

Conferencias

Medwave. Año X, No. 6, Junio 2010. Creative Commons, Open Access.

Visión actual y manejo del embarazo sobre los 40 años

Expositores: Jaime Martínez⁽¹⁾, Lidia Cantó Olguín⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital San Juan de Dios La Serena, Chile

doi: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2010.06.4588>

Ficha del Artículo

Citación: Martínez J, Cantó L. Visión actual y manejo del embarazo sobre los 40 años. *Medwave* 2010 Jun;10(6).

doi: 10.5867/medwave.2010.06.4588

Fecha de publicación: 1/6/2010

Resumen

Este texto completo es una transcripción editada y revisada de una conferencia que se dictó en el Congreso Chileno de Climaterio, realizado en Viña del Mar los días 26 y 27 de junio de 2009. El congreso fue organizado por la Sociedad Chilena de Climaterio bajo la presidencia del Dr. Juan Enrique Blümel.

Estadísticas

Desde el año 1991 al 2005, ha ocurrido una progresiva disminución del número de nacido vivos en Chile, con un descenso de 18,85%. En contraste, durante el mismo periodo, el número de nacidos vivos en mujeres de 40 años o más ha experimentado un aumento de 28,97%.

En Chile, en el año 1991, hubo una cifra de 299.456 nacidos vivos de los cuales 6.111 fueron de mujeres de 40 años o más (2,04%). En el año 2005, la cifra alcanzó a los 242.980 nacidos vivos, y 8.604 fueron de madres de 40 años o más (3,54%) (Figura 1).

En la actualidad existe un gran número de mujeres grávidas mayores de 40 años, en especial en los países desarrollados y envejecidos, según criterios de la OMS. En Chile, ha ocurrido un progresivo envejecimiento de la población, y ya en el año 2005 la población de mayores de 59 años fue de 11,4% y para los mayores de 64 años fue de 7,9%.

El presente documento hace referencia a un estudio basado en los partos de mujeres de 40 años o más ocurridos en la maternidad del Hospital San Juan de Dios de La Serena, durante un período de 15 años (1991-2005), en el cual se analizó la morbimortalidad materna y perinatal. Como la mortalidad materna es muy baja en nuestra región, se agregó la revisión en Chile para este grupo de mujeres.

Tendencia al retraso de la maternidad

Esta tendencia existe, porque la mujer actual sufre cambios en su papel social, por el mayor nivel educacional y cultural, por métodos eficaces de control de la natalidad, por el desarrollo de mejores expectativas laborales y logros profesionales, por una mayor independencia

económica, social y de todo tipo; y la progresiva evolución hacia un retraso del matrimonio (1).

En el año 1980, las primigestas mayores o iguales de 30 años en Estados Unidos, correspondían sólo al 8,6%, y en el año 2004 al 25,4%, es decir hubo, un aumento de 3 veces. Y así sucesivamente, las de 35 o más años correspondieron al 1,3% en 1980, y aumentaron a 8,3% en el 2004 (6 veces); y las de 40 años o más aumentaron de 0,1 a 1,5%, lo que corresponde a un aumento de 15 veces (2).

Disminución progresiva de la fertilidad

Existe dos eventos importantes: una disminución progresiva del número de oocitos y también una mala calidad de los oocitos (3).

La mayor cantidad de oocitos está en la edad embrionaria, ya que a las 20 a 22 semanas existen 6.000.000 de oocitos; luego, al nacimiento, la cifra cae hasta 1.000.000, en la menarquía disminuye hasta 400.000, para finalmente alcanzar una cifra casi nula en la menopausia. Los oocitos decrecen por muerte celular programada, por ciclos anovulatorios, embarazos y lactancia (4) (Figura 2).

Cuando la mujer envejece también lo hacen sus oocitos. Existe una declinación cualitativa fisiológica, tanto estructural como funcional, de los oocitos que ocurre con la edad de la mujer y, por lo tanto, se produce aumento de la tasa de abortos espontáneos y de los recién nacidos con anomalías cromosómicas (5). En condiciones naturales, luego de un año de vida sexual normal, el 75% de las mujeres de 30 años tendrán un nacido vivo, cifra que disminuye a 66% en mujeres de 35 años, y a 44% en mujeres de 40 años (6).

En el estudio de 30.102 ciclos, tanto de fertilización *in vitro* (FIV) como inyección citoplasmática (ICSI), de los centros de la red latinoamericana de fertilidad (RLA), se observó que en las mujeres menores de 35 años la tasa de implantación fue de 18,6% y de 31,4% de nacidos vivos, pero en mujeres mayores de 39 años la tasa de implantación decrece a 8,2% y los nacidos vivos solamente alcanzaron el 11,3%.

Aumento de la morbilidad materna

No está definido a qué edad aumenta el riesgo de morbilidad materna en estas mujeres; ya que hay poca literatura al respecto y sólo existen estudios de series con pequeñas poblaciones, muchos con múltiples paros o en centros de fertilización asistida. Se considera que el grupo real de importancia son las mujeres de 40 años o más, que tienen un aumento significativo de pérdida gestacional precoz, hipertensión arterial, diabetes, hemorragia periparto, partos instrumentales, operación cesárea y mortalidad materna (7).

La pérdida gestacional precoz es un factor determinante en la fertilidad de la mujer de mayor edad; ya que la tasa de aborto espontáneo aumenta con la edad. En mujeres menores de 33 años la tasa de aborto corresponde a 9,9%, la que aumenta progresivamente junto con la edad. Así, la tasa de aborto para mujeres entre 33-34 años es de 11,4%; para el grupo de 35-37 es de 13,7%, en mujeres entre 38-40 años es 19,5%; para las de 41-42 años es de 29,9% y en las mayores de 42 la tasa de aborto espontáneo llega a 36,6% (8).

El embarazo en la edad materna avanzada se asocia con un aumento del riesgo de complicaciones obstétricas secundarias a las enfermedades médicas subyacentes, a la disminución de la reserva cardiovascular y de la habilidad adaptativa al estrés físico que acompaña el envejecimiento. Como consecuencia de ello aparecen con mayor frecuencia complicaciones maternas tales como hipertensión arterial (SHIE), diabetes gestacional y pregestacional.

Hipertensión arterial y diabetes. Tanto la hipertensión arterial como la diabetes son patologías que aparecen como consecuencia de la mala adaptación de la mujer mayor de 40 años al estrés del embarazo.

En el hospital de La Serena, durante el período 1991-2005, hubo un total de 48.428 nacidos vivos de los cuales 1.153 fueron de madres de 40 años o más, lo que representa al 2,43% del total de los partos. Durante el mismo período, se analizaron los nacimientos en el contexto del síndrome hipertensivo del embarazo (hipertensión arterial crónica, preeclampsia, hipertensión arterial crónica más preeclampsia sobreagregada y eclampsia) y se observó que en el grupo de mujeres mayores de 40 años el riesgo relativo (Odds Ratio) fue de 1,97 con 95% de intervalo de confianza, lo cual resulta estadísticamente significativo para este grupo de mujeres. Lo mismo ocurre con la diabetes en el estudio, en cuyo

caso las mujeres mayores de 40 años tenían un odds ratio de 2,56, también significativo.

Hemorragia periparto. Este tipo de hemorragias tienen mayor incidencia de ocurrir debido a ciertos cuadros clínicos como placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI), miomas sangrantes e inercia uterina.

Operación cesárea. La tasa de nacimiento vía operación cesárea está sustancialmente elevada por hipertensión arterial, diabetes, partos de pretérmino, retraso del crecimiento intrauterino (RCIU), accidentes placentarios y miomas uterinos al igual que las hemorragias periparto; además del sesgo por parte del obstetra al temor de enfrentar a una primigesta de 40-42 años y lo hace inducir mayores tasas de cesareas. De los mismos registros del hospital de La Serena, de los 1.153 casos de recién nacidos vivos en mujeres mayores de 40 años, 583 (50,5%) fueron operaciones vía cesárea.

Mortalidad materna. La postergación de la maternidad sobre los 35 años aumenta los riesgos normales de la gestación, por lo que constituye un problema de salud pública mundial, que sigue en aumento a pesar de los esfuerzos regionales de prevención. Además, las tasas de mortalidad más altas en relación a los grupos etarios corresponden a las mujeres de 40 años o más. En Chile, lamentablemente las tasas han seguido aumentando, alcanzando una cifra elevada en el año 2005 (9) (Tabla 1).

Morbilidad perinatal

En esencia, la morbilidad perinatal se encuentra afectada por la presencia de patologías como síndrome de Down, malformaciones congénitas, bajo peso de nacimiento, parto de pretérmino, y mortalidad fetal tardía.

Síndrome de Down. El temor a tener un hijo con síndrome de Down es el motivo de mayor incertidumbre y angustia en mujeres de edad avanzada. Las anomalías cromosómicas constituyen uno de los principales factores de riesgo asociados a la procreación en años tardíos, con un incremento exponencial a partir de los 35 años (10). Las mujeres de 20 años tienen un riesgo de Down de 1 por 1.667 casos y alteraciones cromosómicas de 1 en 526 casos; pero a medida que la edad aumenta, también lo hace la incidencia de tener hijos con síndrome de Down y el número de alteraciones cromosómicas (11) (Tabla 2).

En la revisión de casos del hospital de La Serena, se encontraron 56 recién nacidos vivos con síndromes de Down en mujeres menores de 40 años, lo que corresponde a una tasa de 1,18 por 1.000 nacidos vivos y un riesgo al nacer de 1 por 844; en cambio, en el grupo de mujeres mayores de 40 años se presentaron 25 nacimientos con síndrome de Down, con una tasa de 21,68 por 1.000 nacidos vivos y un riesgo al nacer de 1 por 46. El riesgo relativo fue de 18,89 en las mujeres mayores de 40 años, lo cual es muy significativo.

Malformaciones congénitas. En el mismo estudio anterior, las mujeres menores de 40 años mostraron una tasa de 8,82 con un riesgo al nacer de 1 por 113; en tanto que en las mujeres mayores de 40 años la tasa por 1000 nacidos vivos fue de 27,75 con un riesgo al nacer de 1 por 36 y riesgo relativo de 3,2. ($p > 0.001$)

Bajo peso al nacer y parto de pretérmino. Estas patologías se observan con mayor frecuencia en mujeres de 40 años o más, probablemente como consecuencia de un factor de tipo isquémico, lo cual es uno de los tantos factores que se analizan para factores de riesgo de parto prematuro, al que se asocia el factor desconocido que tiene un rol importante.

Se considera bajo peso al nacimiento a todo recién nacido con peso menor de 2.500 gr, y muy bajo peso de nacimiento a aquel que pesa menos de 1.500 gramos. En el estudio del hospital de La Serena, las mujeres mayores de 40 años tuvieron un *Odd Ratio* de 2,56; lo que demuestra que también es un factor importante. El parto pretérmino es definido como aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. Los datos obtenidos indican que en el grupo de mujeres mayores de 40 tienen un riesgo relativo de 2,48.

Mortalidad fetal tardía (mortinatos). La alta tasa de mortalidad fetal en el grupo de mujeres mayores de 40 años, se explica en esencia por causas de origen fetal (10%), placentarias (10%) y maternas (80%); y al igual que en las patologías anteriores la causa desconocida aporta un alto porcentaje.

Mortalidad fetal tardía es definida como muerte durante la gestación desde las 22 semanas o peso de 500 gramos al momento del parto. Los datos del hospital de La Serena en las mujeres menores de 40 años muestran una tasa de 5,9 por 1.000 nacidos vivos, y en el grupo de mujeres igual o mayores de 40 años la tasa alcanzó al 13 por 1.000 nacidos vivos, con un riesgo relativo de 2,17.

Comentarios

Según las proyecciones demográficas realizadas por la CEPAL, en el año 2005 existía en América Latina 32.461.152 mujeres entre 40 a 49 años. Si se consideran que las tasas de embarazo en este grupo son de 2 a 3%, ya habrían nacido 815.528 niños de madres mayores de 40 años, expuestos a los riesgos de morbilidad enunciados; por lo cual, se debe de diseñar programas de salud pública específicos para este grupo.

Conclusiones

El embarazo durante la edad materna avanzada es una creciente realidad, un problema clínico y de salud pública, que conlleva una alta tasa de riesgo materno y perinatal.

Durante el embarazo en mujeres mayores de 40 años, existe mayor riesgo de morbilidad materna. Por ello, se necesita de una adecuada consejería previa a la concepción asociada a métodos anticonceptivos eficaces e inoocuos para este grupo de mujeres. Las mujeres deben conocer los riesgos que el embarazo implica y debieran ser atendidas por profesionales entrenados y en equipos multidisciplinarios, pues al aumentar la expectativa de vida de estas mujeres, ellas podrán cuidar por más años a sus hijos.

Referencias

1. Chan BC, Lao TT. Influence of parity on the obstetric performance of mothers aged 40 years and above. *Hum Reprod* 1999;14(3):833-7. [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
2. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Kirmeyer S. Births: final data for 2004. *Natl Vital Stat Rep* 2006;55(1):1-101. [↑](#) | [PubMed](#) |
3. Shaaban MM. The perimenopause and contraception. *Maturitas* 1996;23(2):181-92. [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
4. Faddy MJ, Gosden RG, Gougeon A, Richardson SJ, Nelson JF. Accelerated disappearance of ovarian follicles in mid-life: implications for forecasting menopause. *Hum Reprod* 1992;7(10):1342-6. [↑](#) | [PubMed](#) |
5. Navot D, Bergh PA, Williams MA, Garrisi GJ, Guzman I, Sandler B, et al. Poor oocyte quality rather than implantation failure as a cause of age-related decline in female fertility. *Lancet* 1991;337(8754):1375-7. [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
6. Menken J, Trussell J, Larsen U. Age and infertility. *Science* 1986;233(4771):1389-94. [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
7. van Katwijk C, Peeters LL. Clinical aspects of pregnancy after the age of 35 years: a review of the literature. *Hum Reprod Update* 1998;4(2):185-94. [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
8. Farr SL, Schieve LA, Jamieson DJ. Pregnancy loss among pregnancies conceived through assisted reproductive technology, United States, 1999-2002. *Am J Epidemiol* 2007;165(12):1380-8. Epub 2007 Mar 10. [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
9. Instituto Nacional de Estadísticas, Chile. 1991. [↑](#)
10. Utian WH, Kiwi R. Obstetrical risks of pregnancy and childbirth after age 35. *Maturitas* 1988;Suppl 1:63-72. [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
11. Hecht CA, Hook EB. Rates of Down syndrome at livebirth by one-year maternal age intervals in studies with apparent close to complete ascertainment in populations of European origin: a proposed revised rate schedule for use in genetic and prenatal screening. *Am J Med Genet* 1996;62(4):376-85. [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |

Tablas y figuras

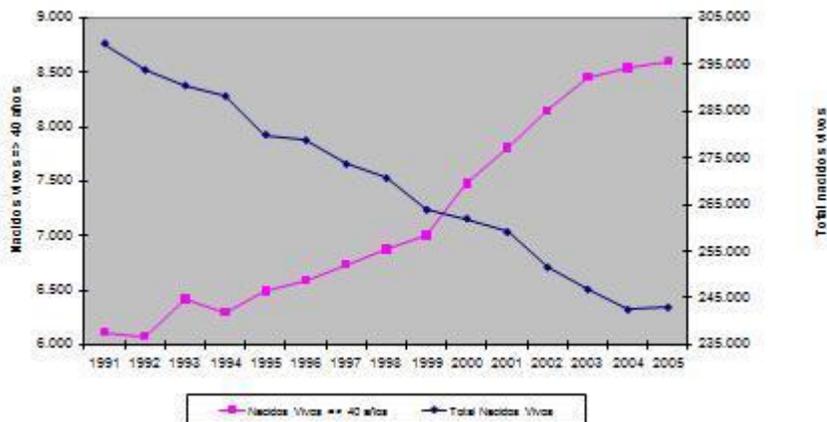


Figura 1. Total de nacidos vivos de mujeres de 40 años o más, Chile 1991 al 2005.

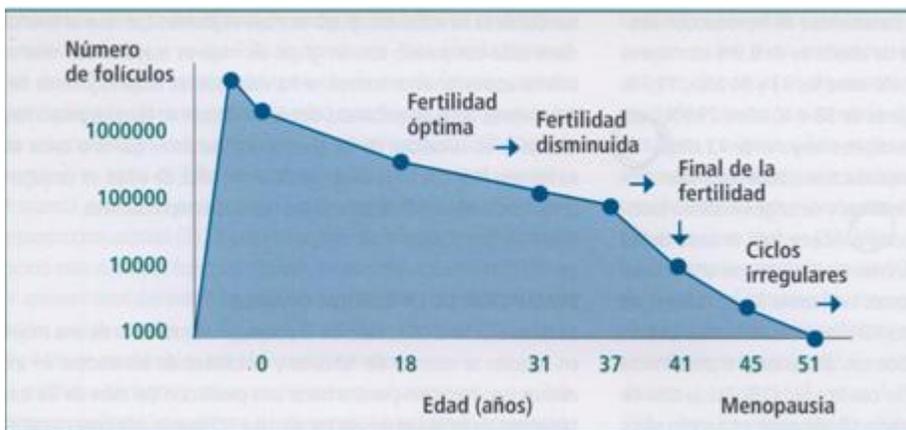


Figura 2. Declinación del pool oocitario/folículos y los correspondientes eventos reproductivos.

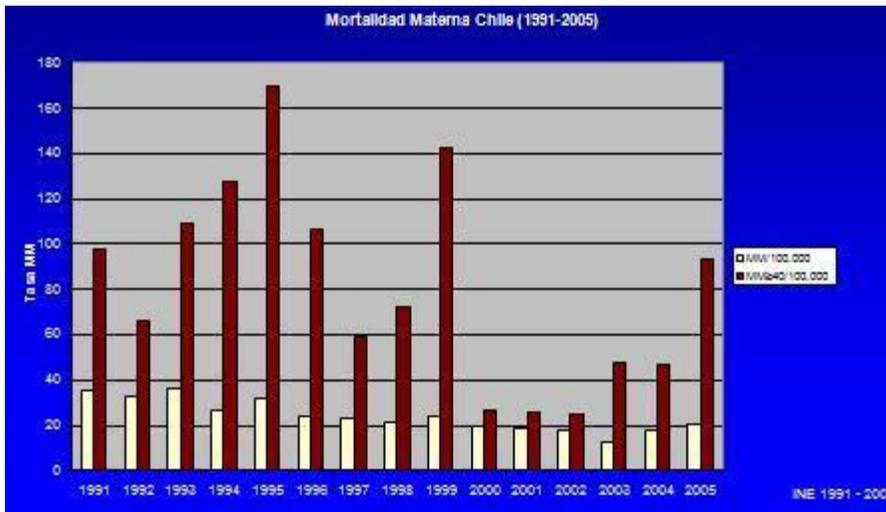


Tabla 1. Mortalidad materna en Chile, 1991-2005. Barras en rojo corresponden a mortalidad materna en mujeres con 40 o más años.

Edad Materna	Down	A. cromosómicas
20	1/1667	1/526
30	1/952	1/385
35	1/378	1/192
40	1/106	1/66
42	1/63	1/42
44	1/38	1/26
46	1/23	1/16
48	1/14	1/10

Hecht CA, Hook EB. Am J Med Genet 1996; 62:376-85

Tabla 2. Riesgo de cromosopatía y edad materna.



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.