

ESTUDIO DE LAS GESTANTES DE EDAD AVANZADA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

Alejandro Schuller W¹, Gídder Benítez-Guerra², Lisbeth Andrade³, Omaira Soto³, Br. Miguel Schuller Arteaga⁴

RESUMEN: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo en 436 pacientes embarazadas atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario de Caracas, durante el período comprendido entre enero de 2000 y diciembre de 2003. Fueron distribuidas en dos grupos, el grupo "A" constituido por 212 embarazadas de 35 años o más, atendidas en la consulta de alto riesgo obstétrico y el grupo "B" conformado por 224 embarazadas menores de 35 años atendidas en la consulta prenatal de bajo riesgo. Los objetivos del estudio fueron determinar si es cierto que la edad materna avanzada es un factor de alto riesgo y determinar si el control prenatal, el control del parto y el puerperio hecho en la gestante de edad avanzada disminuye el grado de riesgo materno-fetal haciendo que su pronóstico sea similar al de las gestantes de menor edad con menos riesgo. En el grupo estudio hubo mayor porcentaje de complicaciones prenatales, destacándose la hipertensión. La cesárea tuvo una proporción del 45,29 %, siendo más frecuentes las de emergencia. Las cifras de amenaza de parto pretérmino fueron semejantes en ambos grupos. El puerperio fue de evolución satisfactoria con un número menor de casos para el grupo estudio. No hubo muertes maternas en ambos grupos. El peso de los recién nacidos fue adecuado muestra en ambos grupos con un porcentaje mayor de recién nacidos macrosómicos en el grupo estudio. La evolución neonatal tuvo un porcentaje mayor de casos no satisfactorios en las gestantes de edad avanzada. Se concluye que a pesar de ser las gestantes de edad avanzada un grupo de alto riesgo, el control adecuado y frecuente para la detección oportuna de las complicaciones y una conducta más intervencionista en la resolución de los casos y a una mayor atención de las madres en el posparto, así como de sus hijos en forma inmediata, hacen que los índices de morbimortalidad perinatal no muestren diferencias significativas con respecto al grupo control catalogado como de bajo riesgo.

Palabras clave: Embarazo, Gestante, Añosa, Alto riesgo, Edad avanzada, Control prenatal, Recién nacido.

ABSTRACT: A retrospective, comparative study control case was performed in 436 pregnant women assisted on the Hospital Universitario de Caracas, between January 2000 and December 2003. They were distributed in two groups, group "A" with 212 pregnant women 35 or more old years, assisted on Obstetrical High Risk Consultation and group "B" conformed by 224 pregnant women minor 35 year old. The objective was to determine if true than advanced age in pregnant women is a high risk factor; and the prenatal control, intrapartum and puerperal care in the pregnant women 35 or more years old minimizes the risk, making it similar to control group. In study group there were a larger percentage of prenatal complications, principally hypertension. Cesarean section was done in 45.29 %, often as emergencies. The premature delivery threat numbers were similar in both groups. Puerperal evolution was satisfactory with fewer cases for the study group. There were not maternal deaths in both groups. Weight of newborns showed in both groups a large percentage with standard weight, with a double incidence for macrosomics in the study group. Neonatal evolution had more unsatisfactory cases for the patients with advanced maternal age. We conclude that advanced age in pregnant patients is a high risk factor. Pregnant women with good health and an adequate prenatal care can reduce risks, resulting in a good maternal-fetal prognostic similar to the low risk group.

Key words: Pregnancy, Obstetrical high risk, Prenatal consultation, Advanced maternal age, Pregnant.

1 Profesor Agregado. Cátedra de Clínica Obstétrica "A". Facultad de Medicina UCV. Coordinador de la Consulta de Alto Riesgo Obstétrico. Hospital Universitario de Caracas.

2 Profesor Asistente. Cátedra de Clínica Obstétrica "A". Facultad de Medicina UCV. Coordinador de la Consulta Prenatal. Hospital Universitario de Caracas.

3 Especialista en Obstetricia y Ginecología.

4 Estudiante de Cuarto año de Medicina.

Recibido: 05-11-06.

Aceptado: 30-03-07.

INTRODUCCIÓN

El proceso de la gestación representa una eventualidad que puede ocurrir en toda mujer durante su vida reproductiva que en nuestro país está comprendida entre los 10 y 55 años de edad⁽¹⁻⁴⁾.

El embarazo conlleva una serie de modificaciones anatómicas, funcionales y psicológicas en la mujer, como parte de un conjunto de adaptaciones al aloinjerto que representa el nuevo ser en formación. Como resultado de ello se impone en muchos casos el uso de la reserva funcional de los diversos órganos y sistemas del compartimiento materno. De ahí que muchas mujeres hasta este momento aparentemente “sanas”, desarrollan una afección clínicamente manifiesta por la sobrecarga que produce el embarazo a su fisiología; con un efecto desfavorable sobre la gestación, con riesgo sobre la madre y el feto.

El embarazo en las mujeres de edad avanzada ha tenido siempre a través de los tiempos una gran repercusión tanto en la opinión pública en general, como en el gremio médico en particular. Para los primeros por su curiosidad y temor porque “la mujer está muy madura para la procreación”, mientras que para los segundos por el interés que representa esta situación en la mujer de edad avanzada al conllevar a todo un cúmulo de riesgos tanto para la madre como para su producto, y que a veces escapan en buena medida a los más solícitos cuidados obstétricos.

Nuestro país en vías de desarrollo presenta en la actualidad un incremento en la incidencia de mujeres gestantes de edad avanzada, situación generalizada en los países más desarrollados debido al deseo del mejoramiento de la mujer en edad madura, por la competitividad profesional y laboral a la cual está sometida. Junto a ello se presenta una situación nueva en particular en la última década con relación al desarrollo de las técnicas de fertilidad asistida para las parejas que no han logrado su sueño de formar una familia por diversas causas de infertilidad.

Esto hace que la búsqueda de un hijo, en muchos casos el primero, esté diferida hasta edades mayores de los 35 años.

Por ello se han creado en los grandes servicios de obstetricia a nivel mundial una consulta especializada, la consulta de alto riesgo obstétrico (CARO) en la cual se evalúan las embarazadas con patología o riesgo obstétrico de una forma más frecuente, cercana y completa.

Dentro de los distintos sistemas de definición del

riesgo obstétrico, cuantificado a través de una puntuación, están las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer, por la probable asociación con afecciones propias de estas edades, con una evolución del embarazo más comprometida, mayor índice de morbimortalidad perinatal, mayor incidencia de intervenciones y resultados más desfavorable; derivados de los cambios que la biología impone a la madre de edades extremas⁽⁵⁻⁷⁾.

Al analizar los registros mensuales y anuales de la Consulta de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Universitario de Caracas encontramos que el renglón de gestantes de edad avanzada (GEA), gestantes tardías o añosas, definidas como aquellas con gestación a los 35 años o más, son las que constituyen el mayor número de pacientes evaluadas representando el 28 % del total de la consulta.

La realización del presente estudio fue motivada por el hecho de que el embarazo en edades avanzadas se trata de una gestación de alto riesgo y que la incidencia del mismo está en aumento, por otro lado nos propusimos demostrar que con el uso racional de los recursos disponibles y el precoz, sistemático, periódico y riguroso control prenatal de estas pacientes, junto con un equipo multidisciplinario, podemos mejorar de manera significativa los índices materno-fetales haciendo que estos embarazos sean comparables en su pronóstico con los de bajo riesgo en las gestantes menores de 35.

MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo en 436 pacientes embarazadas atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario de Caracas, durante el período comprendido entre enero de 2000 y diciembre de 2003.

Se revisaron las Historias Clínicas y fueron distribuidas en dos grupos, el grupo “A” constituido por 212 embarazadas de 35 años o más, atendidas en la CARO y el grupo “B” conformado por 224 embarazadas menores de 35 años atendidas en la consulta prenatal de bajo riesgo.

Los objetivos del estudio fueron:

1. Determinar si la edad materna avanzada es un factor de alto riesgo.
2. Determinar si el control prenatal, el control del parto y el puerperio hecho en la gestante de edad avanzada disminuye el grado de riesgo materno – fetal haciendo que su pronóstico sea similar al de las gestantes de menor edad con menos riesgo.

Los datos obtenidos fueron registrados en una hoja de protocolo especialmente diseñada para tal fin y expresados en porcentajes, promedios, mediana, desviación típica, máximo, mínimo y rango. Para la comparación de los datos obtenidos se utilizó el test de diferencia de proporciones Z, considerando como estadísticamente significativo un valor de P menor de 0,05.

RESULTADOS

Al realizar el análisis descriptivo de las variables estudiadas se encontró que edad de las pacientes del grupo estudio osciló entre 36 y 45 años, con un promedio de 38,9 años. Del total, 168 (79,25 %) tenían entre 36 y 40 años y 44 (20,75 %) entre 41 y 45 años (Tabla 1).

En el grupo control, la edad varió entre 15 y 35 años con una mayor proporción de pacientes con edades entre 18 y 23 años (62,99 %).

Con relación al lugar de origen, en el grupo estudio, 175 pacientes (82,94 %) eran venezolanas; las 37 restantes, eran extranjeras y de estas 24 (11,37 %) eran colombianas y el resto de otros países de América Latina.

En el grupo control, 219 pacientes (97,77 %) eran venezolanas y las 5 restantes (2,23 %) eran extranjeras. De estas, 3 eran colombianas y 2 eran oriundas de Portugal.

Según el lugar de procedencia de las pacientes, en ambos grupos, la mayoría provenía del Distrito Capital con 176 (83,02 %) para el grupo estudio y 186 (83,04 %) para el grupo control.

Con respecto al oficio de las pacientes en el grupo estudio, encontramos que 172 (81,13 %), se dedicaban a oficios del hogar, 23 (10,85 %) eran obreras y el resto eran

enfermeras, docentes y secretarias.

En el grupo de control, 128 pacientes (57,14 %), se dedicaban a oficios del hogar, 62 (27,68 %) eran estudiantes. El resto eran secretarias, enfermeras y obreras.

Con relación a los hábitos psicobiológicos encontramos que en el grupo de las GEA 41 pacientes (19,34 %), consumieron cigarrillos durante la gestación, con una distribución diaria promedio de 9,73 cigarrillos; con una mediana de 5; un máximo de 48 y un mínimo de 1.

En el grupo control, el hábito tabáquico estuvo presente en 8 pacientes (3,75 %); con un consumo diario promedio de 3,13 cigarrillos; una mediana de 2; un máximo de 10 y un mínimo de 1.

En ambos grupos, ninguna paciente manifestó consumo de alcohol o drogas antes o durante el embarazo.

Con relación a los antecedentes gineco-obstétricos, en el grupo estudio, la menarquía apareció a los 13,03 años, con una mediana de 13 años, un máximo de 18 y un mínimo de 9 años.

En el grupo control, la menarquía apareció en promedio a los 11,66 años; con una mediana de 12; un máximo de 16 y un mínimo de 9 años; sin diferencias estadísticas entre ambos grupos.

En lo referente al número de parejas sexuales para el grupo de estudio, el promedio fue 1,93; mediana de 2; un máximo de 24 y un mínimo de 1. Para el grupo control, el promedio fue de 1,84; 1 para la mediana; con un máximo de 15 y un mínimo de 1; lo cual hace que ambos grupos sean comparables.

Con respecto a la edad de la primera relación sexual en el grupo de las GEA, se evidenció como promedio los 20,19 años; una mediana de 19; un máximo de 39 y un mínimo de 10. Para el grupo control, la edad de la primera relación sexual, la edad promedio es a las 18,2 años; con una mediana de 17; un máximo de 30 y un mínimo de 11; no habiendo diferencia significativa entre ambos grupos.

El período intergenésico en el grupo de estudio, fue en promedio de 7,49 años; con una mediana de 7; un máximo de 20 y un mínimo de 1 año. En el grupo control, el promedio fue de 2,04 años; una mediana de 2; un máximo de 14 y un mínimo de 0,8 años. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas (Tablas 1 y 2).

Con relación a los métodos anticonceptivos, 146 pacientes del grupo estudio (67,46 %) manifestaron usar alguno, siendo más frecuentes los anticonceptivos hormonales orales en 68 casos (32,08 %); No utilizaron ningún método anticonceptivo 63 pacientes (29,71 %). En el grupo control, por el contrario, 191 casos (85,26 %) no utilizaron ningún método anticonceptivo y de los 33

Tabla 1

Valores descriptivos. Grupo gestantes de edad avanzada según antecedentes ginecológicos. Consulta de Alto Riesgo Obstétrico. Hospital Universitario de Caracas 2000-2003

Descriptivos	Menarquía (años)	Nº de parejas sexuales	1ª relación sexual (años)	Período intergenésico (años)
Promedio	13,03	1,93	20,19	7,49
Mediana	13,00	2	19,00	7,00
Desviación típica	1,57	1,74	4,50	4,56
Máximo	18,00	24	39,00	20,00
Mínimo	9,00	1	10,00	1,00
Rango	9,00	23	29,00	19,00

casos que utilizaron alguno, 26 (11,6 %) usaron anticonceptivos hormonales orales. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas (Tabla 3).

Para las GEA tenemos que las multíparas representan la mayor proporción con 113 casos (53,30 %), mientras que las primigestas de edad avanzada están constituidas por 11 casos (5,19 %).

Tabla 2
Descriptivos del Grupo control según antecedentes ginecológicos. Consulta Prenatal. Hospital Universitario de Caracas. 2000 - 2003

Descriptivos	Menarquía (años)	Nº de parejas sexuales	1ª relación sexual (años)	Período intergenésico (años)
Promedio	11,66	1,84	18,21	2,04
Mediana	12,00	1	17,00	2,00
Desviación típica	1,92	1,36	4,03	2,18
Máximo	16,00	15	30,00	14,00
Mínimo	9,00	1	11,00	0,80
Rango	7,00	24	19,00	13,92

Tabla 3
Distribución gestantes de edad avanzada y Grupo control según uso de anticonceptivos. Hospital Universitario de Caracas. 2000 - 2003

Anticonceptivos	Gestantes en edad avanzada		Grupo Control	
	Nº	%	Nº	%
ACO	68	32,08	26	11,60
DIU	30	14,14	1	0,45
ACO - DIU	48	22,64	-	-
Ninguno	63	29,72	191	85,27
No contestó	3	1,42	6	2,68
Total	212	100	224	100

Para el grupo de las gestantes menores de 35 años predominan las primigestas con 119 casos (53,13 %), siendo el de las multíparas de 21 casos (9,38 %).

Existe por lo tanto una diferencia significativa entre la proporción de primigestas y multíparas entre ambos grupos, la cual es directamente proporcional para la edad de cada uno de ellos. Para el conjunto de 2das y 3eras

gestas, el número de pacientes es prácticamente similar en ambos grupos (Tabla 4).

Tabla 4
Distribución gestantes de edad avanzada y Grupo control según número de gestas. Hospital Universitario de Caracas. 2000 - 2003

Número de gestas	Gestantes en edad avanzada		Grupo control	
	Nº	%	Nº	%
Primigesta	11	5,19	119	53,13
2 a 3 gestas	88	41,51	84	37,50
Multípara	113	53,30	21	9,38
Total	212	100	224	100

Para cada grupo, de acuerdo al antecedente obstétrico del número de gestaciones, partos, cesáreas y abortos tenemos que, para el grupo de las GEA hay un promedio de gestas de 4,08; una mediana de 4; un máximo de 12 gestaciones y un mínimo de 1. Con respecto a la paridad, el promedio es de 2,84 para los partos; 1,36 para las cesáreas y 1,55 para los abortos.

Para el grupo de gestantes de bajo riesgo menores de 35 años, el número promedio de gestas es de 1,81; con una mediana de 1; un máximo de 6 y un mínimo de 1. Con respecto a la paridad, el número promedio para partos es de 1,73; el de cesáreas 1,14 y el de abortos 1,14.

Para ambos grupos el 100 % de las gestaciones fueron concebidas espontáneamente. En el grupo estudio se reportaron 4 casos de embarazos múltiples, todos ellos gemelares, lo que representa el 1,88 %.

El inicio del control prenatal para el grupo estudio fue en promedio de 16 semanas más 4 días; con una mediana de una cifra similar; una desviación típica de 4 semanas; con un máximo de 30 semanas más 3 días y un mínimo de 7 semanas.

Para el grupo control, el inicio del control prenatal ocurrió a las 13 semanas como promedio; con una mediana similar; una desviación típica de 3 semanas más 6 días; con un máximo de 26 semanas y un mínimo de 6 semanas.

Existe una diferencia estadísticamente significativa para este inicio del control prenatal, con un comienzo más precoz para el grupo de control (Tabla 5).

Analizando el número de consultas prenatales promedio para cada paciente, encontramos que para las GEA fue de 6,55; una mediana de 7; un máximo de 11 y

un mínimo de 3 consultas; mientras que para el grupo control, el promedio fue de 4,08; con una mediana de 4; un máximo de 8 y un mínimo de 1 consulta, existiendo una diferencia estadísticamente significativa para $P < 0,05$ para un mayor número de consultas en el grupo de estudio con respecto al grupo de control.

Para el grupo estudio, la evolución fue catalogada como satisfactoria en 119 casos (56,13 %), un poco más de la mitad del total y fue no satisfactoria en 91 (42,92 %).

Para el grupo control la evolución fue satisfactoria en 182 casos (81,25 %) y no fue satisfactoria en 42 (18,75 %). Existe diferencia estadísticamente significativa con un mayor número de consultas no satisfactorias por complicaciones en el grupo estudio.

En cuanto al tipo de complicaciones que se presentaron durante la evolución del embarazo para el grupo estudio de las GEA, la más frecuente en 29 de ellas (13,68 %) fue la hipertensión arterial crónica. La preeclampsia se presentó en 9 casos (4,25 %) y fue clasificada de tipo leve en todos ellos, la infección de las vías urinarias ocurrió en 17 casos (13 bacteriurias asintomáticas y 4 pielonefritis agudas), correspondiendo al 8,03 % del total de complicaciones. En relación con este tipo de complicación, la más temida que es la pielonefritis, representó el 23,52 % del total de las infecciones urinarias. Es de hacer notar que no se encontraron casos de hemorragia de la segunda mitad del embarazo.

Entre las complicaciones que se presentaron para el grupo control, tenemos que la más frecuente fue la

infección de las vías urinarias con 14 casos (6,25 %); de ellas, 12 fueron del tipo pielonefritis, representando un 85,71 % con respecto al total del número de las infecciones de las vías urinarias y 5,36 % si lo comparamos con el total general de las complicaciones en este grupo. En segundo lugar se presentó la amenaza de parto pretérmino en 8 casos (3,57 %).

En el grupo de las GEA se practicó la amniocentesis para cariotipo fetal en 46 casos (21,70 %) y no se realizó en 166 (78,30 %).

En el grupo control, por tratarse de pacientes con bajo riesgo, se practicó en un solo caso (0,45 %).

El análisis de las amniocentesis practicadas no reveló anomalías cromosómicas.

Se practicaron exámenes de laboratorio durante la consulta prenatal en ambos grupos, obteniéndose únicamente cifras que pudieron ser comparadas para este fin en las muestras tomadas al inicio del tercer trimestre.

Los resultados hematológicos evidenciaron la presencia de anemia en 22,64 % de las pacientes de edad avanzada y en el 22,77 % del grupo control.

Con relación al despistaje de diabetes gestacional se encontraron valores anormales para la prueba (Carga 50) en el grupo estudio en 16 % de los casos; mientras en el grupo control se encontraron en 1,8 %. De las pacientes con resultados de carga 50 de glucosa mayores de 130 mg, 5 fueron posteriormente catalogadas como diabetes gestacional mediante la realización de la curva de tolerancia glucosada, con toma de la muestra en 3 horas.

Tabla 5
Descriptivos de las Gestantes de edad avanzada y el Grupo control según Inicio y consultas del Control Prenatal. Hospital Universitario de Caracas. 2000 - 2003

Descriptivos	Gestantes en edad avanzada		Grupo control	
	Inicio Consulta Edad gestacional (semanas-días)	Nº consultas	Inicio Consulta Edad gestacional (semanas-días)	Nº consultas
Promedio 1	16 sem + 4 días	6,55	13 sem + 5 días	4,08
Mediana	16 sem + 4 días	7	13 sem + 3 días	4
Desviación típica	4 sem	1,44	3 sem + 6 días	1,21
Máximo	30 sem + 3 días	11	26 sem	8
Mínimo	7 sem	3	6 sem	1
Rango	23 sem + 3 días	8	20 sem	7

1: $Z = 7,79$. Existe diferencia estadísticamente significativa para $P < 0,05$

El embarazo finalizó para el grupo de las GEA, en promedio a las 38 semanas más 2 días; con una mediana de 38 semanas más 3 días; una desviación típica de 2 semanas; un máximo de 42 semanas más 1 día y un mínimo de 26 semanas. En 12 casos de este grupo el parto ocurrió antes de las 37 semanas.

Para el grupo control, el promedio fue de 38 semanas más 3 días; con una mediana de 39 semanas; desviación típica de 2 semanas; un máximo de 42 semanas y un mínimo de 28. En 16 casos, el parto se presentó antes de las 37 semanas.

Con respecto a este parámetro sobre el tiempo en que ocurrió el nacimiento, no hubo diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

El parto vaginal eutócico en el grupo de las GEA se presentó en 97 pacientes (45,75 %), practicándosele episiotomía en 49 de ellas, aproximadamente la mitad. El parto fue operatorio en 19 casos (8,96 %), con episiotomía en la totalidad de los partos. La operación cesárea se practicó en 96 (45,29 %).

Durante la práctica de la cesárea se realizó esterilización quirúrgica, todas por técnica de Pomeroy, en 86 casos lo que representa el 40,57 % de las pacientes GEA atendidas.

En el grupo control, ocurrieron partos 135 espontáneos (60,27 %), practicándose la episiotomía en 127 casos, los partos instrumentales ocurrieron en 22 pacientes (9,82 %). Se realizaron 67 cesáreas (29,91 %), practicándose en 15 de ellas (6,70 %) esterilización quirúrgica.

Existe una diferencia estadísticamente significativa para $P < 0,05$ en relación al número de partos y cesáreas, practicándose mayor número de cesáreas en el grupo de las GEA.

Analizando la indicación las cesáreas practicadas encontramos que para el grupo estudio 40 fueron electivas (41,65 %) y 56 de emergencia (58,35 %). En cambio, en el grupo control se practicaron 56 electivas (83,58 %) y 11 de emergencia (16,42 %).

En aquellos casos cuya resolución obstétrica fue por vía vaginal, la duración del trabajo de parto fue en promedio de 7,30 horas para el grupo estudio; con una mediana de 7,17; una desviación típica de 2,52; un máximo de 14,33 y un mínimo de 2,50 horas. Para el grupo control, los resultados evidenciaron un promedio de 6,33 horas; una mediana de 7 horas; una desviación típica de 2,50; un máximo de 15,50 y un mínimo de 1 hora. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas (Tabla 6).

El alumbramiento se presentó en forma espontánea

sin complicaciones en ambos grupos cuando el parto fue vaginal. Cuando se trató de cesáreas se presentaron 3 casos de atonía uterina con hemorragia (1,42 %) para el grupo estudio y para el grupo control se presentó en una paciente (0,45 %).

Tabla 6
Descriptivos de las Gestantes de edad avanzada y el Grupo control según duración del trabajo de parto.
Hospital Universitario de Caracas. 2000 - 2003

Descriptivos	Gestantes en edad	
	avanzada Tiempo (h)	Grupo control Tiempo (h)
Promedio	7,30	6,33
Mediana	7,17	7,00
Desviación típica	2,52	2,56
Máximo	14,33	15,50
Mínimo	2,50	1,00
Rango	11,83	14,50

1: $z = 3,08$. Existe diferencia estadísticamente significativa para $P < 0,05$.

Ocurrió sufrimiento fetal en 23 casos (10,6 %) del grupo estudio y en 7 casos (3,13 %) del grupo de control.

Para el grupo de las GEA el puerperio fue normal en 184 casos (86,79 %) y patológico en 38 (13,21 %), siendo la complicación más frecuente el síndrome anémico y la hemorragia posparto, con un total de 20 casos (9,33 %).

La evolución del puerperio en el grupo de control fue normal en 217 (96,88 %), y en 12 casos (3,12 %), ocurrieron complicaciones, siendo las más frecuentes la anemia y la infección de la herida. Existe una diferencia estadísticamente significativa en relación con la evolución del puerperio con predominio de los casos satisfactorios para el grupo control sobre el grupo estudio (Tabla 7).

El tiempo de hospitalización de las pacientes durante el puerperio fue, en términos de días, para el grupo estudio de las GEA de 3,52 en promedio; una mediana de 3; un máximo de 21 y un mínimo de 1; con un rango de 20. Para el grupo control, la duración fue de 3,71 días en promedio; una mediana de 3; un máximo de 20 días y un mínimo de 1.

El control posnatal sólo se realizó en 34 casos (16,3 %) de las GEA y apenas en 4 casos (1,8 %) del grupo control. Esta diferencia fue estadísticamente significativa.

Tabla 7
Puerperio en Gestantes de edad avanzada y el Grupo control. Hospital Universitario de Caracas. 2000 - 2003

Puerperio	Gestantes en edad avanzada (n = 212)		Grupo control (n = 224)	
	Nº de casos	%	Nº de casos	%
Normal I	184	86,79	217	96,88
Hemorragia	9	4,25	-	-
Endometritis	2	0,94	-	-
Infección herida	5	2,36	5	2,23
Síndrome anémico	11	5,19	5	2,23
Otras	14	6,60	2	0,89

1: Z = 3,878. Diferencia estadísticamente significativa para P < 0,05

Con relación a los parámetros perinatales analizamos el peso, la talla, sexo, puntuación de Apgar, la evolución de los recién nacidos con su ingreso o no a la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) y la mortalidad perinatal.

Peso: En el grupo de las GEA, el peso de los neonatos fue en promedio de 3 033,3 g; con una mediana de 3 100 g; una desviación típica de 605,3 g; con un máximo de 4 500 g y un mínimo de 700 g. Con relación al grupo control, el peso de los recién nacidos fue de 3 118,9 g; con una mediana de 3 100 g; una desviación típica de 503,8 g; peso máximo de 4 300 g y mínimo de 1 000 g. Ambos grupos tuvieron productos de pesos semejantes sin diferencia estadísticamente significativa entre ellos.

Al analizar el peso de los recién nacidos con relación a la edad gestacional encontramos que en el grupo estudio, 178 nacidos (82,03 %), fueron de peso adecuado, 29 (13,36 %) tenían peso bajo y 10 casos (4,61 %) peso elevado para la edad gestacional. En el grupo control, 197 (87,95 %), tuvieron peso adecuado, 23 (10,27 %) bajo y 4 casos (1,79 %) elevado. Se observó un predominio de recién nacidos grandes para la edad gestacional en el grupo estudio.

Talla: Con respecto a este parámetro, para el grupo de las GEA el promedio fue 49,09 cm; con una mediana de 50 cm; una desviación típica de 3,35 cm; una máxima de 54 cm y una mínima de 34 cm. Para el grupo control, el promedio fue de 50,09 cm; con una mediana de 51 cm; una desviación típica de 2,92 cm; un máximo de 56 cm y un mínimo de 37 cm.

Sexo: En el grupo estudio 116 (53,5 %) recién nacidos

eran masculinos y 100 (46,1 %) femeninos. En el grupo control, el número de recién nacidos masculinos fue de 110 (49,1 %) y el de femeninos 112 (50 %). La relación masculino/femenino fue de 1,16 en el grupo estudio y 0,98 en el grupo control.

Puntuación de Apgar: En el grupo estudio la puntuación al minuto fue de 7,48 en promedio, con una mediana de 8, desviación típica de 1,11, valor máximo de 9 y mínimo de 0, a los 5 minutos los valores fueron de 8,68; 9; 1,13; 10 y 0 respectivamente. En cambio en el grupo control fueron promedio 7,76, mediana 8, desviación típica 1,30, valor máximo 10 y mínimo 0 y a los 5 minutos 9,06; 9; 1,38; 10 y 0 respectivamente.

Evolución de los recién nacidos: En el grupo estudio fue satisfactoria en 179 casos (82,5 %), no satisfactoria en 22 (10,13 %) y no se obtuvo información en 15 casos (6,9 %). Mientras que para el grupo control, la evolución fue satisfactoria en 201 casos (89,7 %), no satisfactoria en 18 (8,03 %) y sin información en 5 (2,2 %).

En el grupo estudio 19 recién nacidos (8,76 %) ingresaron a la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal y del grupo control, fueron ingresados 15 recién nacidos (6,7 %).

Mortalidad perinatal: Un total de 7 muertes durante el período perinatal se presentaron de manera similar en ambos grupos, representando el 2,8 %. La tasa de mortalidad perinatal fue por lo tanto de 27,6 por cada 1 000 nacidos vivos para el grupo de estudio y para el grupo control representó una tasa de 26,7 por cada 1 000 nacidos vivos sin diferencia entre ambos grupos.

DISCUSIÓN

En este trabajo encontramos que las pacientes eran en su inmensa mayoría venezolanas en ambos grupos; sin embargo, en el grupo estudio hubo un mayor número de pacientes extranjeras, predominantemente colombianas. Esto puede ser debido a que Colombia es un país vecino, con características socio-culturales muy similares a las nuestras, especialmente en la región costera que las hace emigrar hacia Venezuela desde su niñez y adolescencia y que al estar establecidas en el país las hace concebir incluso hasta una edad más avanzada. Datos similares son aportados por Halfen y Kizer (8).

En ambos grupos la mayoría de las pacientes provenía de la región capital (Distrito Metropolitano), lo cual indica que en nuestras pacientes controladas, hay poco índice de migración interna.

La principal ocupación en ambos grupos fue oficios

del hogar, con un mayor predominio en el grupo de gestantes de edad avanzada, mientras que en el grupo control aún siendo este mismo oficio el más frecuente tiene una proporción menor. Este hecho podría explicarse porque en las gestantes de edad avanzada son en su mayoría multiparas por lo que permanecen en sus casas para el cuidado de sus hijos.

El segundo lugar está ocupado por el grupo de las obreras, ya que estas pacientes de mayor edad son por otro lado el único sostén de su hogar, necesitando por lo tanto el desempeño de este oficio.

Las estudiantes ocupan el segundo lugar de frecuencia en el grupo control, mientras que no se evidencia su presencia en las del grupo estudio. Esto obedece a que al estar el grupo control constituido por pacientes jóvenes primigestas, una proporción importante se encontraba estudiando al momento de tener el primer embarazo.

No se encontró consumo de alcohol y drogas, pero el consumo de cigarrillo fue manifestado en ambos grupos siendo mayor en el grupo de las GEA, con un promedio de cigarrillos por día de 9,73; en comparación con las de menor edad, en quienes el consumo ocurrió solo en 8, con un promedio al día de 3,13 cigarrillos. Esto refleja que el consumo de cigarrillos fue 3 veces mayor para las GEA. Esto debería ser tomado en cuenta en los programas y charlas que se hacen en las consultas prenatales.

No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a la menarquía, edad de inicio de relaciones sexuales y número de parejas.

Se encontraron diferencias en el período intergenésico, siendo mayor en el grupo de gestantes de edad avanzada. Este hallazgo quizás obedece al hecho de cambio de parejas lo cual incrementa el deseo de procrear un nuevo hijo.

Esto nos indica que el patrón de conducta de ambos grupos con respecto a la vida sexual es muy similar, deduciendo por lo tanto que cuando el grupo control en su evolución cronológica pase a ser el de pacientes mayores de 35 años van a tener un comportamiento a futuro bastante parecido, el cual podemos modificar y mejorar al educar en los distintos niveles de formación a las parejas más jóvenes, logrando de esta manera una vida sexual mucho más sana y obteniendo así una mejor planificación familiar, evitando la multiparidad, el embarazo no deseado incluso a edades más avanzadas y el cambio frecuente de parejas con los problemas de tipos socio familiar que ello trae.

Los métodos anticonceptivos fueron más utilizados en el grupo estudio que en el grupo control. De estos, el

más frecuentemente usado en ambos grupos fue el anticonceptivo de tipo hormonal oral (ACO) y en segundo lugar, especialmente en el grupo de las GEA el dispositivo intrauterino (DIU) en una proporción que corresponde a la mitad con respecto a los ACO. Los estudios realizados hasta ahora sobre el uso de los métodos anticonceptivos mantienen el principio que el mismo depende de la motivación que determina quien participará y en segundo lugar la metodología para hacerlo. La motivación depende a su vez de la educación, patrones culturales, religiosos y necesidades individuales. Basado en ello tenemos que la diferencia podría estar dada por la mayor experiencia de las GEA, quienes conocen las ventajas del uso de cualquiera de los métodos anticonceptivos en relación con la falta del uso de ellos, patrón ausente en las de menor edad, con inexperiencia al comenzar su vida sexual, teniendo ellas el pensamiento que a pesar del coito no protegido no van a concebir.

En las GEA predominaron las múltiparas, con un número promedio mayor de tres embarazos con relación al grupo control, esto es debido a la relación directamente proporcional que existe entre el aumento de la edad y el aumento del número de gestaciones.

Las primigestas de edad avanzada representaron el 0,06 % del total de las 17 639 pacientes atendidas en el HUC durante el lapso de tiempo estudiado; esta cifra es menor que las reportadas en otros estudios^(3,6-9,12,30,31). Sin embargo, en el presente estudio sólo se tomaron en cuenta las pacientes controladas íntegramente en su embarazo y que fueron atendidas en el parto en nuestra institución, no se analizó el total absoluto de primigestas de edad avanzada que fueron asistidas únicamente para resolución obstétrica.

Los partos vaginales previos, fueron mayores en las gestantes de edad avanzada que en el grupo control, esto podría ser consecuencia de que a mayor número de gestaciones, mayor posibilidades de partos, a su vez el grupo de las GEA presenta un mayor número de antecedentes de cesáreas. Estos resultados coinciden con los reportados por Dildy y col.⁽¹²⁾, Nybo y col.⁽¹³⁾, pero no llegó a duplicar su número con respecto a las pacientes de menor edad como los reportados por López Gómez⁽³⁾ y Morón⁽³²⁾.

Todas las gestaciones fueron espontáneas con una incidencia del 1,88 % de embarazos múltiples para el grupo estudio, la cual fue menor que la reportada en la literatura consultada^(9,33), en la cual la incidencia de la gemelaridad aumenta con la edad hasta los 40 años. En el grupo control por otro lado, no se presentaron embarazos múltiples.

La edad de gestación cuando fue realizada la primera consulta presentó una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, siendo el promedio para las GEA de 16 semanas más 4 días, mientras que para el grupo control fue de 13 semanas más 5 días. Esto podría explicarse, tal vez, por la ansiedad que pueden presentar las pacientes de menor edad, en su mayoría primigestas, por conocer la evolución de su embarazo o porque en el grupo de las GEA por la experiencia que representan los embarazos previos, la ansiedad es menor o las avergüenza el embarazo a edad avanzada y por lo tanto inician el control más tarde.

En ambos grupos, el inicio del control prenatal no fue precoz como se esperaba. Existe un factor importante en la institución que influye también en el inicio tardío del control prenatal, pues las pacientes deben cumplir una serie de pasos administrativos antes de ser evaluadas por primera vez.

Este retraso en el inicio del control prenatal es contraproducente ya que podrían presentarse complicaciones cuyo diagnóstico y tratamiento tardío comprometan el pronóstico del embarazo.

El número de consultas prenatales hechas en promedio fue mayor en el grupo estudio; esto se debe al hecho de que al haber una depuración del tipo de pacientes vistas, en este particular las GEA, el número de ellas por consulta sea menor, siendo este uno de los objetivos que queríamos lograr y así de esta manera, con una evaluación más frecuente y cercana podemos detectar cualquier anomalía o complicación durante el embarazo en forma precoz y así instituir un tratamiento apropiado en una forma más temprana, mejorando por lo tanto el pronóstico de estas gestaciones y de esta manera reducir el riesgo.

La consulta prenatal fue clasificada como satisfactoria si la evolución transcurrió sin complicaciones y el parto fue atendido al término, en caso contrario fue clasificada como no satisfactoria. Para el grupo estudio los casos no satisfactorios se presentaron en una mayor frecuencia, siendo las complicaciones de tipo hipertensivo las más frecuentes. Estos hallazgos son similares a los reportados en la mayoría de las publicaciones^(2,3,8-10, 14,15,22,26,34-37).

La diabetes gestacional, reportada en muchas series como una complicación médica frecuentemente asociada a este grupo de pacientes, incluso en primer lugar^(12,17,38,39), en nuestra casuística se presentó en un sexto lugar (2,36 %). Contrario a lo publicado por otros autores, en nuestro estudio no hubo casos de hemorragias de la segunda mitad del embarazo^(2,8,10).

En el grupo control las complicaciones más frecuentes

fueron las infecciones urinarias, principalmente la pielonefritis aguda. En segundo lugar se presentó la amenaza de parto pretérmino, hecho este que pudiera relacionarse con la presencia de pielonefritis como factor etiológico^(39,40).

Es de hacer notar que en ambos grupos se presentaron varias complicaciones en una misma paciente.

En nuestro estudio se practicaron en el grupo de las GEA un total de 46 amniocentesis (21,70 %), cifra pequeña si tenemos en cuenta que la principal indicación para este tipo de análisis es precisamente la edad materna avanzada en quienes aumenta en forma proporcional la frecuencia de anomalías cromosómicas^(41,43). La razón para ello se ha debido por un lado al injustificado retraso en el inicio del control prenatal, realizado en promedio a las 16 semanas más 4 días, período ya tardío para la práctica de los procedimientos de diagnóstico, y por otra parte al costo económico, lo que limita su ejecución por parte de las pacientes a quienes se les indica, prefiriendo estas utilizar el fondo económico que poseen en otro tipo de gastos relacionados con el embarazo.

Además existe el temor a la técnica del estudio, al ser un procedimiento invasivo, con el riesgo de provocar daño e incluso la muerte del producto y factores de índole moral y religiosos que condenan la toma de una decisión definitiva al obtener un diagnóstico desfavorable.

A pesar de que no hallamos anomalías cromosómicas en los pocos casos del grupo estudio en que fue realizado el procedimiento, en quienes estaba plenamente indicado, deberíamos ofrecer su práctica en forma rutinaria para este tipo de pacientes, ya que los resultados obtenidos podrían estar relacionados con el tamaño de la muestra, lo cual pudiera no suceder si el número de pacientes evaluados fuese mayor, presentándose entonces una situación desagradable de tratar si al diagnóstico antenatal no hubiera sido establecido previamente.

Se encontró anemia en aproximadamente la cuarta parte de las pacientes; tomando como referencia las cifras de hemoglobina y hematocrito de acuerdo con los valores establecidos como normales para el embarazo⁽⁴⁴⁾. Todas las anemias que se presentaron fueron de tipo nutricional, la cual es la más común para nuestras embarazadas en términos generales. Los valores de hematocrito y plaquetas fueron mayores en el grupo de las GEA, esto podría en parte explicarse porque en ese grupo hubo un mayor número de pacientes con hipertensión las cuales cursan con hemoconcentración.

No se encontraron casos con serología positiva para la

sífilis, ni VIH en ningún grupo.

En ambos grupos predominó el grupo sanguíneo ORh+ y en un segundo lugar el ARh+, como lo es para la población venezolana en general.

Los resultados obtenidos en el despistaje de diabetes gestacional indican que es aconsejable la realización rutinaria de esta prueba, especialmente en el grupo de las GEA, las cuales constituyen un grupo de riesgo para la presentación de esta entidad, siendo incluso presentada como la principal complicación médica para este tipo de paciente en diversos estudios^(12,17,38,39).

La gran mayoría de las pacientes finalizó la gestación al término (37 – 42 semanas) en ambos grupos.

La prematuridad se presentó con una incidencia de 5,66 % para el grupo de las GEA y 7,14 % para el de control, la cual es baja si la comparamos con incidencia mundial que es de 9 % aproximadamente⁽⁴⁴⁾. También es baja si la comparamos con las cifras presentadas en estudios de autores venezolanos^(2,6,8,9) y extranjeros^(12,34,36,38).

La explicación de esta baja incidencia de prematuridad en nuestro estudio, podría ser el resultado del seguimiento riguroso del embarazo en ambos grupos fue estrecho y en especial para las GEA, quienes al presentar alguna complicación del embarazo fueron tratadas precoz y oportunamente, logrando de esta manera prevenir el parto pretérmino.

El parto vía vaginal, fue en nuestro grupo de estudio de un 54,71 % y las cesáreas un 45,29 %, lo cual representa una proporción de casi la mitad en el grupo de las GEA para el parto atendido por vía abdominal. Esta frecuencia es elevada si la comparamos con diversas series de estudios en GEA tanto nacionales como extranjeros cuya tasa de cesáreas oscila entre 20 % y 40 %^(2,3,8,10,12,14,15,17,20,21,26,34,36,38,48-50,52), cifra esta que de cualquier manera aún sigue siendo alta si la comparamos con el índice de cesáreas para la población en general.

Nuestros valores, sin embargo, tuvieron una incidencia y una proporción casi similar si la comparamos con otros estudios como el de Halfen y Kizer⁽⁸⁾ Zighelboim y Suárez-Rivero⁽⁹⁾ para su segundo grupo de pacientes estudiadas.

Las cesáreas de emergencia fueron mayores en el grupo de GEA, estos resultados contrastan con los reportados por Zighelboim y Suárez-Rivero cuyas cifras de cesáreas de emergencia y electivas son similares. La principal indicación de cesáreas electivas fue el antecedente de cesárea anterior (36,45 %), este alto porcentaje de pacientes con cicatrices uterinas previas ha sido tema de preocupación mundial, ya que aunque no del

todo deseable es un hecho que aumenta la reiteración de la intervención. Las cesáreas de emergencia se realizaron principalmente por falta de progresión del trabajo de parto (34,37 %), que pudieran catalogarse como una desproporción fetopélvica diagnosticada tardíamente durante el mismo y en segundo lugar se presenta el sufrimiento fetal (23,95 %). En cuanto a la frecuencia de las presentaciones distócicas como causa de cesárea en el 5,20 % de las GEA, comparadas con una mayor frecuencia en el grupo de control (18,35 %), lo que no coincide con lo clásicamente descrito. Una explicación a esto podría relacionarse con la mayor incidencia para este grupo de primigestas adolescentes con edades de 15 a 17 años (26,77 %), en las cuales este sería un factor etiológico. Cada día se evidencia una mayor conducta intervencionista para estos casos de presentaciones distócicas.

Con referencia al sufrimiento fetal como indicación para la realización de la cesárea en mayor número para el grupo de las GEA (23,95 % vs. 10,41 %) es explicable por haber una mayor frecuencia de este factor en el grupo estudio.

Es de hacer notar que la esterilización quirúrgica hecha simultáneamente durante la práctica de la cesárea fue del 89,58 %, o lo que es lo mismo por cada 10 cesáreas se practicaron 9 esterilizaciones en el grupo de las GEA. Esta alta proporción de esterilizaciones podría presentarse y aún justificarse, en cierta manera, en este grupo de pacientes por estar incluido un gran número de mujeres con 2 o más cesáreas previas y aún con una sola cesárea, pero por tratarse de gestantes de edad avanzada y al mismo tiempo paridad satisfecha, desean aprovechar la ocasión para la realización de este procedimiento. Sin embargo, no debería justificarse en ningún momento que el incremento excesivo del número de cesáreas en la serie fuera debido al hecho de indicar la práctica de una cesárea para complacer el deseo de esterilizar a la paciente y no por una verdadera indicación obstétrica, y peor aún transformando el acto quirúrgico de la cesárea en una “emergencia” para la realización de la misma prontamente y así practicar la esterilización. Los encargados en la formación de los nuevos obstetras tendríamos que investigar más sobre este punto, ya que esta práctica que se va haciendo cada día más común no estaría justificada por la ética médica, siendo esta una conducta injustificable, innecesaria e irresponsable que explicaría en cierta manera el hecho del alto índice de cesáreas en las pacientes de mayor edad.

Al analizar los partos vaginales eutócicos para ambos grupos, observamos la práctica de la episiotomía en

un 50 % para el grupo estudio y en una cifra elevada de hasta un 94,07 % en el grupo de menor edad, intervención que está justificada si esta está plenamente indicada, sin embargo, en diversos trabajos recientes su uso rutinario ha sido puesto en duda⁽⁵³⁾. Se ha tomado en cuenta que tal vez para sustentar su amplio uso en las GEA es por la rigidez de los planos aponeuróticos y musculares y en las de control por el gran número de primigestas (53,15 %) y entre estas, embarazadas adolescentes entre 15 y 17 años, las cuales poseen un periné que es igualmente rígido pero por la contractura muchas veces involuntaria de los músculos involucrados.

La proporción de los partos instrumentales entre ambos grupos fue prácticamente similar.

La duración promedio del trabajo de parto fue menor de 8 horas para ambos grupos, sin embargo, hay una diferencia estadísticamente significativa a favor del grupo control con respecto al estudio con una duración menor para el primero; en esto existe la opinión generalizada de que en las GEA es más largo el trabajo de parto por la posible rigidez de los planos en unos casos y el prolapso genital en otros, no obstante en términos generales el trabajo de parto en el presente estudio no puede catalogarse como prolongado.

Las complicaciones del alumbramiento se presentaron únicamente en los casos de cesárea para ambos grupos y fueron del tipo hemorrágico por hipotonía uterina. El momento de la aparición fue durante el acto quirúrgico y no durante el período de posoperatorio inmediato.

La incidencia de sufrimiento fetal fue de 10,60 % vs. 3,13 % para el grupo control, con una frecuencia resultante 3 veces mayor para el grupo estudio. Este parámetro viene a confirmar el alto riesgo del grupo de GEA, el cual por definición tiene una mayor morbimortalidad fetal.

Sin embargo, la vigilancia más cercana en el grupo estudio puede detectar a tiempo el sufrimiento fetal y tratarlo en forma más precoz, lo que justificaría en parte la mayor incidencia de cesáreas de emergencia. De esta manera, ambos grupos fueron similares en el resultado final, representado una muerte fetal en cada grupo.

El tiempo de hospitalización en puerperio para ambos grupos de pacientes fue similar, con un período promedio de 3 días.

La evaluación fue satisfactoria para el grupo control en el 96,88 % de los casos, mientras que para el grupo estudio fue de 86,79 %. Esto es debido a que para el grupo de las GEA se presentó un mayor número de complicaciones, siendo la más frecuente el síndrome anémico como consecuencia de hipotonía uterina.

En segundo lugar se presentaron las infecciones de la herida operatoria y la endometritis, con cifras muy bajas teniendo en cuenta la gran proporción de cesáreas realizadas en la serie lo cual es contrario a lo reportado por Celli⁽²⁾ quien encontró un mayor número de casos de infecciones durante el puerperio. Esto podría ser debido a que se trató de un grupo menor de pacientes y por ello con un seguimiento más estricto en la preparación prenatal, mejor asepsia y antisepsia durante el período intraparto y más cercano control en la evolución del posparto. En el análisis de las complicaciones del grupo de control, las infecciosas correspondieron al primer lugar junto con las anémicas (5 casos para cada uno de ellos) y no se presentaron complicaciones de tipo hemorrágicas para este grupo.

El análisis de esta variable no lo encontramos reflejado en la literatura consultada al respecto. Sin embargo, creemos que debe efectuarse en forma rutinaria al concluir el período del puerperio, ya que es una manera de evidenciar la evolución y determinar la calidad de atención y canalizar la atención ulterior de la paciente en otras consultas.

A pesar de los beneficios que proporciona, observamos que no ha sido practicado en forma ni medianamente satisfactoria, ya que el volumen de pacientes que acudieron a esta consulta fue apenas el 16,3 % en el grupo de las GEA y mucho menos (1,8 %) en las del grupo de control. Este hecho desmejora la obtención de información, que sería útil para instaurar correctivos y políticas de atención materno - fetal.

Es posible que las pacientes hayan acudido a consulta posnatal en otras instituciones públicas o privadas, por la lejanía de su domicilio, o simplemente no lo hicieron, por falta de información o interés o porque sus ocupaciones se lo impidieron.

Las relaciones de la paridad y la edad han sido revisadas por Ounsted y col.⁽⁵⁴⁾, quienes encuentran que el peso de los recién nacidos aumenta con la edad y la paridad con una tendencia al aumento promedio del peso, especialmente marcada para las 5 paros y más.

Al estudiar esta variable, observamos que las cifras obtenidas no difieren de manera significativa en promedio entre ambos grupos.

Una vez comparados ambos grupos en cuanto al promedio de peso, se procedió a diferenciar a los neonatos en peso adecuado, bajo peso al nacer y grande para edad gestacional, según Lubshenko y col.⁽⁵⁾. Con respecto a los dos primeros la diferencia fue pequeña al comparar ambos grupos, siendo la incidencia de los niños con bajo peso al

nacer en el grupo de las GEA mayor a la señalada por Berkowitz y col., Moreau y Forman M.R.^(55,56), por otro lado, nuestras cifras son comparables a las presentadas por Celli⁽²⁾, Zigelboim y Suárez-Rivero⁽⁹⁾, Agüero⁽¹⁰⁾ y Callaway⁽³⁷⁾ y son menores a las presentadas por López y col.⁽¹⁰⁾ y Dildy y col.⁽¹²⁾.

La incidencia de macrosomía fetal fue 2 veces mayor en el grupo estudio que en el control. No obstante nuestras cifras son inferiores a las reportados por Dildy⁽¹²⁾, Illia⁽²⁶⁾, Callaway⁽³⁷⁾, Eneh⁽⁴⁷⁾, Stanton⁽⁵⁷⁾ y Ventura⁽⁵⁸⁾.

La macrosomía previa, diabetes, obesidad o multiparidad pueden ser factores asociados con la aparición de la macrosomía fetal, más que la edad materna por sí sola. La menor incidencia reportada en nuestro estudio con respecto a otros estudios antes señalados, puede ser consecuencia de la situación socio-económica que atraviesa el país en el lapso de tiempo en que el estudio fue efectuado, con carencias nutricionales, maternas, así como el uso instituido en nuestro centro para la detección precoz de la diabetes gestacional y aplicación los correctivos necesarios previniendo de esta manera la aparición de la macrosomía fetal.

En relación con este parámetro no hubo diferencia entre ambos grupos, de la misma manera que con respecto a otros estudios de la literatura consultada. Los de menor talla corresponden al grupo de los de bajo peso al nacer, incluidos 4 embarazos múltiples en la serie de estudio, y los de mayor talla con un máximo de hasta 56 cm para los fetos macrosómicos.

Para la serie de las GEA hubo un predominio de los recién nacidos de sexo masculino con relación al femenino en una proporción de 1,16, con igual resultado al obtenido por otros investigadores^(18,12,58,59), pero difieren de lo encontrado por Zigelboim y Suárez-Rivero⁽⁹⁾.

Si lo comparamos con el grupo de control, se evidencia que la proporción entre recién nacidos masculinos y femeninos es prácticamente la misma, siendo para este de 0,98 masculino/femenino.

La realización del test de Apgar no reportó diferencias, siendo la puntuación a los 5 minutos mayor que al minuto en los dos grupos. Esto coincide con trabajos nacionales^(3,9) y extranjeros^(12,15,26,38,50,59), en los cuales tampoco encuentran diferencias importantes del Apgar al comparar ambos grupos, especialmente a los cinco minutos. Estos resultados favorables, especialmente en el grupo de las GEA, pueden ser debidos en parte al importante número de cesáreas realizadas (45,29 %), tanto en forma electiva y más aún de emergencia, cuando al ser sometidas las pacientes a una vigilancia instrumental durante el

embarazo y el trabajo de parto se hace el diagnóstico de sufrimiento fetal, el cual se presentó para nuestro grupo de estudio con una frecuencia tres veces mayor que con respecto al control, siendo este uno de los principales factores que inciden en su práctica muchas veces en forma exagerada. Una vez que ha sido indicada la cesárea para la extracción del producto en las fases iniciales del distress fetal, haría que los cambios en el medio interno del feto no fueran tan desfavorables, permitiendo un mejor resultado por recuperación de la condición fetal, lo cual se ve reflejado en puntuaciones mayores del Apgar.

La evolución de los recién nacidos fue satisfactoria en la mayoría de los casos, pero con un predominio en el grupo control. Los casos no satisfactorios, fueron 22 para las GEA y 18 en el grupo control. De estos, 3 casos del grupo estudio y 5 del grupo control, fueron trasladados a la unidad de cuidados intermedios y a las 48 horas al retén general para su posterior egreso. Los restantes casos catalogados como no satisfactorios, 19 para el estudio y 13 para el control, ingresaron a la unidad de terapia intensiva neonatal (UTIN).

De los 19 recién nacidos del grupo de las GEA ingresados en la UTIN, un total de 6 fallecieron en el transcurso de la primera semana de vida. Para el grupo control, de los 15 neonatos ingresados, fallecieron 6. Si a esto le añadimos que en cada grupo hubo una muerte fetal tardía, tenemos un total de 7 productos fallecidos en ambos grupos, siendo la tasa de mortalidad perinatal de 27,6 x 1 000 para el grupo estudio y 26,7 x 1 000 para el control.

No evidenciamos diferencia en el resultado perinatal entre ambos grupos, estos resultados son similares a los publicados en diversos estudios^(14,15,17,22,36,51) y son contrarios a los de otros estudios en los cuales el resultado perinatal fue más favorable para el grupo control^(2,3,6,7,8,48,49,59).

Nuestro índice de mortalidad perinatal en el grupo de las GEA fue bajo si lo comparamos con otras investigaciones^(2,10,13,14,16-18,34,47-49). En cambio, fue alto al comparándolo con las series de Dildy⁽¹²⁾, Spellacy⁽⁵⁹⁾ y Faneite⁽⁶⁰⁾.

La mortalidad perinatal aumenta con la edad de la madre en una manera continua. Teniendo en cuenta que la mortalidad perinatal es un índice de la calidad de atención obstétrica de una institución, tenemos que al comparar ambos grupos de edad y no haber una diferencia significativa entre ellos, esto indica que al extremar las medidas de la atención en las GEA, el pronóstico perinatal no se ve afectado desfavorablemente pudiéndose entonces

semejara a las de bajo riesgo, lográndolo así el objetivo final al efectuar este manejo para las pacientes de edad avanzada.

CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos se concluye que:

1. El inicio del control prenatal no se realiza en forma precoz, aunque el número de consultas prenatales fue mayor en las gestantes de edad avanzada.
2. La evolución del embarazo, parto y puerperio fue predominantemente satisfactoria y la principal complicación antenatal fue la hipertensión y en el puerperio las hemorragias y las infecciones.
3. La detección precoz de alteraciones cromosómicas se realizó en un número muy bajo de casos.
4. El control posnatal no se practicó en la gran mayoría de los casos.
5. A pesar de ser las gestantes de edad avanzada un grupo de alto riesgo, el control adecuado y frecuente para la detección oportuna de las complicaciones y una conducta más intervencionista en la resolución de los casos y a una mayor atención de las madres en el posparto, así como de sus hijos en forma inmediata, hacen que los índices de morbimortalidad perinatal no muestren diferencias significativas con respecto al grupo control catalogado como de bajo riesgo.

Recomendaciones

Recomendamos promover y fomentar la consulta preconcepcional para el consejo genético, determinar el estado de salud, detectar y tratar de enfermedades o condiciones previas y en caso contrario no recomendar una nueva gestación.

Diseñar políticas para garantizar el inicio precoz del control prenatal y concienciar a las pacientes sobre la importancia de acudir a la consulta posnatal.

REFERENCIAS

1. Mac Donald IR, Mac Lennan HR. A consideration of the treatment of early primigravidae. *J Obstet Gynaecol Brit Emp.* 1960;67:443-450.
2. Celli Arcella B. Embarazo y parto después de los 40 años. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1965;25:1-38.
3. López Gómez JR, Alvarez N, Repilloza M, Aponte E, Escobar J, Santaella L. Embarazada de 40 años y más. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1994;54:155-158.
4. Castellanos R, Agüero O, Franco G, Moreno LF. Estudio sobre mil madres adolescentes menores de 15 años. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1969;29:65-75.
5. Lubchenco LO, Hansman C, Dressler M, Boyd E. Intrauterine growth as estimated liveborn birth-weight data at 24 to 42 weeks of gestation. *Pediatrics.* 1963;32:793-800.
6. Figarella M. Consideraciones generales y datos estadísticos sobre el embarazo y parto en la primigesta añosa. Tesis Doctoral. Universidad Central de Venezuela, Caracas. 1946.
7. García A. Primiparidad tardía en la "Maternidad Concepción Palacios". Tesis Doctoral. Universidad Central de Venezuela, Caracas. 1946.
8. Halfen A, Kizer S. La primigesta añosa. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1973;33:493-512.
9. Zighelboim I, Suárez-Rivero M. Primigesta añosa. Asistencia obstétrica. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1994;54:1-16.
10. Agüero O, Kizer S. Influencia de la edad y paridad sobre algunos aspectos obstétricos. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1974;34:373-385.
11. Agüero O, Avilán Rovira JM. Edad, paridad, embarazo y parto. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2001;61:147-152.
12. Dildy G, Marc Jackson G, Fowers G, Oshiro B, Varner M, Clark S. Very advanced maternal age: Pregnancy after age 45. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175:668-674.
13. Nybo Andersen A-M, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: Population based register linkage study. *B M J.* 2000;320:1708-1712.
14. Larbi KT, Buchmann EJ, Matshidze PR. Pregnancy outcomes in urban black South African women aged 35 years and older. *Obstet Gynaecol.* 2000;20:259-262.
15. Marai W, Lakew Z. Pregnancy outcome in the elderly gravida in Addis Ababa. *East Afr Med J.* 2002;79:34-37.
16. Prasad S, Ghosh H, Al-TaHER M. Obstetric outcome in women over the age of 40 years. *Obstet Gynaecol.* 2000;20:24-26.
17. Abu-Heija T, Jallad MF, Abukteish A. Obstetrics and perinatal outcome of pregnancies after the age of 45. *Obstet Gynaecol.* 1999;19:486-488.
18. Fretts R, Schmittiel J, Mac Lean F. Increased maternal age and the risk of fetal death. *N Engl J Med.* 1995;333:953-957.
19. Stein A. Pregnancy in gravidas over age 35 years. *Nurse Midwife.* 1983;28:17-20.
20. Posner L. Pregnancy at age 40 and over. *Obstet Gynecol.* 1961;17:194-198.
21. Horger E. Pregnancy in women over 40. *Obstet Gynecol.* 1979;49:251.
22. Jaramillo Almeida X. Riesgo obstétrico en gestantes de edades extremas. *Rev Ecuat Ginecol Obstet.* 1998;5:284-286.
23. O'Reilly-Green C, Cohen W. Pregnancy in women aged 40 and older. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1993;20:313-331.
24. Sebastiani M, Izbizky G, Fama B. El embarazo en edades tardías reproductivas de la mujer. *OGLA.* 1994;99:106.
25. Fretts R, Usher R. Causes of fetal death in women of advanced maternal age. *Obstet Gynecol.* 1997;89:40-45.
26. Illia R, Laterra C, Almada R, Ulens E, Vairo S, Vilches A. Resultados del embarazo en pacientes de 40 o más años. *Toko-Gin. Práct.* 1998;57:115-118.
27. Almada R, Illia R, De Diego A. Evaluación del resultado del embarazo en pacientes mayores y menores de 40 años. *Rev SOGIBA.* 1995;74:93-100.
28. Suckerman E, Mora J, Guardia M. El hábito de fumar en el embarazo. Repercusiones sobre los valores antropométricos del recién nacido. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1988;48:21-26.
29. Uzcátegui O, Pérez D'Gregorio R, Toro Merlo J. Efecto del cigarrillo, alcohol y drogas ilícitas en el embarazo. En: Uzcátegui O, editora. El embarazo. Caracas: Editorial Ateproca; 2002.p.53-59.
30. Edge V, Laros R. Jr. Pregnancy outcome in nulliparous women aged 35 or older. *Am J Obstet Gynecol.* 1993;168:1881-1884.
31. Sutham P. Pregnancy outcome in elderly primigravida in

- Songklanagarind Hospital. *Songkla Med J*. 1998;16(2):57-63.
32. Morón A, de Almeida PA, Cannano L. Gestao en mulheres com 40 años o mais. Analise de variaveis maternos e de recm-nacido. *Rev Paul Med Brasil*. 1989;107(4-6):203-211.
33. Keith L, Ellis R, Berger GS, Deep R. The NorthWestern University multihospital twin study: Description of 580 twin pregnancy and associated pregnancy lost (1975-1977). *Am J Obstet Gynecol*. 1980;138(7):1-9.
34. Naqvi MM, Nassem A. Obstetrical risks in the older primigravida. *Coll Physicians Surg Pak*. 2004;14(5):278-281.
35. Swalingam N, Avalani C. Risks in advanced maternal age. *Singapore Med J* 1989; 30:460-465.
36. Ziadeh FM. Maternal an perinatal outcome in mulliparous women aged 35 and older. *Gynecol Obstet Invest*. 2002;54:6-10.
37. Callaway LK, Lust K, McIntyre HD. Pregnancy outcomes in women of very advanced maternal age. *Aust NZ J Obstet Gynaecol*. 2005;45:12-16.
38. Al-Turki HA, Abu-Heija AT, Al-Sibai MH. The outcome of pregnancy in elderly primigravidas. *Saudi Med J*. 2003;24:1230-1233.
39. Kass EH. Bacteriuria and pyelonephritis of pregnancy. *AMA Arch Intern Med*. 1960;105:194-198.
40. Gilstrap LC, Ramin SM. Urinary tract infections during pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2001;28:581-591.
41. Hook EB. Rates of chromosomal abnormalities at diferent maternal age. *Obstet Gynecol*. 1981;58:282-285.
42. Snyder RJM, Holzgreve W, Cuckle H, Nicolaides KH. Maternal age specific risk for trisomies at 9-14 weeks gestation. *Prenatal diagnosis*. 1994;14:543-552.
43. Hecht CA, Hook EB. The imprecision in rates of Down Syndrome by one year interval maternal age. *Prenatal diagnosis*. 1994;14:729-738.
44. Agüero O, Layrisse M. Algunos aspectos hematológicos en embarazadas. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1955;15:887-895.
45. Shao J, Katalano PM, Yamashita H, Ruyter I, Smith S, Younger J, et al. Impaired tyrosinokynase activity and overexpression of PC-1 on skeletal muscle from obese woman with gestational diabetes. *Diabetes*. 2000;49:603-610.
46. Cooper RL, Goldenberg RL, Creazy RK. A multicenter study of preterm birth weight and gestational age specific neonatal mortality. *Am J Obstet Gynecol*. 1993;168:78-84.
47. Eneh AU, Fiebai PO, Anya SE, John CT. Perinatal outcome among elderly nulliparae at the University of Port Harcourt Teaching Hospital. *Niger J Med*. 2004;13:44-47.
48. Ilesanmi O, Fawole O, Olaleye O, Arowojolu A. Pregnancy outcome in the elderly primigravidae. *J Obstet Gynaecol*. 1998;18:40-43.
49. Sachs BP, Fretts RC, Garner R, et al. The Impact of Extreme Prematurity and Congenital Abnormalies on the Interpretation of International Comparisons of Infants Mortality. *Obstet Gynecol*. 1995;85:941-945.
50. Adshek J, Peaceman A, Lopez-Zeno J. Factor contributing to the increased cesarean birth rate in older parturient women. *Am J Obstet Gynecol*. 1993;169:936-940.
51. Kozinszky Z, Orvos H, Zaboki T, Katona M, Wayda K, Pal A, Kovaes L. Risk factors for cesarean section of primiparous women aged over 35 years. *Acta Obstet Ginecol Scand*. 2002;81(4):313-316.
52. Gordon D, Milberg J, Hickok D. Advanced maternal age as a risk for cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 1991;77:493-497.
53. Figueira L, Ibarra M, Cortés R, Blasco de Oro M, Mendoza A, Velásquez G. Episiotomía selectiva versus rutinaria en pacientes nulíparas. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2004;64(3):121-127.
54. Ounsted M, Ounsted CH. On fetal growth rate. Londres Editorial Heineman Ltd. 1973.
55. Berkowitz GS, Skovron ML, Lapisnik RH, Berkowitz RL. Delayed childbearing and the outcome of pregnancy. *N Engl J Med*. 1990;322:659-664.
56. Forman MR, Meirik O, Berendes HW. Delayed childbearing in Sweden. *JAMA*. 1984;252:3135-3139.
57. Stanton EF. Pregnancy after 44. *Am J Obstet Gynecol*. 1956;71:270-274.
58. Ventura SJ, Martin JA, Taffel SM, Matthews TJ, Clarke SC. Advanced report of final natality statistics 1992. Hyattsville MD: National center for Health Statistics 1994. Monthly vital statistics report, vol. 43 N°:5(Suppl).
59. Spellacy WN, Miller SJ, Winegar A. Pregnancy after 40 years of age. *Obstet Gynecol*. 1986;68:450-454.
60. Faneite P, Delgado P, Sablone S, Faneite J, Guedez J, Fagundez M. ¿En cuánto contribuye el embarazo de riesgo en la mortalidad perinatal?. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2003;63(2):61-66.

DIRECCIÓN: Cátedra de Clínica Obstétrica "A". Servicio de Obstetricia, Piso 10. Hospital Universitario de Caracas. Ciudad Universitaria. Caracas, Teléfono: 6628163.