

EMBARAZOS EN LOS EXTREMOS DE LA VIDA Y RESULTADOS PERINATALES

Dra M. de los Angeles Andorno, Dra. Elena Bello
Dr. Ricardo E. Martearena, Dra. Griselda I. Abreo

Lugar de realización: Servicio de Tocoginecología, Hospital "Dr. José R. Vidal". Corrientes. Año 2009

Resumen

Objetivo: determinar la edad materna de riesgo asociada a los resultados perinatales.

Materiales y Métodos: los datos se obtuvieron del Libro de Partos del servicio de Tocoginecología del Hospital "Dr. José Ramón Vidal" de la Ciudad de Corrientes, desde el 9 de abril al 18 de agosto del 2009. Se realizó un estudio de cohorte, con 244 pacientes divididas en dos grupos de cohorte: embarazadas menores de 17 años y mayores de 35 años. Las variables utilizadas recién nacido prematuro (RNP), bajo peso (RNBP) y alto peso (RNAP) al nacer, internados en unidad de cuidados intensivos neonatales (RNUCIN), mortalidad fetal (MF). Se calculó Prevalencia, Riesgo Relativo (RR), Intervalo de confianza 95% (IC95%) y p estadística.

Resultados: de 244 embarazadas, 103(42,2%) menores de 17 años, 141(57,79%) mayores de 35 años. En mayores de 35 años, RNP la prevalencia de 12,77% en menores de 17 años 18,45%, valor p 0,22, RR 0,69% (IC95%: 0,38 a 1,25). Para RNBP 9,22% en mayores de 35 vs 11,65% en menores de 17 años, p 0,53; RR 0,79%(IC95%: 0,37-1,66) Para RNAP 6,38% en mayores vs 0,97% en menores, p 0,03 RR 6,57(IC95%:0,84-51,98) Para MF 6,38% en mayores vs 1,34 en menores, p 0,09 RR 3,28 (IC95%: 0,72-14,89). Para RNUCIN 6,38% en mayores vs 5,83%, p 0,85 RR 1,09 (IC95%:0,40-2,98)

Conclusión: menores de 17 años presentaron diferencias clínicas significativas en RNP y RNBP con respecto a las mayores de 35 sin encontrar significación estadística. En mayores de 35 años con respecto al otro grupo se encontraron diferencias clínicas significativas para FM y RNAP, teniendo esta última variable significación estadística. En RNUCIN no se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

Palabras Claves: embarazo, resultados perinatales, edad materna

Abstract

Objective: To identify the maternal ages of risk associated with perinatal results.

Materials and Methods: The information for this research was obtained from the birth book of Tocoginecology's Service of "José Ramón Vidal" Hospital of the city of Corrientes. The period of time for this investigation was from April 9th to August 18th of 2009. The cohort study included 244 pregnant women, one group of 17 years old or less and other of 35 years old or more. The variables: premature babies (PB), low birth weight (LBW), high birth weight (HBW), fetal death (FD) and newborn in neonatal intensive care unit (NBNICU). Prevalence, Relative risk, Confidence Interval 95% and p Value.

Results: Of 244 pregnant women, 103 (42,2%) were 17 years old or less (IC 95%: 36,18% to 48,48%) and 141 (57,79%) were 35 years old or more (IC 95%: 51,52% to 63,83%). In patients of 35 years old or more for PB the prevalence was 12,77% in patients of 17 years or less 18,45%, p 0,22, RR 0,69%(IC95%: 0,38-1,25). For LBW 9,22% in 35 years old or more vs 11,65% in 17 years old or less, p 0,53; RR 0,79%(IC95%: 0,37-1,66). For HBW 6,38% in 35 years or more vs 0,97% in less than 17 years, p 0,03 RR 6,57(IC95%:0,84-51,98) For FD 6,38% vs 1,34 in 17 years old or less, p 0,09 RR 3,28 (IC95%: 0,72-14,89) For NBNICU 6,38% in 35 years old or more vs 5,83% in 17 years.

Conclusion: under 17 years old showed significant clinical differences in RNBP and RNP with respect to those over 35 years old found no statistical significance. In over 35 years with respect to the other group differences were clinically significant for FM and RNAP, with this variable statistically significant. In RNUCIN no found significant differences between groups.

Key Words: pregnancy, perinatal results, maternal ages.

INTRODUCCION

La OMS ha definido Salud Reproductiva como "una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida, esto implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuando y con qué frecuencia"¹.

Los embarazos en edades extremas de la vida han sido asociados a resultados perinatales adversos y son considerados embarazos de alto riesgo obstétrico que traerán complicaciones para el binomio materno-fetal. Una mujer solo empieza a estar físicamente preparada para tener hijos a partir de los 18 años edad, aunque solo sea por razones de salud, ninguna joven debería quedar embarazada antes. A partir de los 35 años la salud reproductiva comienza

a declinar por lo tanto no deberían quedar embarazadas después de esta edad, ya que aumentan los riesgos asociados al embarazo y parto.

Sin embargo, se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. En el caso de mujeres mayores de 35 años que ya han tenido cuatro o más embarazos, un nuevo embarazo representa un grave riesgo tanto para su propia vida como para la del futuro hijo².

Las mujeres cuyo embarazo se produjo después de los 35 años, así como también las menores de 18 años están relacionadas con resultados perinatales adversos como bajo peso al nacer, prematuros y mortalidad fetal.

Estas circunstancias nos motivaron a realizar este trabajo y proponer el siguiente objetivo: determinar las edades maternas de riesgo en nuestra población y los resultados perinatales.

MATERIALES Y METODOS:

La fuente de información para la realización de este trabajo fueron datos recolectados del Registro de Libro de Partos del Servicio de Tocoginecología y Obstetricia del Hospital "Dr. José R. Vidal" de la ciudad de Corrientes, entre el 9 de abril del 2009 hasta el 18 de agosto del 2009. Se realizó un estudio de cohorte. La población utilizada fueron 244 pacientes embarazadas que concurren al servicio, dividiéndolas en dos grupos de cohorte: menores de 17 años y mayores de 35 años. En ambos grupos las variables a analizar fueron recién nacido prematuro (RNP), recién nacidos de bajo peso (RNBP) y alto peso al nacer (RNAP), recién nacidos internados en unidad de cuidados intensivos neonatales (RNUCIN), mortalidad fetal (MF).

Para procesar los datos se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2007, se calculó prevalencia, intervalo 95% de confianza (IC95%), P estadística, riesgo relativo (RR).

La prevalencia es el número de casos o eventos de una población de una determinada enfermedad en un momento dado en el tiempo. La prevalencia intenta mostrar la frecuencia con la que un evento de Salud o enfermedad existe en un momento, independientemente de cuándo se haya originado. Se calcula determinando el número de sujetos en quienes se presenta el evento estudiado y relacionando dicho número con el total de individuos que forman el grupo observado. Suele expresarse en forma de proporción o porcentaje³.

Para poder medir la precisión (o incertidumbre) de los resultados del estudio y poder hacer inferencia sobre la población estudiada, se ob-

tuvo el Intervalo de Confianza (IC), para establecer el rango de valores dentro de lo que podemos estar seguros en un 95 % que se encuentra el valor de la población, o que existe un 95 % de posibilidades de que el valor "real" de la población se encuentre entre estos dos límites.

En epidemiología definimos el riesgo como la probabilidad de que uno de los miembros de una población o un grupo de personas de una población definida desarrolle una enfermedad o evento desfavorable en un período de tiempo determinado. Es importante recordar que sin las referencias espacial y temporal, el uso de riesgo carece de sentido riesgo a la probabilidad de ocurrencia de un evento.

El riesgo relativo (RR) es una medida relativa del efecto porque indica cuánto más veces tiende a desarrollar el evento en el grupo de sujetos expuestos al factor de exposición o factor de riesgo en relación con el grupo no expuesto. El RR establece el grado de asociación entre el factor de riesgo y la enfermedad El RR no tiene dimensiones, el rango de su valor oscila entre 0 e infinito. El RR igual a uno indica que no hay asociación entre la presencia del factor de riesgo y el evento. El RR mayor a uno indica que existe asociación positiva, es decir, que la presencia del factor de riesgo se asocia a una mayor frecuencia de suceder el evento. El RR menor a uno indica que existe una asociación negativa, es decir, que no existe factor de riesgo, que lo que existe es un factor protector⁴.

Con respecto al valor p Valor P es un valor de probabilidad por lo que oscila entre 0 y 1. Así, se suele decir que valores altos de valor P no rechazan la Hipótesis Nula o, dicho de forma correcta, no permiten rechazar la Hipótesis 0 (H0). De igual manera, valores bajos de valor P rechazan la H0. Es importante recalcar que un contraste de hipótesis nula no permite aceptar una hipótesis, simplemente la rechaza o no la rechaza, es decir que la tacha de verosímil (lo que no significa obligatoriamente que sea cierta, simplemente es lo más probable que sea cierta que sea falsa) o inverosímil⁵.

RESULTADOS

EDADES MATERNAS DE LA POBLACION

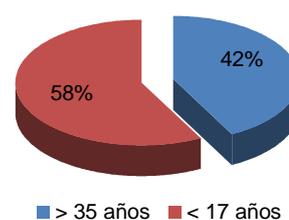


Gráfico I:

De 244 pacientes embarazadas, 103 pacientes (42,2%) eran menores de 17 años (IC 95%: 36,18% a 48,48%); 141 pacientes (57,79%) eran mayores de 35 años (IC 95%: 51,52% a 63,83%).

De las 103 pacientes menores de 17 años, 19 presentaron recién nacidos prematuros (RNP) con una prevalencia de 18,45%, 12 presentaron recién nacidos de bajo peso (RNBP) con una prevalencia de 11,65%, 2 presentaron feto muerto (FM) con una prevalencia de 1,94%, 6 presentaron recién nacidos internados en unidad de cuidados intensivos neonatales (RN UCIN) con una prevalencia de 5,83% y 1 evento de recién nacido de alto peso (RNAP) con una prevalencia de 0,97%. De los 141 pacientes embarazadas mayores de 35 años, 18 presentaron RNP con una prevalencia de 12,77%, 13 presentaron RNBP con una prevalencia de 9,22%, 9 presentaron feto muerto con una prevalencia de 6,38%, 9 presentaron RNUCIN con una prevalencia de 6,38% y 9 eventos RNAP con una prevalencia de 6,38%.

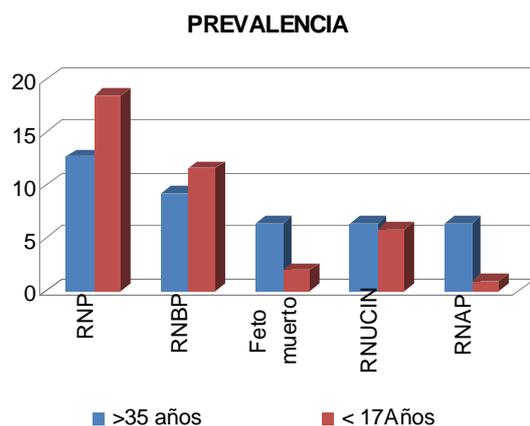


Gráfico II:

Se calculó para las variables RNP un Riesgo Relativo (RR) de 0,69% (IC 95%: 0,38 a 1,25), Índice de Significación Estadística (p) de 0,22; para la variable RNBP un RR 0,79% (IC 95%: 0,37 a 1,66) p 0,53; con respecto a la variable FM un RR 3,28 (IC 95%: 0,72 a 14,89) p 0,09; para la variable RN UCIN un RR 1,09 (IC 95%: 0,40 a 2,98) p 0,85 y para la variable RNAP un RR 6,57 (IC 95%: 0,84 a 51,98) p 0,03.

DISCUSION

Según la OPS la edad materna recomendada es después de los 18 años y antes de los 35 años. Un embarazo y parto seguro dependen del estado de salud físico mental de la madre y un adecuado control médico prenatal. El primer embarazo no debería producirse antes de los 18 años como mínimo, ya que una mujer comienza a estar físicamente preparada a partir de esta edad, de lo contrario tiene mayores probabilidades de nacer prematuro y/o con un bajo peso y el parto tiende a ser complicado. En las mujeres mayores de 35 años las enfermedades crónicas preexistentes, si ya han tenido 4 o más embarazos o su primer embarazo representan un grave riesgo para la gestación y el parto⁶. Es necesario una captación temprana de estas gestantes para una detección de los posibles riesgos y un control estricto del embarazo, y así obtener un recién nacido saludable.

Un Embarazo Normal es aquel que transcurre sin factores desfavorables (biológicos, psicológicos, socio-demográficos), y/o patologías maternas previas o adquiridas en el transcurso del embarazo evidentes o no, interfirieran en su normal evolución, llegando a término con feto sano, presentación cefálica y proporción céfalo-pélvica adecuada, posibilitando un parto de bajo riesgo y un puerperio normal⁷. Esto nos lleva a desarrollar el término de Embarazo de Alto Riesgo, se dice que una eventualidad ofrece alto riesgo perinatal cuando se halla incrementada seriamente la posibilidad de enfermedad o muerte de la madre o de su hijo nacido o por nacer. La población de alto riesgo perinatal constituye aproximadamente el 20% del total de pacientes atendidas en una maternidad urbana. Y es solamente a ese 20% de la población al que conviene someter a controles exhaustivos con el máximo conocimiento científico y muy probablemente con las metodologías auxiliares médicas de más alto costo⁸. Más de un millón de mujeres muere cada año por causas asociadas al parto, y dejan más de un millón de niñas y de niños huérfanos de madre. La mayoría de estas muertes podrían evitarse si se tuvieran en cuenta los riesgos que corren las mujeres que quedan embarazadas antes de los 18 años y después de los 35 años, la conveniencia de planificar los nacimientos y espaciar los embarazos⁶.

	> de 35 años	<de 17 años			
Eventos	Prevalencia	Prevalencia	RR	IC 95%	Valor p
RNP	12,77	18,45	0,69	0,68-1,25	0,22
RNBP	9,22	11,65	0,79	0,37-1,66	0,53
Feto muerto	6,38	1,94	3,28	0,73-14,89	0,09
RNUCIN	6,38	5,83	1,09	0,40-2,98	0,85
RNAP	6,38	0,97	6,57	0,84-51,98	0,03

Tabla I: Resultados de las Variables en estudio.

En nuestro medio pudimos observar que muchas de estas condiciones no están dadas como la falta de planificación familiar. Estas mujeres no están preparadas ni física ni mentalmente para enfrentar un embarazo ya sea por su corta edad o por ser mujeres adultas maduras con familias numerosas. Se encontró un porcentaje mayor de embarazos con edades superiores a los 35 años (57.79%) esto nos lleva a pensar que hay predominio de este grupo etario con mayor riesgo de resultados adversos en sus embarazos ya que tuvieron una prevalencia mayor en eventos como: RNAP, FM, ya que la maternidad tardía está asociada a complicaciones como las alteraciones crónicas preexistentes que inevitablemente aparecen con la edad y la presencia de cuatro o más embarazos anteriores.

Las embarazadas menores de 17 años de nuestra población en estudio, presentaron un porcentaje levemente menor en población (42,2%) con una prevalencia mayor de eventos de RNP y RNBP. Sin significación estadística.

Los expertos en salud acuerdan en que las adolescentes embarazadas requieren atención física y psicológica especial durante el embarazo, el parto y el puerperio para preservar su propia salud y la de sus bebés, puesto que las adolescentes, que quedan embarazadas corren graves riesgos de salud porque sus organismos pueden no estar lo bastante maduros físicamente para soportar el estrés del embarazo y el parto¹¹. Según el consultor en salud de los adolescentes James E Rosen, que está cargo de un estudio de investigación del departamento de Reducción de los riesgos del embarazo de la OMS, las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior².

Basándonos en el resultado de nuestro estudio podemos afirmar que las menores de 17 años obtuvieron diferencias clínicas significativas para las variables RNP y RNBP, con un RR de 0,69 (IC 95%: 0,38 a 1,25) y 0,79 (IC 95%: 0,37 a 1,66) sin encontrarse significación

estadística (valor p: 0,22 y 0,53) respectivamente. En las pacientes mayores de 35 años en comparación con las menores de 17 años se hallaron diferencias clínicas significativas en las variables FM un RR 3,28 (IC 95%: 0,73 a 14,89) valor p: 0.09 y RNAP un RR 6,57 (IC 95%: 0,84-51,98) valor p: 0.03 presentando esta última variable significación estadística. En la única variable que no se encontró diferencias significativas entre ambos grupos fue RNUCIN con RR 1,09 (IC 95%: 0,40 a 2,98) valor p 0.85.

En un estudio realizado en La Habana sobre 171 pacientes mayores a 35 años que represento el 5.2 % sobre un total de 3292 nacimientos se halló que los indicadores bajo peso al nacer, mortalidad fetal no tenían significancia estadística, de igual manera que el alto peso al nacer⁹. Por otra parte en Chile durante el año 1999 se diseñó un estudio observacional descriptivo, donde el objetivo fue evaluar a mujeres de edad materna avanzada y el riesgo del bajo peso al nacer, muerte fetal entre otras variables. Se encontró que había mayor asociación entre edad materna avanzada y bajo peso al nacer que se explica por las patologías pregestacionales y gestacionales existentes las que condicionan un parto prematuro y restricción del crecimiento fetal¹⁰.

CONCLUSION

Las pacientes embarazadas menores de 17 años presentaron diferencias clínicas significativas en las variables RNP y RNBP con respecto a las mayores de 35 sin encontrar significación estadística. En las embarazadas mayores de 35 años con respecto al otro grupo se encontraron diferencias clínicas significativas para FM y RNAP, teniendo esta última variable significación estadística. En RNUCIN no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

AGRADECIMIENTOS:

A la especial colaboración de la Dra. Araoz Olivos Natalia Silvana, ya que sin sus aportes en los análisis estadísticos en este trabajo no se podría haber finalizado.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Salud Reproductiva: Proyecto de estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo. Organización Mundial de la Salud [En línea] 2003 [fecha de acceso 22 de febrero de 2011]. 4-18. URL disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Organización Mundial de la Salud [En línea] junio 2009 [fecha de acceso 22 de febrero de 2011]. URL disponible: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
3. Ortiz Z, Esandi M E, Bortman M. Epidemiología Básica y Vigilancia de la Salud. Cuantificación de los problemas de Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires [En línea] 2004 [fecha de acceso 28 de febrero de 2011]. URL disponible: http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/Residencias/pdf_Comun/Epidemiologia3.pdf
4. Ortiz Z, Esandi M E, Bortman M. Epidemiología Básica y Vigilancia de la Salud. Efecto, Impacto y Fuentes de Error. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. [En línea] 2004 [fecha de acceso 28 de febrero de 2011]. URL disponible en: http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/Residencias/pdf_Comun/Epidemiologia4.pdf

5. Pita Fernández S, Pértega Díaz S. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Significación estadística y relevancia clínica. [En línea] 2001 [fecha de acceso de marzo de 2011]. URL disponible en : http://www.fisterra.com/mbe/investiga/signi_estadi/signi_estadisti2.pdf
6. Organización Panamericana de la Salud. Ayudando a Crecer: Maternidad. Organización Panamericana de la Salud [En línea] Abril 2001 [fecha de acceso 6 de marzo de 2011] URL disponible en : <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/crecer-maternidad.pdf>
7. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires – Programa Materno Infantil. Guía de procedimientos para el control del embarazo normal y la atención del parto de bajo riesgo. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires [En línea] 2007 [fecha de acceso 10 de marzo de 2011]. URL disponible en : http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/Residencias/pdf_Medicina/GuiaprocedimientoPMI_000.pdf
8. Votta A R, Parada O H. Manual de Obstetricia. 5ta Edición. López Libreros Editores. Buenos Aires. Año 1995. Capítulo 6: Control Prenatal.117-123.
9. Hernández Cabrerías J, Lázaro García L, Hernández Hernández D, Rendón García S, Dávila Albuérne B; MSc Suárez Ojeda R. Resultados perinatales y maternos de los embarazos en edad madura. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. [En línea] 2001 [fecha de acceso 10 de marzo de 2011]. URL disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v27n3/gin06301.pdf>
10. Donoso SE, Villarroel del PL. Edad Materna avanzada y riesgo reproductivo. Revista Médica de Chile [En línea] Enero 2003 [fecha de acceso 10 de marzo de 2011]. URL disponible en : http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000100008&script=sci_arttext
11. Sesmero JRM. Consecuencias del Embarazo no deseado. V Congreso de la Sociedad Española de Contracepción. [En línea] 2000 [fecha de acceso 11 de marzo de 2011]. URL disponible en: http://www.sec.es/area_cientifica/ponencias_comunicaciones_congresos_sec/2000_05CongresoSEC/libro/p9b.pdf