a 40 años. Estas últimas tenían un mayor riesgo de parto por cesárea (nulíparas 18%; multíparas 14%) en

comparación con los grupos de control más jóvenes. Este aumento puede explicarse por el aumento en la incidencia de complicaciones obstétricas”⁶. Debemos hacer hincapié en los hábitos de estas mujeres como por ejemplo la obesidad la cual “se observa con mayor frecuencia en este grupo, y este trastorno se relaciona con un incremento en las complicaciones durante el embarazo”⁷.

Con respecto a la finalización del embarazo en mujeres con EMA, un trabajo realizado en México con un total de 163 mujeres de 40 años o más obtuvo como resultado un 71.2% (116/163) de los casos la vía de nacimiento fue por cesárea y en 28.8% (47/163) por parto vaginal⁸.

Por lo desarrollado anteriormente podemos concluir en lo importante que es el control preconcepcional, el control prenatal y el control de las enfermedades asociadas o de aquellas propias del embarazo para llegar a un mejor resultado materno y prenatal.

Respecto a las definiciones conceptuales, no existe hasta este momento una definición con alcance universal para el término “EMA”. Sin embargo, hay autores quienes lo consideran cuando la gestación tiene lugar en mujeres de entre 38 a 40 años de edad o incluso mayores (España); otros, por ejemplo, lo consideran así para mujeres que estén por encima de los 35 años (Cuba y Europa). Sí podría decirse que existe cierta tendencia universal para considerar la edad como avanzada luego de los 40 años en general⁵.

Tales variaciones bien podrían deberse a las posibles implicancias de la edad de la madre sobre determinados resultados adversos perinatales y los hallazgos de aumento de riesgos en general asociados a la edad de las gestantes en los distintos lugares del mundo con las diferentes poblaciones en cuestión.

Particularmente en el HMIRS es considerada la edad de la mujer embarazada a partir de los 40 años inclusive como EMA. Es válido aclarar, que para el caso de una mujer de 39 años de edad al momento de comenzar sus controles antenatales, es de común acuerdo que para definir cómo será considerado ese embarazo respecto al bajo o alto riesgo, y por lo tanto al tipo de seguimiento y de estudios complementarios que serán solicitados, se constata si cumplirá los 40 años antes de la fecha probable de parto (FPP), de ser así, se abordará la atención del embarazo como EMA, caso contrario su seguimiento será por lo tanto de acuerdo al bajo riesgo.

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

General:

Conocer los resultados obstétricos y neonatales de las mujeres con EMA asistidas en el HMIRS en los últimos 10 años.

Específicos:

Conocer la tendencia del número de madres con EMA.

Conocer los antecedentes obstétricos.

Describir las patologías asociadas al embarazo.

HIPOTÉSIS

Consideramos que, a lo largo del tiempo, hay un aumento en el número de embarazos luego de los 40 años de edad.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal retrospectivo. La población fueron mujeres de 40 años o más que finalizaron su embarazo en el HMIRS en los últimos 10 años.

Durante dicho período, desde el 01-01-2011 al 31-12-2020 inclusive, fueron ingresadas al SIP un total de 55.562 nacimientos. De éstos, 1.516 correspondieron a mujeres de 40 años o más, teniendo en cuenta que un 15% aproximadamente (n=227) no contarían con todas las variables del estudio, se calculó una muestra de 1.289 HC ingresadas al SIP.

El tipo de muestreo fue consecutivo por conveniencia y se consideraron como criterios de inclusión a mujeres embarazadas con 40 años o más cuya finalización del embarazo se llevó a cabo en el HMIRS en el período de diez años, comprendido entre el 01 de enero de 2011 y 31 de diciembre de 2020. Como criterios de eliminación se tomaron que el evento obstétrico no fuese ingresado al SIP y la falta de alguna variable de análisis en la Historia Clínica Perinatal (HCP) del SIP.

La variable independiente fue la Edad materna y las dependientes fueron: Antecedentes gineco-obstétricos, Embarazo único, Vía de terminación, Nacimiento vivo, Episiotomía, Desgarros perineales, Grado de desgarro perineal, Otros tipos de desgarro, SCORE DE APGAR al 1° y 5° minuto, PESO al nacer, Edad gestacional por Método CAPURRO, Requerimiento de acciones de reanimación, Enfermedades maternas previas, Enfermedades maternas con diagnóstico concomitante en el estado de gravidez.

Para el análisis se consideraron las medias como medida de tendencia central y dispersión y las frecuencias según cada variable. Las variables dicotómicas fueron expresadas mediante su frecuencia absoluta (n) y relativa con porcentaje (%). Las variables continuas fueron resumidas mediante su media y desvío estándar (DS). Se reportó la prevalencia de cada variable en estudio en mujeres de 40 años o más.

El Instrumento utilizado fue una fuente secundaria. Los datos fueron extraídos de la HCP del SIP. La cobertura promedio en los últimos diez años en el HMIRS fue de 93.7% por lo que nos brindó una fuente confiable para poder obtener los datos y lograr recopilar la información necesaria para esta investigación.

La presente investigación cuenta con la aprobación del Comité de Ética en Investigación del HMIRS bajo el Protocolo N°3979.

RESULTADOS

En la Tabla I podemos observar las características de la población en estudio, que conformaron nuestra muestra. En las 1542 mujeres con Edad Materna Avanzada (EMA), encontramos, entre otras, que el 55.19% (n=851) de las mujeres tuvieron menos de 3 partos vaginales anteriores y el 97.34% (n= 1501) cursaron embarazos únicos. Por último, observamos que en el 58.69% (n=905) de las mujeres no refirieron patologías previas.

Tabla I: Características de la población de mujeres embarazadas de 40 años o más. 2011 a 2020.

VARIABLES	N= 1542	%
Antecedentes de abortos (no)	799	51.81
Antecedentes de emb. Ectópico (no)	1527	99.02
Antecedentes de partos vaginales (<3)	851	55.19
Antecedentes de cesáreas (<2)	1361	88.26
N° de fetos en gestación actual (único)	1501	97.34
Patologías previas al embarazo (no)	905	58.69

Fuente: elaboración propia

Del 41.31% (n= 367) de las mujeres que sí presentaron patologías previas a la gestación, hallamos como más prevalentes a la Obesidad con el 25.35% (n=180) (Tabla II).

Tabla II: Patologías Previas en embarazos de mujeres con Edad Materna Avanzada. 2011 a 2020.

PATOLOGÍAS PREVIAS	N= 710	%
Obesidad	180	25,35
Hipertensión	135	19,01
Diabetes	85	11,97
Trastornos tiroideos	77	10,85
Cirugía genito urinaria	49	6,90
Otra condición grave	37	5,21
Tuberculosis	33	4,65
Preeclampsia	28	3,94
Asma	26	3,66
Patologías del aparato genital	23	3,24
Virus inmunodeficiencia humana	23	3,24
Eclampsia	5	0,70
Infertilidad	5	0,70
Cardiopatía	3	0,42
Nefropatía	1	0,14

Fuente: elaboración propia

Por otra parte, en el 76.07% (n=1173) de las mujeres se les diagnosticó por lo menos 1 patología gestacional, destacándose, entre otras, Anemia en el 35.34% (n=563). En este punto mencionamos particularmente a la Neumonía en el 1.26% (n=20) de los casos, destacando que los mismos se deben a una complicación por COVID-19 dados únicamente encontrados en el año 2020. (Tabla III).

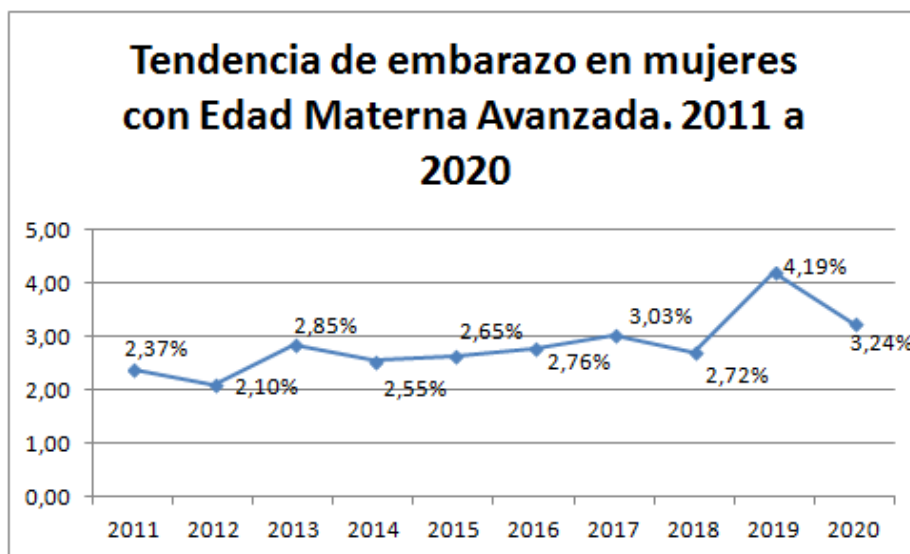
Tabla III: Patologías concomitantes en embarazos de mujeres con Edad Materna Avanzada. 2011 a 2020.

PATOLOGÍAS CONCOMITANTES	N =1593	%
Anemia	563	35,34
Diabetes gestacional	215	13,50
Rotura prematura de membranas	182	11,42
Hipertensión gestacional	176	11,05
Preeclampsia	136	8,54
Otras infecciones	103	6,47
Infección urinaria	87	5,46
Amenaza de parto pretérmino	58	3,64
Hemorragia Post Parto	40	2,51
Colestasis	39	2,45
Restricción del Crecimiento Intra Uterino	31	1,95
Hemorragia 3° trimestre	31	1,95
Infección Puerperal	25	1,57
Neumonía x COVID-19	20	1,26
Corioamnionitis	14	0,88
Hemorragia 2° trimestre	5	0,31
Eclampsia	3	0,19
Hemorragia 1° trimestre	1	0,06

Fuente: elaboración propia

Podemos observar en el Gráfico N°1 la tendencia de embarazos en mujeres con EMA en estos últimos 10 años, con un total de 1546 embarazadas, en el año 2001 representaron el 2.37% (n=152), ascendiendo levemente hasta llegar al pico máximo en el 2019 con el 4.19% (n=2011) y finalizando en el 2020 con 3.24% (n=150). El promedio general en los últimos 10 años fue de 2.81% (n=1546).

Gráfico N° 1: Tendencia de embarazo en mujeres con Edad Materna Avanzada. 2011 a 2020.



Fuente: elaboración propia

Referente a los resultados obstétricos, en el Gráfico N°2, se observa la vía de finalización de estas mujeres con EMA, donde el 50.77% (n=783) tuvo un parto espontáneo. De las 873 mujeres que han finalizado espontáneamente o de manera forcipal, encontramos que en el 93.93% (n=820) no tuvieron episiotomía, el 68.96% (n=602) no tuvieron desgarros perineales y en el 99.77% (871) no tuvieron ningún otro tipo de desgarros. Del 31.04%(n=271) que sí tuvieron desgarros perineales, el 61.25% (n=166) fue de 1° grado, 38.38% (n=104) de 2° grado y el 0.37% (n=1) de 3° grado.

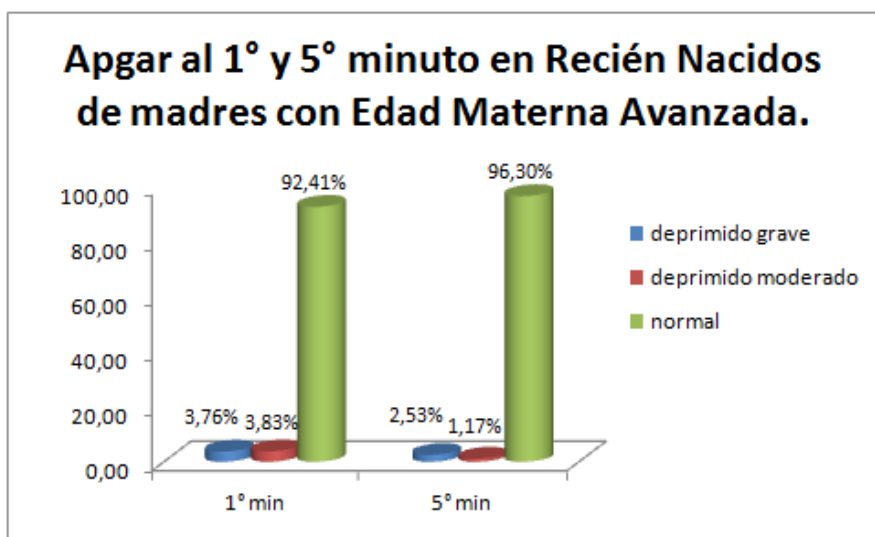
Gráfico N°2: Vía de finalización de embarazos en mujeres con Edad Materna Avanzada. 2011 a 2020



Fuente: elaboración propia

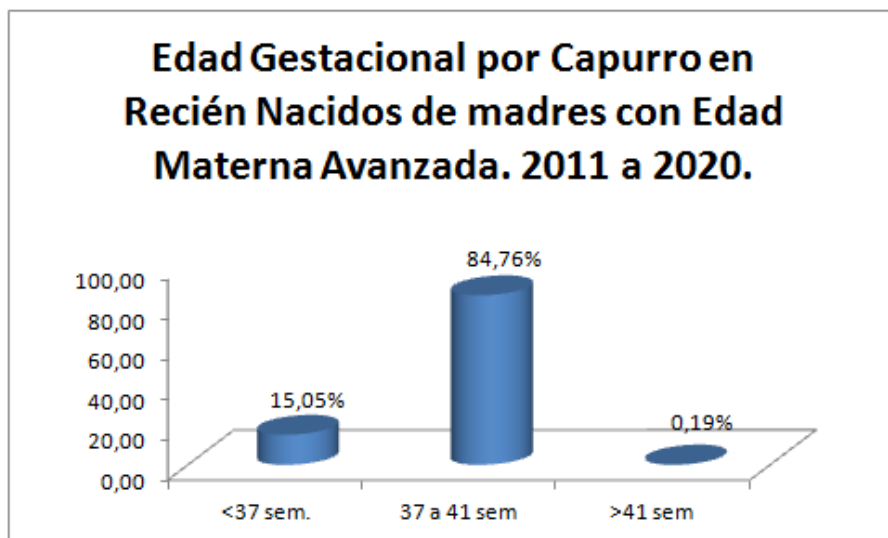
En relación a los resultados neonatales, mencionaremos que el 98.31% (n=1516) de los recién nacidos fueron vivos. El score de Apgar fue normal al 1° minuto en el 92.41% (n=1425) de los casos, y al 5° minuto en el 96.30% (n=1485) (Gráfico N°3). El 87.03% (n=1342) de los recién nacidos no requirió ninguna asistencia o maniobra de reanimación. La Edad Gestacional por Capurro, en el 84.76% (n=1307) de los casos fueron entre 37 y 41 semanas (Gráfico N°4). Por último, el 79.57% (n=1227) de los niños tuvieron un peso acorde a su Edad Gestacional.

Gráfico N°3: Apgar al 1° y 5° minuto en Recién Nacidos de madres con Edad Materna Avanzada. 2011 a 2020.



Fuente: elaboración propia

Gráfico N°4: Edad Gestacional por Capurro en Recién Nacidos de madres con Edad Materna Avanzada. 2011 a 2020.



Fuente: elaboración propia

DISCUSIÓN

En los últimos 10 años, desde 01 de enero de 2011 al 31 de diciembre de 2020 se han producido en el HMIRS un total de 58.527 nacimientos, de los cuales, 54.866 han sido ingresados al SIP, lo que refleja una cobertura del 93.7%. De este total de nacimientos ingresados (primer criterio de eliminación para conformar la muestra en estudio) el 2.82% (n= 1.546) tenían una edad materna mayor o igual a 40 años, pero aplicando el segundo criterio de eliminación por faltante de datos en alguna variable, la muestra final quedó conformada por 1.542, perdiendo solo 4 mujeres (0.26%) y conservando la proporción de mujeres con EMA sobre la población general de 2.81%.

En este grupo característico de mujeres en edad fértil, hemos notado cierta tendencia creciente para encarar un embarazo, la búsqueda de un hijo o hija y subsiguientemente la crianza, en etapas más tardías de la vida (Gráfico N°1).

Mayoritariamente se trató de una muestra sin antecedentes de abortos y embarazos ectópicos, con menos de 3 partos vaginales y en una amplia mayoría (88.26%) con menos de 2 cesáreas anteriores, cursando en el 97.34% de los casos embarazos únicos con recién nacidos de término y apgar normal al 1° y 5° minuto (92.41% y 96.30% respectivamente).

La vía de finalización predominante fue la vaginal y como resultado de ella, encontramos un altísimo porcentaje de nacimientos sin episiotomía (93.93%), sin desgarros perineales (68.96%) y sin otros tipos de desgarros tales como vaginales, parauretrales y/o cervicales entre otros (99.77%).

Por tratarse de mujeres con edad avanzada era esperable que un alto porcentaje de ellas (41.31%), presente patologías previas, y por otra parte, que alguna de ellas, presentase más de 1, lo que explica un total de 710 casos de patologías pre gestacionales descritas en la Tabla II.

Del mismo modo sucede con las patologías concomitantes donde 1173 mujeres desarrollaron por lo menos 1 patología y al describir cada una de esas enfermedades vemos que hubo 1593 eventos.

CONCLUSIÓN

Pudimos observar un aumento progresivo de mujeres cursando una gestación con EMA. Dicha observación, no solo se evidenció en nuestra institución, sino también en países subdesarrollados y en primermundistas, reflejado quizás desde hace aproximadamente tres décadas a esta parte.

Tal aumento, multicausal, podría responder por ejemplo, a los avances experimentales de la medicina en torno a las técnicas de fertilización asistida; cuestiones concernientes

al desarrollo profesional, estudios, etc. Otros posibles factores intervinientes, y más probables en el grupo poblacional de esta investigación, podrían ser el acceso deficitario a los sistemas sanitarios, bajo nivel educacional, incluso el analfabetismo, la desocupación y los niveles de pobreza que llevan a embarazos no planificados en mujeres de este grupo. Asimismo debemos contemplar el efecto del incremento en la expectativa de vida de las personas que tiene sobre la oportunidad para la maternidad y la reproducción en general.

En nuestra muestra de investigación, si bien los resultados tanto obstétricos como neonatales han sido mayoritariamente favorables, es importante mencionar que el 41.31% (n=637) de las mujeres tenían alguna patología al inicio del embarazo, y que en el 76.07% (n=1173) de estas mujeres se les diagnosticó por lo menos alguna enfermedad que requerirá seguimiento post parto para su reclasificación en una patología gestacional o previa.

Tanto las patologías prevalentes como las concomitantes, hacen que estas gestaciones de mujeres con EMA transiten un embarazo de alto riesgo, con requerimientos de trabajos multi e interdisciplinarios que nuestra institución logró brindar y dar respuesta, dato que se vio reflejado en los resultados óptimos obtenidos, tanto obstétricos como neonatales, en estos últimos 10 años.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Betancourt Gamboa K; et al. Aspectos epidemiológicos asociados a alteraciones del desarrollo en embarazadas arias. AMC 2010;14(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000200015&lang=es
- [2] Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Ríos M, Leighton L. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Rev. chil. obstet. ginecol. 2009;74(6) Santiago. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400002&lang=es
- [3] Ministerio de Salud. Estadísticas Vitales. Información básica. Argentina. 2018;5;62(47). Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/serie-5-estadisticas-vitales/>
- [4] Ministerio de Salud y desarrollo social. Sistema Informático Perinatal para la Gestión (SIP-G). Indicadores básicos República Argentina, 2017. 2018;(23). Disponible en : <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/sistema-informatico-perinatal-para-la-gestion-sip-g-indicadores-basicos-republica-argentina>

- [5] Valenti E, et al. Recomendaciones para el manejo de embarazos con edad materna avanzada. Hospital Materno Infantil Ramon Sarda. 2014;2(4). Disponible en: http://www.sarda.org.ar/images/EMA_GUIA_SARDA_2014_Dic-2014.pdf
- [6] Ziadeh S, Yahaya A. Pregnancy outcome at age 40 and older. Arch Gynecol Obstet 2001;265(1):30-3. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404040000122>
- [7] García Alonso I; Mislaine Alemán Mederos M. Riesgos del embarazo en la edad avanzada. Rev Cubana Obstet Ginecol 2010;36(4) Ciudad de la Habana oct.-dic. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400002&lang=es
- [8] Nolasco-Blé A, Hernández-Herrera R, Ramos-González R. Hallazgos perinatales de embarazos en edad materna avanzada. Ginecol Obstet Mex 2011;2012;80(4):270-275 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom124e.pdf>.