

Artículo original

Policlínica René Ávila Reyes. Holguín

Influencia de la edad materna en los resultados perinatales en gestantes de la Policlínica René Ávila Reyes**Influence of Mother's Age in Perinatal Results in Pregnant Women at René Avila Reyes Polyclinic**

*Tatiana Zoila Ochoa Roca*¹, *Kenia Hechavarría Barzaga*², *Rolando González Cuello*³, *Reinerio Ayala Ramos*⁴, *Sonia González Pérez*⁵

- 1 Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Auxiliar. Policlínica René Ávila Reyes.
- 2 Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Instructor. Policlínica René Ávila Reyes.
- 3 Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Instructor. Policlínica René Ávila Reyes.
- 4 Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Instructor. Policlínica René Ávila Reyes.
- 5 Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Instructor. Dirección Municipal de Salud.

RESUMEN

Se estudió la influencia de la edad materna en los resultados perinatales, correspondientes a la Policlínica Universitaria René Ávila Reyes, municipio Holguín, 2009. La muestra estuvo constituida por 287 embarazadas con un tiempo de gestación de 28 o más semanas, sin excluir los recién nacidos fallecidos durante el periodo de estudio. El mayor número de las gestantes se encontraban entre 21 y 34 años, con un peso adecuado del recién nacido. El parto a término predominó en las gestantes de 21 a 34 años y en las de edad avanzada; en la adolescencia el

pretérmino fue el de mayor frecuencia. Se evidenció una asociación entre la edad materna avanzada y la presencia de malformaciones congénitas, donde a medida que avanza la edad aumenta el riesgo de parto distócico.

Palabras clave: edad materna, resultados perinatales, recién nacidos.

ABSTRACT

A study on maternal age behavior was performed at Rene Avila Reyes University Polyclinic, Holguín municipality, 2009. The sample comprised 287 pregnant women with a gestational age of 28 or more weeks. The age group between 21 and 34 year was the one of highest prevalence. The predominant term delivery in pregnant women was between 21 and 34 years and older. The preterm adolescents had the highest frequency. It showed an association between advanced maternal age and the presence of congenital defects. The risk of dystocia increased in advanced ages.

Key words: maternal age, perinatal results, newborn.

INTRODUCCIÓN

El conocimiento de la mortalidad perinatal es un hecho de gran importancia, porque proporciona una imagen del nivel de desarrollo y calidad de salud de los pueblos. Además, permite medir el estado de salud del producto de la concepción durante los dos últimos meses de vida intrauterina y los primeros seis días de vida extrauterina¹. Entre los principales factores asociados a la mortalidad perinatal están la enfermedad hipertensiva del embarazo, infección urinaria, diabetes mellitus, lupus eritematoso sistémico, edad materna superior a 35 años o menor a 20 años, nuliparidad, pérdidas fetales anteriores, anomalías cromosómicas fetales, tabaquismo, falta de control prenatal y traumatismos, entre otros^{2,3}.

El embarazo en mujeres mayores de 35 años genera complicaciones para el binomio materno-fetal, se considera de alto riesgo obstétrico y al igual que las de 19 años, se han clasificado como grupo de riesgo de la edad extrema de la vida^{4,5}.

Se estima que cada año en el mundo nacen muertos alrededor de 4,3 millones de niños y 3,3 millones mueren en la primera semana de vida; de estas 7,6 millones de muertes perinatales, el 98% ocurre en países en vías de desarrollo. La mortalidad perinatal se ha mantenido sin cambios en las últimas décadas y ocupa el primer lugar como causa de muerte infantil, por lo que debe ser considerada como problema prioritario de salud pública ^{5,6}.

Durante los últimos 10 años, los indicadores del Programa Materno Infantil no presentan comportamiento satisfactorio en el área de salud de Policlínica, con un incremento paulatino que se expresa en altas tasas de mortalidad infantil y perinatal e índices de bajo peso al nacer. Estudios realizados en el área en los últimos dos años describen algunos factores relacionados con el bajo peso al nacer; y ello es importante para ayudar a reducir la tasa de mortalidad, mejorar la calidad de vida de la población fértil y disminuir los nacimientos con bajo peso, que constituyen una preocupación mundial.

El objetivo del presente estudio identificar la influencia de la edad materna en los resultados perinatales en la Policlínica Universitaria de la Familia René Ávila Reyes de Holguín durante el 2009.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre la influencia de la edad materna en los resultados perinatales, correspondientes a la Policlínica René Ávila Reyes, del municipio Holguín, durante el 2009. El universo estuvo constituido por 293 embarazadas con un tiempo de gestación de 28 o más semanas, sin excluir los recién nacidos fallecidos durante el periodo de estudio. La muestra estuvo integrada por 287 partos con los criterios de anteriores y en gestantes que recibieron atención prenatal en el área de salud de la Policlínica.

Operacionalización de variables

Se consideraron las siguientes variables: edad materna, peso al nacer, presencia de malformaciones congénitas y tipo de parto.

Aspectos éticos

Se solicitó la autorización del Comité de Ética de las investigaciones del área de salud para la revisión de los registros estadísticos del Programa Materno Infantil, las historias clínicas obstétricas y discusiones de morbilidad. Se tomaron en cuenta los enunciados planteados en la Declaración de Helsinki.

Procesamiento de datos

Se emplearon indicadores de la estadística descriptiva como números absolutos y el cálculo de porcentajes, así como de estadística inferencial para determinar la asociación entre la edad materna y las variables perinatales estudiadas. Para esto se utilizó el test de Chi Cuadrado.

RESULTADOS

En cuanto a la distribución de las pacientes según edad materna se encontró que el 64,1% correspondieron a las edades comprendidas entre 21 a 34 años, con 184 casos, seguido de las menores de 20 años con 72 para el 25,1% y las mujeres arias, es decir, aquellas que tenían 35 o más años, que representaron el 10,8% con 31 gestantes (tabla I).

Tabla I. Gestantes según edad

Edad	No	%
Hasta 20 años	72	25,1
De 21 a 34 años	184	64,1
De 35 años o más	31	10,8
Total	287	100

Fuente: Libro de control de estadístico de los resultados del Programa materno infantil (PAMI).

En cuanto a la distribución de la edad materna según tiempo de gestación al parto se encontró que en el 83,27% de las gestantes el parto ocurrió entre las 37 a 39,6 semanas, le siguieron las pacientes cuyo parto se produjo entre las 40 semanas o más. La edad materna que prevaleció fue el grupo de 21 a 34 años en el caso de

parto a término y después de las 40 semanas; en el caso del parto pretérmino correspondió a las adolescentes (tabla II).

Tabla II. Gestantes según edad y tiempo de gestación al parto

Edad (años)	Tiempo de gestación al parto							
	28 a 36,6 semanas		37 a 39,6 semanas		40 semanas o más		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Hasta 20 años	3	1,04	57	19,86	13	4,52	72	25,1
21-34 años	2	0,69	156	54,35	25	8,71	184	64,1
35 años o más	2	0,69	26	9,05	3	1,04	31	10,8
Total	7	2,43	239	83,27	41	14,28	287	100

Fuente: Libro de control estadístico de los resultados del Programa materno infantil (PAMI).

Las malformaciones congénitas según edad materna estuvo presente en ocho casos (para el 2,78% y el grupo de edades más afectado fue de 35 años o más) de ellas, dos correspondieron a muertes neonatales y el resto a recién nacidos vivos. Entre las malformaciones de mayor predominio cuatro correspondieron a cardiopatías congénitas, dos a malformaciones renales y dos a polimalformados. Al aplicar el test de Chi Cuadrado se observó una asociación entre la edad materna avanzada y la presencia de malformaciones congénitas (tabla III).

Tabla III. Gestantes según edad y presencia de malformaciones congénitas

Edad (años)	Presencia de malformaciones congénitas					
	Si		No		Total	
	No	%	No	%	No	%
Hasta 20	2	0,69	70	24,99	72	25,1
21-34	2	0,69	182	63,41	184	64,1
35 o más	4	1,39	27	4,41	31	10,8
Total	8	2,78	279	97,21	287	100

$p < 0,01$ $\chi^2_{\text{calc}} = 13,76$ $\chi^2_{\text{tab}} = 9,210$

Fuente: Libro de control estadístico de los resultados del Programa materno infantil (PAMI) Historia clínica Individual

En relación con la distribución de la edad materna según peso al nacer, el 93,3% de los casos tuvieron un peso normal de 2500 a 4000 g; se reportaron en el área 11 recién nacidos bajo peso al nacer donde la adolescencia aporta en gran medida estos resultados con relación al índice de prematuridad.

El grupo de edades de 21 a 34 años procrearon recién nacidos con un peso adecuado. Al aplicar el test de Chi Cuadrado no se observó una asociación entre el aumento de la edad materna y el peso al nacer, esto se debió a que el grupo de mayor casuística correspondió al antes mencionado. No obstante a estos resultados en las edades extremas se evidenció que el peso no está en límites normales (tabla IV).

Tabla IV. Gestantes según edad y peso al nacer

Edad (años)	Peso al nacer							
	Hasta 2499g		2500-4000g		4001g y más		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Hasta 20	4	1,39	67	23,34	1	0,34	72	25,1
21-34	4	1,39	173	60,28	7	2,43	184	64,1
35 o más	3	1,04	27	9,40	1	0,34	31	10,8
Total	11	3,83	267	93,03	9	3,13	287	100

Fuente: Libro de control estadístico de los resultados del Programa materno infantil (PAMI).

En relación con el tipo de parto predominó el eutócico, sobre el distócico con el 56,44% y 43,54%, respectivamente, en este ultimo caso el parto con espátula y fórceps fue el de mayor comportamiento sobre la cesárea con el 20,20%. El grupo de edades que predominó corresponde al de 21 a 34 años en el caso del parto eutócico y el de 35 o más correspondió al tipo de parto por cesárea. Al aplicar el test de Chi Cuadrado se observó que al aumentar la edad materna aumenta el riesgo de parto distócico (espátula o fórceps y cesárea) (tabla V).

Tabla V. Gestantes según edad y tipo de parto

Edad (años)	Tipo de parto							
	Eutócico		Espátula o fórceps		Cesárea		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Hasta 20	31	10,80	20	6,9	21	7,31	71	25,1
21-34	121	42,16	41	14,28	15	5,22	184	64,8
35 o más	10	3,48	6	2,09	22	7,66	31	10,1
TOTAL	162	56,44	67	23,34	58	20,20	287	100

$p < 0,01$ $\chi^2_{\text{calc}} = 56,01$ $\chi^2_{\text{tab}} = 13,277$

Fuente: Libro de control estadístico de los resultados del Programa materno infantil (PAMI).

DISCUSIÓN

Se considera que en esta investigación predominó este grupo de edades de 21 a 34 años porque en estas edades la mujer se encuentra en plena edad fértil y sexualmente activa donde es precisamente la edad óptima para alcanzar la concepción.

En esta área de salud los resultados del programa materno Infantil en el año 2009 tuvieron un comportamiento desfavorable en la morbilidad perinatal. Se culminó el año con una tasa de mortalidad infantil en $10,6 \times 1000$ nacidos vivos ya que se presentaron 3 fallecidos menores de un año. A pesar de las múltiples estrategias de salud que se implementaron en el centro no se logró un impacto favorable en los resultados perinatales. Los resultados del municipio y de la provincia no coinciden con los de esta investigación, pues estos logran indicadores favorables en este programa.

Similares resultados fueron encontrados en un estudio realizado en el Municipio Playa donde en su investigación obtuvieron una mayor incidencia del parto pretérmino en las adolescentes⁷.

Actualmente se trabaja en la consulta de Genética Comunitaria para la detección precoz de anomalías congénitas intraútero, pero se debe perfeccionar el trabajo del asesoramiento genético desde la Consulta de Planificación Familiar. Se logró diagnosticar estas entidades desde los primeros inicios del embarazo, pero no se

logró la interrupción de la gestación por creencias religiosas y otros factores sociales presentes en la familia.

En estudios realizados en Santiago de Cuba acerca de las características clínico genéticas hay un predominio de las malformaciones congénitas en relación con otras anomalías ^{8, 9}.

El peso al nacer es una de las variables reconocidas entre las de mayor importancia por su asociación con el mayor riesgo de mortalidad infantil. Por otra parte, son muchos los problemas neuropsíquicos posteriores que pueden presentar estos niños, tales como mala adaptación al medio ambiente, diferentes impedimentos físicos y mentales que se evidencian en la edad escolar y aún, en la etapa adulta.

Se considera que el bajo peso al nacer constituye un desafío para la ciencia a través de los tiempos. Múltiples son las investigaciones realizadas acerca de las causas que lo producen y las consecuencias que provoca. Dos grandes aspectos con diferentes causas y pautas de manejo contribuyen a su aparición: el nacimiento pretérmino, y la restricción del crecimiento intrauterino ¹⁰.

Es interesante el resultado sobre como en edades maternas avanzadas el tipo de parto más frecuente es la cesárea y además existe un porcentaje en este estudio de pacientes cuyo parto ocurrió a través de espátulas y fórceps. En este sentido en la atención primaria de salud es necesario que las gestantes lleguen al parto con el menor riesgo posible y así mismo, proporcionar a las gestantes un exitoso trabajo de parto.

Estudios realizados en Canadá concluyen que en la edad materna avanzada existió un predominio del parto por cesárea proporcionando indicadores perinatales desfavorables ^{11, 12}.

CONCLUSIONES

Las edades de las gestantes de mayor predominio fue de 21 a 34 años, con un peso adecuado del recién nacido. El parto a término predominó en las gestantes de 21 a 34 años y en las de edad avanzada; en la adolescencia el pretérmino fue el de mayor frecuencia. Se evidenció una asociación entre la edad materna avanzada y la presencia de malformaciones congénitas, donde a medida que avanza la edad aumenta el riesgo de parto distócico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Cunningham G, MacDonald P, Grant N, Leveno K, Gilstrap L, Hankins G, Clark S. Obstetricia. Madrid: Panamericana; 2005.p. 235-45.
- 2 Hansen JP. Older Maternal Age and Pregnancy Outcome: A Review of the Literature. Obstet Gynecol Sur. 2004; 41:726.
- 3 Bulhler JW, Kaunitz AM, Hogue CJ, Hughes JM, Smith JC, Rochar RW. Maternal Mortality in Women Aged 35 Years or Older. United States. JAMA. 2006;253:55.
- 4 Cunnighamn FG, Leve KJ. Childbearing among Older Women, the Message is Cautiously Optimist. New Engl J Med. 2005;333:1002.
- 5 Prysak M, Lorenz RP, Kysli A. Pregnancy Outcome in Multiparas Women 35 Years Old and Older. Obstet Gynecol. 2005;85:65.
- 6 Bobrowski RA, Baltons SF. Underapreciated Risks of Elderly Multipara. Am J Obst Gynecol. 2007; 172:1764.
- 7 Grandi C, Sarasqueta P. Control prenatal: Evaluación de los requisitos básicos para disminuir el daño perinatal. Arch Argent Pediatr. 2006; 94(4):232-37.
- 8 Herrera León LI, Martínez Barreiro A, Barros Díaz O. Peso, edad gestacional e historia genésica previa de la gestante. Rev Cubana Sal Púb. 2007 [citado 6 oct 2011]; 33(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 9 Barranco Concepción H. Las embarazadas en Cuba. 26 de abril de 2010. [citado 7 oct 2011]. Disponible en: <http://www.radionuevitas.icrt.cu/index.php/secciones/salud/440-las-embarazadas-en-cuba.html>
- 10 Hernández Cabrera J, Hernández Hernández D, García León L, Rondon García S. Resultados perinatales y maternos de los embarazos en edad madura. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2003 [citado 12 oct 2011]; 29(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2003000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- 11 Sáez Cantero V. Embarazo y adolescencia. Resultados perinatales. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2005 [citado 7 oct 2011]; 31(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 12 Martín Ibáñez I, López Vilchez M, Lozano Blasco J, Mur Sierra A. Resultados Perinatales de las gestantes inmigrantes. Anal Pediatr. 2006; 64 (6): 550-6.

Correspondencia

MsC. Tatiana Zoila Ochoa Roca. Correo electrónico: ochoa@cristal.hlg.sld.cu