

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"LA PRIMIGESTA AÑOSA"

(Revisión de 114 Casos en el Hospital Roosevelt)

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Por

DANILO ORLANDO OLIVA GIRON

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Noviembre de 1969.

PLAN DE TESIS:

- I. INTRODUCCION
- II. MATERIAL Y METODOS
- III. RESULTADOS:
 - a) Maternos
 - b) Fetales
- IV. COMENTARIO
- V. CONCLUSIONES
- VI. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION.

Prevalece la opinión entre legos y médicos, de que los extremos de la edad reproductiva, asociada con primiparidad, hacen a la paciente más susceptible a las complicaciones del embarazo y parto. Las diferencias que existen entre estos dos grupos de pacientes diametralmente opuestos son la expresión de la edad fisiológica del individuo. Puede agregarse el problema emocional de la primigesta joven, soltera, socialmente expulsada y el ajustamiento psicológico de la mujer entrada en años, embarazada por primera vez. Este último tipo de paciente quiere saber cómo será su embarazo y si el tipo de parto que tendrá diferirá del de pacientes más jóvenes. Por ejemplo, necesitará la primigesta añosa un tratamiento radical diferente? Son los partos vaginales mucho más comunes, más peligrosos o es la operación cesárea más frecuente o la forma usual de terminar dichos embarazos? Son las enfermedades y complicaciones del embarazo más frecuentes y peligrosas? Es el trabajo de parto en sí más tormentoso, más prolongado y seguido de individualismo? Es la morbilidad y mortalidad materna, fetal y del neonato más elevada? Cual es la posibilidad de futuros embarazos?

En respuesta a estas dudas, numerosos trabajos han sido efectuados. Unos relacionados con pronóstico y mortalidad perinatal, tales como los de Schlesinger y Allaway (22), Kaern (14), Hesselj0 y Anberg (10). Principios de la -

conducta a seguir han sido delineados con resultados divergentes (13). Recientes investigaciones escandinávicas, hacen hincapié en un mejor pronóstico para neonatos nacidos de primigestas añosas como resultado de mejores conductas obstétricas (15).

Trabajos de mencionarse son los hechos por Waters y Wager (25), del hospital Margaret Hague Maternity, en la ciudad de Jersey, Estados Unidos, quienes han analizado 649 casos, coleccionados en un período de diez años. Otros trabajos son los de Dennen y Ainslie (6); Weisl (26). Fredrikson y Anberg (7), han discutido los trabajos de diecisiete investigadores previos, entre quienes, cuatro tratan el problema en pacientes de 30 años o más; cuatro con pacientes de 40 años o más y los restantes siete eligieron pacientes de 35 años, como una línea arbitraria para separar la primigesta añosa de las que no lo son. Finalmente, los dos autores restantes eligieron la edad de 36 y 38 años, respectivamente, como base.

El análisis de los trabajos estudiados por Fredrikson y Anberg (7), muestra que no existe unanimidad de criterio en cuanto a la edad límite para definir cuándo una paciente es o no primigesta añosa. Baird, Hytten y Thomsom (3) han demostrado que existe evidencia de una disminución en la eficiencia fisiológica a partir de la edad de 25 años.

La escuela escandinávica (13), considera la edad de 30 años como la línea divisoria entre la primigesta añosa y la joven; y como conse-

cuencia, sus hallazgos difieren de la escuela americana. Esta última acepta la edad de 35 años como línea divisoria entre estos dos tipos de pacientes.

La edad de 35 años fue considerada por nosotros en el presente trabajo como la edad límite, por múltiples razones: a) dicho límite fue estipulado en julio de 1958, por el Council de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetras (12) con el objeto de estandarizar la edad y poder hacer estudios comparativos entre pacientes de distintos grupos étnicos y nacionalidades. b) Es en esta edad en que los efectos de envejecimiento se hacen manifiestos por primera vez y de aquí en adelante suelen hacerse progresivamente más extensos. c) Esta edad marca de la mitad de la vida cronológica, representa el último tercio de la vida menstrual y el zenit de años de un casamiento fructuoso y, talvez, la última oportunidad de embarazo en un casamiento reciente. d) A esta edad el índice de fertilidad va en declive, además varias de estas pacientes han tenido problemas de esterilidad y han quedado embarazadas solamente después de años de estudio y tratamiento.

Como una expresión del declive en fertilidad, Jacobson (13) encontró que aquellas mujeres cuya edad era de 35-36 años al tiempo de su primer parto, 25% subsecuentemente dieron nacimiento a otro niño más o menos durante el período de observación. Mientras la figura correspondiente para aquellas mujeres en edad más avanzada (40 años o más) fue menos del 9%.

Se comprende por lo anteriormente expuesto que la futura madre y el obste

tra consideran en general al producto de la concepción como un don precioso e inapreciable, siéndolo mucho más aquellos de la primigesta añosa, debido no solamente a que la vida procreativa de la mujer está llegando a su fin, si no que también representa el coronamiento de varios años de casamiento infértil.

Desde el punto de vista clínico y de acuerdo con Meyer (18) y otros observadores, se han dividido las primigestas añosas en dos grupos con fi nes pronósticos. El primero estaría compuesto por pacientes constitucionalmente débiles, las cuales, a pesar de amplia oportunidad para hacerlo, no conciben sino hasta muy tarde de su vida sexual; y el segundo formado por aquellas mujeres constitucionalmente normales, en quienes la concepción tar día es el resultado de circunstancias ajenas.

Si se juzgan los resultados de varias investigaciones (13) parece justificado reempezar la clasificación de Meyer por otra que incluya la presencia o ausencia de complicaciones durante el embarazo y parto. Esta última faci litaría tabular datos más precisos acerca del pronóstico de madre y el niño y al mismo tiempo haría énfasis en la importancia de intensa supervisión y cuidado prenatal, con el objeto de alcanzar un mejor pronóstico para estas pacientes y sus descendientes.

La incidencia de primigesta añosa por arriba de 35 años, en dife-

rentes series, relativas a distintas latitudes y grupos étnicos, es bastante similar: así autores mexicanos como Alejo Vásquez y colaboradores (1), Martínez y Beltrán Suárez (17) y Routi (21), reportan una incidencia de 0.19%, 0.5%, y 2.47% respectivamente; para Sicuera y Alvarez de Santiago, de Chile, es de 2.1% (13). Waters y Wager, por el contrario, dan una incidencia del 12%. (25).

En nuestro medio, con excepción del trabajo "Consideraciones sobre la Primigesta añosa. Sus problemas y sus Riesgos", publicado por Dardón Díaz (5). no encontramos trabajos que traten este problema.

El presente trabajo de tesis tiene por objeto mostrar nuestra experiencia con primigesta añosa, observada en el Hospital Roosevelt de Guatemala, -- comparar nuestros hallazgos con los otros investigadores, incrementar nuestra experiencia y familiarizamos con este tipo de paciente. Consideramos que el número de estas pacientes aumentará en el futuro, como consecuencia del desarrollo de factores económicos y sociales y de la industrialización in minente, que produce una desviación de primigestas jóvenes hacia añosas.

MATERIAL Y METODOS

Con el objeto de investigar las condiciones especiales relacionadas con el embarazo y el parto de primíparas que tenían 35 años o más (primípara añosa), se solicitó al Departamento de Estadística del Hospital Roosevelt, los expedientes médicos de ellas. Este nos suministró 725 observaciones que fueron analizadas y descartadas en gran parte, debido a que no llenaban las condiciones.

Se seleccionaron 114, que forman el fundamento del presente trabajo de tesis; el resultado de su análisis cuidadoso es detallado a continuación.

RESULTADOS.

Desde enero de 1957 hasta diciembre de 1966, ingresaron a la Maternidad del Hospital Roosevelt 103,364 pacientes embarazadas; de este número, 114 fueron pacientes de 35 años de edad o más, y quienes, de acuerdo con la edad estipulada por el International Council de Ginecología y Obstetricia, fueron clasificadas por nosotros como añosas; lo cual de una incidencia de 0.1% en esta Institución para este tipo de pacientes. La tabla No. 1 da en una forma detallada la incidencia de este tipo de paciente por año.

Tabla No. 1.

PRIMIGESTAS AÑOSAS POR AÑO.
Hospital Roosevelt(1957-66)

Año:	Número de Partos:	Número de Primigestas Añosas:
1957	7,396	2
1958	8,337	14
1959	9,095	14
1960	9,729	1
1961	10,471	1
1962	10,976	27
1963	11,609	19
1964	11,758	17
1965	11,930	13
1966	<u>12,063</u>	<u>6</u>
Total	103,364	114

Las 114 pacientes fueron divididas arbitrariamente en tres grupos de acuerdo con la edad.

Al primer grupo pertenecen aquellas pacientes cuya edad oscila entre los

35 y 40 años, al segundo grupo, de los 41 a 45 años; y, en el tercer grupo aquellas pacientes por arriba de los cuarenticinco años.

El número de casos por grupo, fué de 106 (93%); de 7 (6.2%) y 1 (0.85); para el primero, segundo y tercer grupos respectivamente. El único caso en el grupo tercero fué una paciente de cincuenta años de edad, con trastornos mentales y sordo-muda, remitida del Hospital Neuropsiquiátrico con un embarazo en curso de la cuarenta semana. La Tabla No. 2 da una forma mas detallada de la distribución de los casos según la edad.

TABLA No. 2.

EDAD MATERNA EN 114 CASOS DE PRIMIGESTA AÑOSA. HOSPITAL ROOSEVELT (1957-1966).

Edad en Años:	Número de Casos:	Porcentaje:
35	25	21.9%
36	25	21.9%
37	14	12.3%
38	20	17.6%
39	12	10.6%
40	10	8.8%
41	1	0.8%
42	6	5.3%
50	1	0.8%
Total:.....		100.0%

De las 114 pacientes, 95 fueron clasificadas como ladinas y 19 a la raza indígena. Es probable que un mayor número de pacientes pertenezcan a este último grupo, ya que el ladino en nuestro medio es una condición social y no un grupo étnico determinado.

De las 114 pacientes, 58 tuvieron atención prenatal y el resto ingresaron a la Emergencia de la Maternidad del Hospital Roosevelt con trabajo de parto avanzado. Proporcionalmente, sin embargo, el número de consultas prenatales en este tipo de pacientes fue mayor que en las de edad menor de 35 años, quizá la paciente añosa alentada por la gran ilusión de la maternidad, o talvez, temerosa de presentar patología que pudiera interrumpir el tan anhelado embarazo, busca consultarla para encontrar respuesta a sus temores.

De las 114 pacientes, 101 fueron primigestas y 13 pacientes fueron primíparas. En estas últimas el número de promedio de embarazos previos fue de dos y hubo una paciente con cuatro embarazos. Entodos ellos el embarazo terminó en aborto.

La edad del embarazo en este grupo de pacientes fue distribuída de acuerdo con frecuencia, como sigue: en 43 (37%) el embarazo estaba en el curso de menos de la 38 semana; en 61 (53%) en el curso de la 38 y 42 semanas y 14 casos (10%) pasados de la 42 semana.

De los 114 casos, 112 fueron embarazadas simples, y hubo dos embarazos gemelares. De estos dos últimos los fetos estaban muertos y, en el otro, los niños nacieron en presentación podálica vivos, de una paciente de 36 años con atención prenatal.

La estimación pélvica fue determinada por apreciación clínica a su

ingreso o durante la consulta prenatal en 86 pacientes y en 28 se hizo pelvimetría radiológica. A este respecto la conducta en nuestro hospital difería de la de otros investigadores (13), quienes hacen de rutina la pelvimetría radiológica en este tipo de pacientes. Actualmente este procedimiento se efectúa de rutina en el Hospital Roosevelt en toda primigesta añosa.

Los resultados en los 28 casos con pelvimetría radiológica fueron como sigue: pelvis ginecoide amplia 17 casos; pelvis límite 6 casos y pelvis estrecha 5 casos; comprendiendo en este último grupo pelvis ginecoide ginecoide pequeña en tres casos, y pelvis planas o platipeloides dos casos. En el grupo de pacientes con pelvis estrecha el embarazo fue resuelto por operación cesárea. A las 23 pacientes se les dió prueba de trabajo de parto por un tiempo prudencial de cuatro horas, habiéndose practicado operación cesárea en cinco. Las indicaciones para la operación cesárea en este grupo fueron sufrimiento fetal y presentación podálica en un caso cada uno y en las otras tres por pelvis límite. En los 18 casos restantes el parto fue resuelto por la vía vaginal.

Otros exámenes de laboratorio practicados a las 58 pacientes que tuvieron consulta prenatal fueron: determinación de grupo sanguíneo y Rh, hemoglobina y hematocrito, orina y heces. De este grupo 13 pacientes con síntomas y signos clínicos de pre-eclampsia, se les practicó además dosificación de nitrógeno de urea y creatinina.

El grupo sanguíneo en estas pacientes, fue 0 y el Rh fue positivo en todas, con excepción de dos, en que fue negativo. Los niveles de hemoglobina y hematocrito estuvieron dentro del límite normal en la mayoría de las pacientes. Exámenes de heces fecales y cardiolipina (V. D. R. L.) fueron negativos. El examen de orina fue también negativo, excepto en trece casos de pre eclampsia, en que la albúmina en orina fué positiva, siendo la cifra más alta encontrada 1 gramo %. El nitrógeno de urea y la creatinina en este último tipo de pacientes estuvieron moderadamente elevados, siendo los valores más altos de 42.4 y de 2.1 mg% para el nitrógeno de urea y creatinina, respectivamente.

De las 56 pacientes, sin atención pre natal, dado que la mayor parte ingresaron con trabajo de parto avanzado, únicamente en doce diagnósticos clínicos de pre-eclampsia a su ingreso, se les efectuó siempre el mismo tipo de exámenes de laboratorio. Los resultados fueron similares a los del grupo con atención prenatal.

El estado nutricional de las pacientes fue determinado por el procedimiento de apreciación personal del médico de admisión, y, en el caso particular de las pacientes que tuvieron consulta prenatal, por los médicos encargados de este servicio.

En esta forma se clasificaron las pacientes en tres grupos: estado nutricional bueno 90 casos, estado nutricional regular 21 casos, y estado nutricional malo 3

casos. Estos 3 últimos casos no tuvieron atención prenatal.

Las complicaciones prenatales, en las 58 pacientes que tuvieron este tipo de atención, se ilustran en la tabla No. 3.

TABLA No. 3.

Complicaciones prenatales en 114 casos de primigesta añosa en el Hospital Roosevelt (1957-1966)

Complicaciones	Edad:		
	35-40 años	41-45 años	46 o más
Pre-eclampsia	23	2	0
Eclampsia	0	0	0
Hipertensión arterial	0	0	0
Diabetes Mellitus	2	0	0
Cardiopatías maternas.	4	0	0
Leiomiomas uterinos	3	0	0
Varios	4	0	0

Estos hallazgos confirman la opinión de otros autores (1, 11), quienes indican que pre-eclampsia y eclampsia se hacen más comunes conforme la edad progresa. En nuestra serie no se encontraron casos de eclampsia.

La ausencia de casos de hipertensión arterial en esta serie, creemos es un reflejo de los datos proporcionados por Pardo Peraza (19), en nuestra población indigente.

Hubo un caso de diabetes mellitus moderado y el otro fue el de una diabetes severa. Esta última se descompensó después del parto, habiendo estado la paciente hospitalizada por cuarenta y un días.

Las cardiopatías maternas encontradas, fueron dos casos de enfermedad reumática del corazón, un caso de síndrome de Marfán y la persistencia de ductus arterioso.

El parto en tres de estas pacientes fue eutócico y en una se practicó operación cesárea por primigesta en podálica y proclíbito de cordón. Salvo una paciente que tuvo descompensación cardíaca, las otras tuvieron un puerperio normal.

La incidencia de 2.6% de leiomiomas uterinos en nuestra serie, es similar a la de otros investigadores (1), siendo baja en comparación con los hallazgos de Waters y Wager (25), MacDonald y Maclean (16), Randal y Taylor (20) quienes reportan una incidencia de 3.4%, 4.7%, 16.8%, respectivamente. Ninguno de los leiomiomas fueron causa de distocia.

Otras condiciones clínicas observadas fueron: bocio nodular, acompañado de hipertiroidismo, várices de miembros inferiores, anemia e hipoproteinemias.

TRABAJO DE PARTO.

La duración del trabajo de parto en todos los períodos, en el 69% de nuestras pacientes, cayó dentro del límite aceptado como normal (27-32). El promedio total de la duración del trabajo de parto fue de 30 horas. El tiempo mínimo fue de 3 horas y el máximo de 60 horas y 40 minutos.

En 11 pacientes que ingresaron con dilatación completa del cuello uterino, la duración del trabajo de parto se desconoce.

Tabla No. 4, indica la duración del trabajo de parto.

TABLA No. 4.

Duración del trabajo de parto en 114 pacientes primigestas añosas Hospital Roosevelt (1957-1966).				
No. de Casos	Trabajo de parto en horas.			
	Rápido (1-2)	Promedio (3-24)	Prolongado (Más de 24)	Desconocido:
0 (0%)	(69.2%)	(21.0%)	(9.8%)	

La duración del trabajo de parto en la presente serie, fue menor que la reportada por Arnot y Nelson (2), Galloway y colaboradores (8), pero similares al reportado por Hofmeister.

MEMBRANAS:

El estado de las membranas en los 114 casos a su ingreso al hospital se ilustra en la tabla No. 5.

TABLA No. 5.

Estado de las membranas en 114 casos de primigestas añosas .
Hospital Roosevelt (1957-1966).

(Ver Cuadro, página siguiente)...

MEMBRANAS:	Número de Casos	Porcentaje:
Ruptura espontáneas al iniciar trabajo de parto:	33	29%
Ruptura espontánea en el primer período de parto.	9	7%
Ruptura artificial antes del trabajo de parto como inducción	0	0%
Ruptura artificial en el primer período de parto	72	64%

PRESENTACION:

La tabla No. 6, muestra todas las presentaciones en nuestra serie, con figuras aproximadas a los promedios generales esperados (27-32).

TABLA No. 6.

Tipos de presentación en 114 casos de primigestas añosas. Hospital Roosevelt (1957-1966).

PRESENTACION:	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE:
O. I. I. A.	66	57.7%
O. I. D. A.	18	15.5%
O. I. I. T.	13	11.3%
O. I. D. T.	8	7.0%
S. I. D. A.	2	1.6%
N. I. D. P.	1	0.9%

Es de hacer notar la presencia de presentaciones anormales, como la falta de rotación (paros en transversa), y presentaciones deflecionadas; las cuales fueron resueltas por aplicación de forceps medios y rotación instrumental en el primer caso; en el único caso de presentación deflexionada se utilizó operación cesárea por

inminencia de ruptura uterina.

PARTO:

En nuestro grupo de pacientes hubo 71 (62%) partos eutócicos y 43 (38%) distócicos.

En el grupo de los partos eutócicos el parto fué espontáneo en 58, y sólo hubo necesidad de usar forceps profilácticos en 13 pacientes. Las indicaciones para el uso del forceps profiláctico fueron: pre-eclampsia 9, enfermedades cardiovasculares 3 e hipertiroidismo 1 caso.

Tabla No. 7 da las indicaciones y procedimientos quirúrgicos efectuados en los 43 casos de partos distócicos.

TABLA No. 7.

Indicaciones y procedimientos quirúrgicos efectuados en 43 casos de partos distócicos en primigestas añosas. Hospital Roosevelt (1957-1966).

(VER CUADRO EN LA PAGINA SIGUIENTE)....

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:

Indicaciones:	Cesárea segmentaria transperitoneal:	Forceps Bajo	Forceps Medio	Vacum Extractor:
Estrechez pélvica	7	-	-	-
Sufrimiento fetal	5	7	-	-
Inminencia de - ruptura uterina.	3	-	-	-
Presentación podálica y pelvis límite	3	-	-	-
prolapso de cordón	1	-	-	-
Presentación podálica con procúbito de cordón	1	-	-	-
Paro en transversa	-	-	6	-
Paro en expulsión	-	4	-	-
Paro en transversa y agotamiento materno.	-	-	1	-
Paro en transversa y sufrimiento fetal	-	-	1	-
Rigidez de partes blandas.	-	1	-	-
Agotamiento materno.	-	1	-	2
TOTAL	20	13	8	2 = 43

Las indicaciones para la operación cesárea en la primigesta añosa en nuestro hospital, son menos liberales que las de otros investigadores (13), quienes especifican, que la edad es indicación por si sola, tomando en consideración la alta incidencia de mortalidad fetal en estas pacientes. A este respecto la incidencia de mortalidad fetal en nuestro grupo fué de 12%, haciéndose constar que este tipo de paciente en la Maternidad del Hospital Roosevelt se le vigila estrechamente, y a la menor indicación de sufrimiento fetal o materno se --

cesariza.

EPISIOTOMIAS:

Se practicaron 78 episiotomías tipo medio lateral derechas.

No se efectuó ningún procedimiento quirúrgico menor, salvo la sutura de rasgaduras perineales en 11 y reparación de herida accidental de vejiga en cesárea, 1 caso. En las 5 restantes no se practicó.

ALUMBRAMIENTO:

El alumbramiento fue natural en 70 (60%), y artificial en 44 casos (40%). En los 44 casos de alumbramiento artificial, hubo por cesárea; 5 por retención de placenta; y en 14 se efectuó debida a que la paciente había recibido anestesia general en la aplicación de forceps.

COMPLICACIONES MATERNAS:

Tabla No. 8, ilustra el número de complicaciones maternas.

(Ver cuadro en la página siguiente),...

TABLA No. 8.

Complicaciones del trabajo de parto en el período de expulsión y del alumbramiento en 114 casos de primigestas añosas. Hospital Roosevelt (1957-1966).

Complicaciones	No. de Casos:
Hemorragia vaginal por atonía -- uterina	7
Hemorragia vaginal por retención de restos placentarios	3
Rasgadura perineal grado I.	7
Rasgadura perineal grado II	8
Rasgadura perineal grado III y -- grado IV	0
Rasgaduras cervicales	0
Rasgaduras de fondo de saco	0
Rasgaduras vaginales	0
Rasgaduras para-uretrales	4
Retención de placenta	5

PUERPERIO:

El puerperio fue normal en 101 casos (88%), y patológico en 13 pacientes (12%). Las causas de puerperio patológico fueron en orden de frecuencia: endometritis aguda, 5; dehiscencia de sutura abdominal, 3; infección urinaria, 2; -- neumonía basal derecha, gastroenterocolitis aguda con desequilibrio hidroelectrolítico, diabetes mellitus descompensada, e insuficiencia cardíaca descompensada, un caso cada una, respectivamente.

ESTANCIA HOSPITALARIA:

La estancia hospitalaria materna en el 71% de los casos estuvo comprendida en un período de 48 horas a 5 días. En 5 casos fué menor de 48 horas, y en 28 casos mayor de 5 días. Estos últimos comprenden aquellas pacientes que tu--

vieron operación cesárea y un puerperio patológico.

RECIEN NACIDOS:

De los 116 niños de 114 embarazos (2 de ellos gemelares), obtuvimos 105 niños (90%) que nacieron vivos; 9 (7.6%) óbitos fetales y 2 muertes intra parto por sufrimiento fetal (2.4%).

Los niños nacidos muertos fueron producto de embarazos sin complicaciones, sólo 2 madres tuvieron atención prenatal. De los 105 niños que nacieron vivos 3 prematuros fallecieron a los 2, 26 y 38 días de edad, por bronconeumonía y premadurez, ninguno de ellos tuvo autopsia.

Considerando los 9 óbitos fetales, los 2 casos de muerte intraparto y los 2 niños prematuros que fallecieron antes del mes de edad, la mortalidad peri-natal en nuestra serie fue de 12%.

El peso de los 105 niños nacidos fue como sigue: 84 (73%) pesaron más de 5.8 lbs. y 21 (27%) fueron prematuros un niño pesó 9 lbs. y fue el máximo peso observado.

Presentaron sufrimiento fetal 15 niños, de los cuales 5 nacieron por operación cesárea, 7 por forceps medio y los otros 2 partos eutócicos simples. Las causas de sufrimiento fetal según orden de frecuencia encontradas son: Circulares del cordón al cuello, torsión del cordón y nudo verdadero, un niño murió de bronconeumonía por aspiración a las 48 horas de nacido.

Solamente observamos un caso de anomalía congénita (mielomeningo-

cele lumbar) en los 105 niños nacidos vivos, que fue referido a la Consulta Externa para su tratamiento ulterior. No podemos indicar la ausencia o presencia de anomalías congénitas internas, ya que a los 11 niños que murieron no se les practicó autopsia.

Egresaron 102 niños vivos, con una estancia hospitalaria de 1 a 3 días 56 niños; y más de 3 días en 46. La estancia más larga fue de 36 días, un niño de 5.2 lbs. de peso, sano, hijo de paciente diabética descompensada, quién, por condiciones precarias, tuvo que esperar el egreso de su progenitora.

COMENTARIO

La incidencia de 0.1% de primigesta añosas en nuestra serie, es similar a la de otros países latinoamericanos (1, 17), (21) (23), pero mucho más baja que las provenientes de países europeos o Estados Unidos de Norteamérica (13). Esta similitud, nosotros creemos se debe al hecho de que en los países latinoamericanos prevalecen condiciones económico-sociales semejantes.

En cuanto a la distribución de casos por edad se refiere, existe un paralelismo estrecho entre nuestros hallazgos y los de otros investigadores. La paciente, de 50 años, en nuestra serie, es la más vieja ahora reportada, ya que previamente se mencionaba como la de mayor edad a uno de los casos reportados por Fliehr (7a), que era una paciente de 47 años.

El embarazo se interrumpió prematura y espontáneamente, en nuestro grupo, en el 26% de los casos, y el parto prematuro coincidió con la premadurez somática de los productos obtenidos. Nuestra cifra es la más baja hasta ahora reportada. La incidencia de 31% de complicaciones prenatales en nuestra serie es bastante halagadora, pero no del todo satisfactorio. Cifras más bajas han sido reportadas por Waters y Wager, Alejo Vásquez y colaboradores, Fliehr y Hofmeister (1, 7a. 11, 25). En cuanto a la distribución de las complicaciones prenatales se observó que existe un paralelismo con las de otras latitudes, con excepción de eclampsia e hipertensión arterial, que fueron 0 en nuestra serie. La

incidencia de 2.67% de leiomiomas uterinos fue casi idéntica a la reportada por Alejo Vásquez de México y Sicuera de Chile (1, 23), pero mucho más baja que las reportadas por Jacobson y otros investigadores, provenientes de países europeos y Estados Unidos de Norteamérica.

En cuanto a la duración del trabajo de parto se refiere, en el 69% de nuestras pacientes estuvo comprendido entre 3-24 horas. Esta cifra es mayor que la reportada por Fliehr y Hofmeister, quienes dan una incidencia del 48 y 49%, respectivamente. El número de trabajos de parto prolongado en los 3 grupos incluyendo en nuestro, fue casi igual. La distribución de los tipos de presentación en nuestra serie, se aproxima a los promedios esperados, con excepción de las presentaciones podálicas, que fue mayor. Este dato nos parece sumamente interesante, ya que en la literatura extranjera no se mencionan presentaciones podálicas. No tenemos una explicación satisfactoria, referente a este hecho.

el 38% de los partos en nuestro grupo de pacientes fueron distócicos.

El porcentaje aquí reportado es idéntico al de Alejo Vásquez, de México (1) y mucho menor que el grupo de pacientes de Jacobson (13) y MacDonald y Maclenan (16), quienes tuvieron una incidencia de 47 y 57%, respectivamente.

Las complicaciones maternas en el período de expulsión y alumbramiento

fueron de 29%. Este dato es mucho menor que el 45% reportado por Alejo Vásquez y colaboradores y casi similar a la incidencia de Hofmeister (11).

12% de nuestras pacientes tuvieron un puerperio patológico. Las causas fueron similares a las de otros investigadores (13), siendo la frecuencia de las mismas mucho menor.

La estancia hospitalaria en los 114 casos de primigestas añosas es similar a la de pacientes más jóvenes en nuestra institución hospitalaria.

La mortalidad materna en nuestra serie fue de 0%. Alejo Vásquez da una incidencia del 6% (1).

Comparando nuestra incidencia de mortalidad peri-natal, del 12% con la de otros investigadores, encontramos muy poca diferencia. Para Elejo Vásquez y colaboradores, 11.76%; para Martínez y Beltrán, 10.98%; para Waters y Wager, 6.97%; Fleihr, 2.85%; y Routi, 11%. De acuerdo, se hace evidente, por lo menos en lo que concierne a nuestro grupo de pacientes, que existen determinadas formas de muerte, que son inevitables, tales como el óbito fetal y la premadurez. Desafortunadamente los 15 niños que murieron no tuvieron autopsia, por lo tanto no pudo determinarse la causa de la muerte y la presencia u ausencia de anomalías congénitas internas; sin embargo, los niños que egresaron vivos, salvo uno, con un mielomeningocele lumbar, fueron considerados a su egreso como niños normales.

SUMARIO:

Los resultados en el presente trabajo, son el producto del análisis de 114 casos de primigestas añosas, de 35 años o más de edad, atendidos en la Maternidad del Hospital Roosevelt de Guatemala, durante el período de enero de 1957 hasta diciembre de 1966. Un análisis detallado de múltiples variantes, tanto fetales como maternas, se llevó a cabo, haciéndose asimismo un estudio comparativo entre nuestros resultados y los de otros investigadores.

El presente análisis sugiere que todavía existen problemas que necesitan ser resueltos, recomendándose una mayor asistencia de pacientes a consulta prenatal y el uso más liberal de operación cesárea en este tipo de pacientes.

CONCLUSIONES.

- 1.) Consideramos como primípara añosa aquellas pacientes que están teniendo su primer parto a los 35 años o más de edad, sin tomar en consideración si este es o no su primer embarazo.
- 2.) La primigesta añosa es considerada como una paciente especial que amerita vigilancia y cuidados muy frecuentes, con el objeto de encontrar las posibles complicaciones en forma temprana y oportuna.
- 3.) La evolución de los embarazos en las añosas está expuesta a mayores riesgos, así, en nuestras pacientes hubo 20 abortos, casi el doble del 10% considerado como frecuencia promedio.
- 4.) Las complicaciones prenatales presentadas por nuestras pacientes y las enfermedades concomitantes son más elevadas que en las pacientes de menor edad.
- 5.) El trabajo de parto de las primíparas añosas es de mayor duración que el promedio de las demás pacientes. En nuestro estudio el 60% presentaron un trabajo de duración promedio y el 21% prolongado. El promedio total de duración fue de 30 horas que es importantemente más elevado que el usual.
- 6.) Aunque consideramos que la edad de la paciente no tiene relación directa con las presentaciones fetales, estamos convencidos que condiciones concomitantes tienen un efecto seguro. En nuestro trabajo las presenta-

- ciones anormales se observaron con mayor frecuencia 7.6% de podálicas y casi 1% de presentaciones de frente.
- 7.) La evolución de los partos debería considerarse sin relación con la edad de las pacientes, pero un conjunto de hechos concomitantes aumenta, francamente los partos operatorios. En nuestro trabajo 43 pacientes, 38% fueron distócicos.
 - 8.) Las condiciones intra y post parto son mucho más frecuentes que los promedios y por consiguiente, la vigilancia de la paciente debe ser muy estricta.
 - 9.) Los niños nacidos de mujeres añosas tienen más peligros, lo que demuestra el 27% de prematuros obtenidos, la existencia de una anomalía congénita y la elevada mortalidad perinatal que en nuestro trabajo ascendió a un 12% y
 - 10) El conjunto de circunstancias discutidas en las conclusiones anteriores, nos dice, en forma fehaciente, que la primípara añosa es un caso de mayor riesgo; y por lo tanto amerita ser vigilado y manejado inteligentemente y con un criterio inmensamente humano.

B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Alejo Vásquez, M. Concepcion et al: El Problema de la primigesta añosa. Ginecología y Obstetricia de México, 21:89, 1966.
- 2.- Arnot, P.H. y Nelson, D.R.: coparison of elder -- and younger Primipares. West J. Surg., 58: - 535-552, 1950.
- 3.- Baird, D. Haytten F.E. y Thomson, A.M.: Labor in the elderly primipara. J. Obstet. Gynec. - Brint. Emp. 65:865, 1958.
- 4.- Bergman G.: Malstrom T. y Schoon, I.M.: El valor extractor por el vacio juzgado según su uso en las primigestas añosas. Acta Obst. et. Gynec. Scandinav., 40:363-371, 1961.
- 5.- Dardón Díaz, D.R.: Consideraciones sobre la primigravidéz añosa, sus problemas y riesgos, Rev. Col. Med. de Guatemala, 15: 77-80, 1964.
- 6.- Dennen, E. H. y Ainslie, W.R.: Elderly primipara, - statiscal study of 446 consecutive cases. Postgrad. Med., 10:241-246, 1951.
- 7.- Fredrikson, H. y Anberg, A.: The Elderly primigravida Acta Obst. Gynec. Scandinav. 35:483, 1956.
- 7a. Fliehr, R.R.: Management of the elderly primigravida. Obst. and Gynec. 8:494-499. 1956.
- 8.- Galloway, C.E. y Paul T.D.: A study of the 288 primiparas over the age of 35 compared with 300 primiparas under the age of 25 . Am. J. Obst. y Gynec. 36:255-267. 1938.

- 9.- Hawkins, R.J.: Foley, W. E. y Tierney, T.M.:
The elderly primigravida. West. J. Surg. -
Obstet. Gynec., 59:13-19, 1951.
- 10- Hesseljo, R. y Anberg, A.: Perinatal mortality.
Acta Obst. et Gynec. Scandinav. (Suppl. 5)
:1-40. 1962.
- 11- Hofmeister, Fl. J. Burges, G.F.: Labor and old
primiparas. Physiologic parturation of obs-
tetrics complication. J. Obst. 6:162-168.
1955.
- 12- international Federation of Gynecologist and obs-
tetricians (1958): Report of cuoncil (july) --
IAN, R. MacDonald, M.B., y MacLen Man,
Obstet. Gynec. Brit. Emp. Vol. 67. pp. 443
-450. 1960.
- 13- Jacobson, L. : The elderly primigravida, A. stu-
dy of 543 cases. Acta Obst. et Gynec. Scan-
dinav. 42: 244-258, 1963.
- 14- Kern, T.: Perinatal mortality. Acta Obst. et Gynec
Scandinav. 39:392-437, 1960.
- 15- Kaern, T.: Citado por Jacobson, L.: referencia 13.
- 16- Mac Donald. I.R. y MacLennan, H.R.: A considera-
tion of the treatment of elderly primigravidae.
J. Obst. Gynec. Brit. Emp. 67:443-450, 1950
- 17- Martínez, P. X. y Betrán Suárez, R.: Consideracio-
nes sobre la primipara de más de 35 años. Gi-
nec y Obst. México 17:189-210, 1962.

Bibliografía....

- 18- Meyer, L.: Citado por Jacobson L. Referencia 13
- 19- Pardo Peraza, R.A.: Investigación de la Presión Arterial en los habitantes de la zona occidental de Guatemala. Tesis Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala Facultad de Ciencias Médicas. 2 de Oct. de 1964.
- 20- Randall, L.M. and Taylor J.C. T.: Citado por Mac Donald, I.R. y Maclean A.R. Referencia 16.
- 21- Routi, A.M.: La edad avanzada y su influencia en el embarazo y parto. Gynec. Obst. Mex. 18: 393-399, 1963.
- 22- Schelesinger, E.R. y Allaway, N.C.: Use of the child-lose data in envolving priorities in maternal health services. Am. J. Publ. Health 47: 570-577, 1957.
- 23- Sicuera, R. y Alvarez, M. : Citado por Alejo Vásquez y colaboradores.: referencia 1.
- 24- Tamer, S.: Course of labour in elderly primiparae. Acta Obst. et. Gynec. Scandinav. 33-16-24, 1954.
- 25- Waters, E.G. y Wager, H. P. Pregnancy and labor experiences of the elderly primigravidas. Am. J. Obst. Gynec. 59: 296-305, 1950.
- 26- Weisl, B. A.G.: A five-year study of elderly primiparas. Am. J. Obst. Gynec. 66: 1235-1247. --- 1953.

LIBROS DE TESTO CONSULTADOS:

- 27- Beck, C. Alfred, M.D.: Práctica de obstetricia. 49a. ed. México, Prensa Médica mexicana, 1965. pp 738, 615-394.
- 28- Eastman, Nicholson, J.J. ed. Williams Obstetric. -- New York, appleton century Grofts, 1952. pp 422.
- 29- Ian, Donald.: Practical obstetric problems. 3a. ed. Year Book. Medical Publisher, 1964. pp. --- 61-64.
- 30- Martins, Heinrich.: Tratado de obstetricia, Barcelona, Labor, 1960. pp. 326.
- 31- Nesbit, Robert, E.L. Jr.: Perinatal loss in moderns obstetrics. Philadelphia. F.A. Davis, 1957. pp. 377-8.
- 32- Reid, Duncan E.: Text book of obstetrics. Philadelphia W.B. Saunders, 1962, pp. 499.

Vo. Bo.


Sra. Ruth Ramirez de Amaya
Bibliotecaria.

BR. DANILO ORLANDO OLIVA GIRON

DR. FRANCISCO CEREZO FLORES
Asesor.

DR. AQUILES JIMENEZ PINTO
Revisor.

DR. RONALDO LUNA AZURDIA
Director de Fase III.

DR. FRANCISCO VILLAGRAN M.
Secretario General.

Vo. Bo.

DR. JULIO DE LEON MENDEZ
Decano.