UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"EL ESTADO GRAVIDO PUERPERAL EN LA GRAN MULTIPARA"
(REVISION DE 538 CASOS)

RENE FLORES SAN JUAN

Guatemala, Mayo de 1970.

PLAN DE TESIS

I. INTRODUCCION

II. MATERIAL Y METODOS

III. EDAD DE LA PACIENTE

IV. GESTA Y PARIDAD

V. ABORTOS Y CESAREAS

VI. ATENCION PRENATAL

VII. EDAD DEL EMBARAZO

VIII. DURACION DEL TRABAJO DE PARTO

IX. TIPO DE PARTO

X. PRESENTACION

XI. TIPO DE ALUMBRAMIENTO

XII. PUERPERIO HOSPITALARIO

XIII. PROCEDIMIENTO OBSTETRICO

XIV. GEMELOS

XV. ANOMALIAS CONGENITAS

XVI. PESO DEL RECIEN NACIDO

XVII. SEXO DEL RECIEN NACIDO

XVIII. PRINCIPALES ENFERMEDADES QUE CONCURRIERON CON EL EMBARAZO Y SU EVOLUCION

INTRODUCCION.

Referencias de problemas y complicaciones en pacientes que han dado a luz en múltiples ocasiones, se tienen ya descritas desde el año de 1865, en el que Matthews J., indicó que éstas pacientes pueden constituir un serio peligro - tanto para si mismas como para sus hijos (13). Más tarde en el año de 1934, Solomons (24) se refirió a este tipo de pacientes denominándolas "multíparas peligrosas" e indicando que se debía deshechar la idea de que una primigesta significa labor difícil, mientras que una multípara tarea fácil. Posteriormente, en -- 1940, Eastman (6) llamó la atención acerca de estas pacientes sobre la alta mortalidad tanto en ellas como en sus hijos indicando que la ruptura uterina, la nefritis crónica, la enfermedad vascular hipertensiva y la placenta previa eran las -- principales causas de mortalidad entre mujeres cuya paridad era de siete o más. Existen también referencias (13, 8), que establecen la discrepancia de opinio-- nes entre los diferentes autores que han abordado el tema. Así tenemos que --- George y Power en 1949 y Barns en Inglaterra y Feeney en Irlanda en el año de - 1953, reafirman el riesgo de la Gran Multípara, mientras que Calkins, Krebs e Israel consideran que el peligro de ésta se ha exagerado y que no constituye un - problema obstétrico de importancia.

En el presente estudio se trata de exponer el tema relacionándolo con los diversos hallazgos encontrados por otros autores.

Plan de tesis...

XX. MORTALIDAD MATERNA

XXI. MORTALIDAD FETAL

XXII. COMENTARIO

XXIII. RESUMEN Y CONCLUSIONES

XXIV. BIBLIOGRAFIA.

MATERIAL DE TRABAJO

Para fines del presente trabajo se estudiaron 538 pacientes Gran Multíparas, atendidas en la Maternidad del Hospital Roosevelt durante el año de 1966, año en el cual se atendió un total de 12,193 pacientes, siendo el porcentaje de Gran Multíparas del 4.41% en comparación con 3.86% (403 pacientes) en la serie de Scharfman y Silverstein (23) del Coney Island Hospital, --- "2.6% (502 pacientes) en la serie canadiense de Schram, 18.1% (563 pacientes) en la serie de Miller del Instituto de Maternidad Católico de Santa Fé, -- Nuevo México y 13.2% (862 pacientes) en la serie de Petry y Pearson de las - Areas rurales montañosas de Louisville, Kentucky" (23).

Se consideró, de acuerdo con el Concilio Internacional de Federaciones de Gineco-Obstetricia efectuada en Estocolmo en el año de 1958, que Gran Multípara es toda aquella mujer que ha tenido cinco o más partos independiente de su edad. (5)

EDAD DE LA PACIENTE:

En el Cuadro No. 1, puede observarse que el mayor porcentaje de pacientes correspondió a aquellas cuya edad osciló entre 31 y 40 años (66.73%), siendo la edad mínima de 23 años en dos pacientes y la máxima de 48 años en una.

La pacientes menores de 35 años constituyeron un 54.27% en comparación con valores de 51% en la serie de Faraj y Carranza (8) del Hospital del Instituto Hondureño de Seguridad Social, 65% en la serie de Karchmer y Cols. (13) del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social y 59% en la serie de Scharfman y Silverstein (23) del Coney Island Hospital.

CUADRO No. 1.

EDAD DE LA PACIENTE

Edad en Años:	No. de Casos:	Porcentaje:
23 a 25	12	2.23%
26 a 30	101	18.77%
31 a 35	179	33.27%
36 a 40	180	33.46%
41 a 45	64	11.89%
46 a 48	2	0.37%

GESTA Y PARIDAD:

En el Cuadro No. 2, se presenta la distribución de la gestación y paridad. El número de pacientes comprendidas entre gesta VI y XII (89.40%) corresponde con el encontrado por Karchmer y Cols (13). En cuanto a la paridad también - existe similitud en los hallazgos encontrados por este autor, así como por Ziel - (25, Scharfman y Silverstein (23) y Faraj y Carranza (8).

CUADRO No. 2.

GESTA Y PARIDAD

Gesta:	No. de Casos:	%	Para	No. de Casos	%
VI	87	16.17	V	24	4.46
VII	102	18.96	VI	134	24.90
VIII	85	15.80	VII	121	22.49
IX	78	14.50	VIII	88	16.36
X	58	10.78	IX	60	11.15
XI	39	7.25	X	39	7.25
XII	32	5.94	XI	32	5.94
XIII	21	3.90	XII	13	2.41
XIV.	15	2.79	XIII	14	2.60
XV	7	1.30	XIV	8	1.49
XVI.	5	0.93	XV	3	0.56
XVII	3	0.56	XVI	1	0.18
XVIII	5	0.93	XXII	1	0.18
XXIX.	1	0.18			

La gestación máxima de XXIX ocurrió sólo en una paciente y la mayor paridad correspondió a ésta misma, siendo de XXII. Ziel (25) presenta como máxima paridad a una paciente con XXII partos.

El número total de embarazos que habían tenido todas las pacientes ascendió a la cantidad de 4,849; dato que es de utilidad al compararlo con la cantidad de abortos que tuvieron las pacientes, para establecer así, la incidencia de éstos últimos en las pacientes Gran Multíparas.

La incidencia general del aborto en el Hospital durante el año de 1966 fué del 1.06%. Es de hacer notar que durante este año en el Hospital

usualmente no se atendían abortos, debiendose a esto la baja incidencia general del aborto..

ABORTOS Y CESAREAS:

En el Cuadro No. 3, puede apreciarse que el 51.86% de las pacientes no habían tenido un sólo aborto, el 37.36% correspondió a pacientes con uno a dos y el 10.77% a las que tuvieron de 3 a 8. Resultados similares (8) fueron encontrados en una serie de 1,966 Gran Multíparas estudiadas.

En cuanto a cesáreas únicamente el 6.86% de las pacientes tenían antecedentes.

CUADRO No. 3.

ABORTOS Y CESAREAS

Abortos:	No. de Casos:	%	Cesáreas:	No. de Casos	%
0	279	51.86	0	501	93.12
I	134	24.91	I	32	5.94
II	67	12.45	II	4	0.74
III	26	4.83	III	1	0.18
IV	15	2.79			
V	8	1.49			
VI	4	0.74			
VII	4	0.74			
VIII	1	0.18			

El número total de abortos que había tenido todas las pacientes ascendió a la cantidad de 785, la cual corresponde a una incidencia del aborto en los antecedentes de estas pacientes del 16.19%.

ATENCION PRENATAL:

Es de suma importancia indicar que un elevado procentaje de las pacientes (60.41%) no asistieron a control prenatal. Wulfovich, referido por Faraj y Carranza (8), reporta que el 69.5% de las Gran Multíparas estudiadas por él no asisten a control prenatal; Karchmer y Cols (13). indican un 57.47% y Faraj - y Carranza (8) sólo informan un 37.7%. Estos resultados nos indican desde ya las posibles complicaciones que estas pacientes habrían de presentar.

EDAD DEL EMBARAZO:

Para estimar la edad del embarazo se tomó en consideración la última fecha menstrual y/o la altura uterina. El 70.73% lo constituyeron embarazos que se consideraron a término. No se obtuvo ningún caso de embarazo post-maduro y solamente uno inmaduro.

CUADRO No. 4.

EDAD EN SEMANAS DEL EMBARAZO.

Edad:	No. de Casos	Porcentaje:
25	1	0.20
28 a 37	138	28.04
38 a 42	348	70.73
Se ignora	5	1.01

DURACION DEL TRABAJO DE PARTO:

En este aspecto se consideró únicamente a aquellas pacientes (461), cuyo embarazo terminó en parto, descartándose aquellos embarazos que concluye-- ron en aborto (46) y en cesárea (31).

El mayor número de pacientes (63.12%) tuvieron su parto en un tiempo menor de diez horas. Este hallazgo corresponde con los obtenidos en trabajos similares por Scharfman y Silverstein (23), Karchmer y Cols (13) y otros autores descritos por éstos últimos: Krebs, Ziel y Koren.

CUADRO No. 5.

DURACION DEL TRABAJO DE PARTO

No. de Horas:	No. de Casos:	Porcentaje:
0 a 5	142	30.80
6 a 10	149	32.32
11 a 15	70	15.18
16 a 20	40	8.68
Más de 20	46	9.98
No establecido	14	3.03

TIPO DE PARTO:

De acuerdo a la ausencia o presencia de problemas de tipo mecánico en la evolución del parto, éste se clasificó como eutócico o distócico respectivamente. Un elevado porcentaje de partos (93.27%) fueron eutócicos Karchmer y -- Cols (13) reportan el 84.49% de partos eutócicos en sus pacientes indicando que dicho resultado no es estadísticamente significativo en relación con los índices existentes (85.6%) en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1 , del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el año de 1962.

CUADRO No. 6.

TIPO DE PARTO:

Condición:	No. de Casos:	Porcentaje:
Eutócico Simple	424	91.97
Eutócico Gemelar	6	1.30
Distócico Simple	28	6.07
Distócico Gemelar	3	0.65

PRESENTACION:

Esta se clasificó en cefálica (vértice), pelviana y de tronco. El mayor porcentaje (93.71%) correspondió a la presentación cefálica, ocupando la presentación de frente (dos casos) y la de cara (un caso) únicamente el 0.60%. En trabajos similares (5, 8, 25), para la presentación de vértice se dan valores de -- 85.68%, 87.3% y 92.09% respectivamente. A la presentación pelviana correspondió un 4.56%, lo cual comparado con la incidencia general de la presentación pelviana (3.3%) significa un aumento de importancia, a pesar de que los autores referidos arriba dan cifras más elevadas: 6.9%, 11.9% y 5.83% respectivamente.

CUADRO No. 7.

PRESENTACION. -

Presentación:	Numero de Casos:	Porcentaje:
Cefálica	432	93.71
Pelviana	21	4.56
De tronco	5	1.08
No establecida	3	0.65

TIPO DE ALUMBRAMIENTO:

El alumbramiento se clasificó en espontáneo, natural y artificial. Espontáneo cuando la placenta se desprendió, descendió y fue expulsada sin ninguna ayuda; natural cuando se ayudó en la expulsión y artificial cuando fué necesario extraerla manualmente. Un 92.41% correspondió al alumbramiento espontáneo y natural, lo cual se compara con las cifras de 91.54% y 93.1% encontradas por Karchmer y Cols (13). Y Faraj y Carranza (8). La etiología del alumbramiento artificial fue la siguiente: placenta adherente en 11 casos, cesárea anterior en cuatro casos, secundario a la aplicación de fórceps en 7 casos, secundarios a -- versión por maniobras internas y gran extracción pelviana en 5 casos, extrac--- ción pelviana de 2o. gemelo en 1 caso, ruptura del cordón en 1 caso, embriotomía en 1 caso y se ignora la causa en dos.

CUADRO No. 8.

ALUMBRAMIENTO.

Tipo:	Numero de Casos:	Porcentaje:
Espontáneo	29	6.29
Natural	397	86.12
Artificial	32	6.94
No establecido	3	0.65

PUERPERIO HOSPITALARIO:

Este fué en la gran mayoría de las pacientes (93.06%) normal, siendo la estancia hospitalaria post-parto de cada paciente usualmente de veinticuatro horas. Se complicó en un 6.94% (32 pacientes), siendo las principales com

plicaciones: endometritis en 7 casos, shock hipovolémico en tres casos, infección urinaria en 2 casos, celulitis en miembros inferiores en dos casos y cinco pacientes que fallecieron por causas que se describirán posteriormente.

CUADRO No. 9.

PUERPERIO HOSPITALARIO

-	Numero de Casos:	Porcentaje:
Normal	429	93.06
Complicado	32	6.94

Se hace énfasis en el puerperio hospitalario únicamente debido a que un elevado porcentaje de pacientes al igual que en el control prenatal, no asisten a su control post-natal.

PROCEDIMIENTO OBSTETRICO:

En el cuadro No. 10. se expresan los diferentes procedimientos obstétricos que se llevaron a cabo en la presente serie de pacientes estudiadas. Dentro de este aspecto se tomó en cuenta a aquellas pacientes cuyo embarazo concluyó en parto o cesárea.

Se aplicaron fórceps en el 5.28% de las pacientes y se efectuaron cesáreas en el 6.29% (siendo la incidencia global de operación cesárea en el Hospital durante el año de 1966 del 3.79%. Karchmer y Cols (13) dan una incidencia -

de aplicación de fórceps del 2.63% y de cesárea de un 4.8%, Faraj y Carranza - (8) de 1.1% y 4.0% y Dardón Díaz (5) de 4.2% y 8.4% respectivamente.

CUADRO No. 10.

PROCEDIMIENTO OBSTETRICO

Procedimiento:	Numero de Casos	Porcentaje:
Sut. de rasg. perineal de primer grado	35	7.11
Sut. de rasg. perineal de segundo grado	1	0.20
Sut. de rasg. vaginal de primer grado	11	2.23
Sut. de rasg. de cuello uterino	3	0.61
Histerorrafia	5	1.01
E.M.L.D. suturada	4	0.81
Amniotomía	212	43.09
Fórceps	26	5.28
Extractor al vacio	9	1.83
Cesáreas seg. transperitoneales	26	5.28
Cesáreas corpóreas	3	0.61
Cesárea seg. corpórea	1	0.20
Cesárea seg. Transperitoneal más histerectomía	1	0.20
Histerectomías	2	0.40
Embriotomía (decapit.)	1	0.20
Pequeña extrac. pelviana	2	0.40
Gran extrac. pelviana	2	0.40
Versión x maniobras int. y gran extrac. pelviana	5	1.01
Ligadura de trompas	13	2.64
Reducción de inversión - uterina.	1	0.20
Legrado instrumental	1	0.20

Greenhill (9) da una incidencia general de la cesárea de un 5%, mientras que Ruiz Velasco y Cols. (19) nos dan una amplia información de dicho aspecto al comparar los resultados de diferentes autores en doce trabajos al respecto, en los cuales puede observarse que la incidencia general varía desde 1.6% hasta el 5.88%, siendo de 6.10% en su estudio. Aguirre (1) en un estudio de 9,500 expedientes clínicos de consulta gineco-obstétrica privada - reporta una incidencia de cesárea del 15.5% la cual no la considera elevada por el tipo de pacientes que atiende.

Las indicaciones de cesárea se presentan en el cuadro No. 11, siendo las principales: placenta previa en un 32.26%, situación transversa en un 16.13%, DPPNI en un 12.90% y cesárea anterior en un 12.89%.

CUADRO No. 11.

INDICACIONES DE CESAREA.

Indicación:	Numero de Casos:	Porcentaje:
Placenta previa	10	32.26
Situación transversa	5	16.13
DPPNI	4	12.90
Cesárea anterior:	-	------
más desproporc. c.p.	1	3.22
más present. viciosa	2	6.45
dos cesáreas anteriores	1	3.22
Cáncer del Cervix	3	9.68
Procidencia y procúbito del cordón	2	6.45
Sufrimiento fetal	1	3.22
Timor previo (hematoma grande labio ant. cuello)	1	3.22
Diabetes mellitus más 2 ind. fallidas con feto valioso.	1	3.22

Respecto a las indicaciones de cesárea, en diferentes estudios (13, 14, 19, 9), se observa que la desproporción cefalo-pélvica es la indicación principal --- (26.11% y 28.73% respectivamente para la primera y tercera referencias), mientras que en el presente estudio correspondió a la placenta previa (32.26%). Para Aguirre (1), la indicación más frecuente fué pacientes con cesáreas previas (28%).

GEMELOS:

De las 492 pacientes cuyo embarazo concluyó en parto o cesárea se obtuvieron once gemelos (2.23%). Este resultado es bajo comparado con el obtenido por Faraj y Carranza (8) (5.5%). Estos mismos autores dan cifras de la incidencia general de embarazos gemelares obtenidas por Ochoa Alcántara (1.8%) y Beltrán (2.1%) en sus respectivos estudios. Lara Ricalde (14) en un estudio con pacientes de edad avanzada da una incidencia de 1.1%.

ANOMALIAS CONGENITAS:

De las 492 pacientes referidas se obtuvieron seis niños con anomalías (1.22%). Karchmer y Cols (13) encuentran un 4.2% en su estudio. Se presentaron dos casos de meningocele y paladar hendidos: un niño murió a los siete días de nacido y el otro a los veintitrés; un caso de anencefalia y espina bífida: nació muerto; un caso de anencefalia y labio leporino doble: nació muerto; un caso de anencefalia y mielomeningocele occipital: nació muerto y un caso de meningocele cervical: vivió.

Agrupando las anomalías tenemos:

CUADRO No. 12

ANOMALIAS CONGENITAS

Tipo de Anomalía:	No. de Casos:	Porcentaje:
Meningo y mieloneningocele	4	0.81
Anencefalia	3	0.61
Espina Bífida	1	0.20
Paladar hendido	2	0.40
Labio Leporino doble	1	0.20

PESO DEL RECIEN NACIDO:

De acuerdo con Nelsón (17) y Rosenvasser (18) se consdieró prematuros a aquellos niños que tuvieron un peso igual o inferior a 2,500 gramos. Rosenvasser (18) considera que existe gigantismo fetal cuando los niños al nacer pesan arriba de 4,500 gramos. Dardón Díaz (5) considera como fetos macrosómicos a aquellos niños que al nacimiento pesan ocho o más libras. Para fines prácticos el peso de los niños se estimó en libras.

En el cuadro No. 13 puede observarse que a los prematuros correspondió un 21.67% de los productos obtenidos, a los niños de peso promedio (17), (nacidos de embarazo a término), les correspondió 77.73%, mientras que niños considerados como gigantes fetales (18) sólo obtuvieron un 0.60%. Niños con peso arriba de 4,500 gramos son reportados por Karchmer y Cols (13) y Ziel (25) con cifras de 0.91% y 4.76% respectivamente.

(Ver cuadro No. 13 en página siguiente)...

CUADRO No. 13.

PESO DEL PRODUCTO.

Peso en libras:	No. de Casos:	Porcentaje:
Abajo de 5 y media	109	21.67
Entre $5\frac{1}{2}$ y 8	327	65.01
Entre 8 y 10	64	12.72
Entre $5\frac{1}{2}$ y 10	391	77.73
Arriba de 10	3	0.60

Comparando con el estudio de Dardón Díaz(5) y de acuerdo a su concepto de fetos macrosómicos, él dá un 8.3% mientras que en el presente estudio se obtiene un 13.32%.

Karchmer y Cols (13) reportan en su estudio un 13.18% de fetos prematuros, Scharfman y Silverstein (23) un 9.6%, Ziel (25) un 8.85% y Faraj y Carranza (8) un 9.8% y otros autores referidos por Scharfman y Silverstein (23) reportan: Miller 8.8%, Schram 5.9% y Peter y Pearson 9.8%.

SEXO DEL RECIEN NACIDO:

De los 503 productos obtenidos el 53.88% correspondió a los hombres y el 46.12% a las mujeres. Cifras similares son reportadas por Faraj y Carranza (8).

PRINCIPALES ENFERMEDADES QUE CONCURRIERON CON EL EMBARAZO Y SU EVOLUCION:

En el Cuadro No. 14, se proporciona una lista de las principales enfermedades que concurrieron con el embarazo y su evolución. El 22.97% de las pacientes presentaron parasitismo intestinal, sin embargo, no se estableció con exactitud el porcentaje de pacientes parasitadas debido a que el 60.41% de ellas no asistieron a control prenatal y es en este momento cuando a la gran mayoría de pacientes se les investiga dicha patología; lo mismo cabe decir de los resultados de anemia por abajo de 10 gramos % de hemoglobina (4.67%) y de lúes (3.25%.) Patología bastante frecuente fue la insuficiencia venosa en miembros inferiores y vulva (13.41%). La diabetes, el hipertiroidismo y la hipertensión arterial esencial se presentaron con una incidencia cada una de un 0.61%. Ziel (25) para la diabetes y la hipertensión arterial esencial da cifras de 2.34% y 11.44% respectivamente. Enfermedad cardíaca se encontró en el 1.22%, principalmente lesión de válvula mitral de posible etiología reumática, lo cual corresponde con la aseveración de Espino Vela (7) en su estudio de "Cardiopatías y embarazo" en el cual indica que "el mayor número de enfermas cardíacas embarazadas está constituído por enfermas con estenosis mitral reumática", dando cifras hasta un poco más del 90% para la etiología reumática de las cardiopatías de las pacientes embarazadas. La tuberculosis pulmonar alcanzó el 1.83%. Mucho de la patología presentada en este cuadro no se encuentra en estudios similares al presente, razón por la cual no se comparan muchos de los hallazgos.

Cuadro No. 14.

ENFERMEDADES QUE CONCURRIERON CON EL EMBARAZO

Enfermedad:	Numero de Casos:	Porcentaje:
Parasitismo intestinal:		
Ascaridiasis	48	9.76
Tricocefaliasis	23	4.67
Tricomoniasis	17	3.45
Uncinariasis	6	1.22
Otros	19	3.86
Insuficiencia venosa en miembros inf. y vulva	66	13.41
Ulceras tróficas en miembros inferiores	8	1.63
Anemia abajo de 10 gms. % de hemoglobina	23	4.67
Lúes	16	3.25
Escabiasis	11	2.23
Tuberculosis pulmonar	9	1.83
Epilepsia	7	1.42
Enfermedad cardíaca	6	1.22
Obesidad	4	0.81
Hipertiroidismo	3	0.61
Diabetes	3	0.61
Hipert. Art. esencial	3	0.61
Adenocarcinoma de la mama.	1	0.20
Carcinoma del cervix	2	0.40
Asma bronquial	1	0.20

PRINCIPALES COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y SU EVOLUCION:

En el cuadro No. 15 se presenta una lista de las principales complicaciones del embarazo y su evolución. Se observa que el aborto ocurrió en un 8.55 % de las pacientes, mientras que en un estudio similar (5) la cifra fué de 11.2%.

Esta cifra del 8.55% de la incidencia del aborto evidencia que en el último embarazo de estas pacientes ésta complicación aún estaba por debajo del promedio; sin embargo, la frecuencia general del 16.19% obtenida en estas pacientes, está alrededor de un 50% más alta, lo que nos demuestra que los embarazos en estas pacientes tienen una pérdida gestacional temprana e intermedia más elevada.

El 13.04% de los abortos fueron molares, encontrando en el referido estudio (5), un 3.57% de aborto molar. Greenhill (9) refiere una incidencia general de mola hidatidiforme del 0.07%, mientras que Lara Ricalde (14) en un estudio de pacientes de edad avanzada da una incidencia del 0.9%.

(Ver cuadro No. 15 en la página siguiente)...

CUADRO No. 15

PRINCIPALES COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y SU EVOLUCION

Complicación:	Numero de Casos:	Porcentaje:
Aborto	46	8.55
Preeclampsia	115	21.38
Eclampsia	2	0.37
Rupt. premat. membranas	35	6.50
Amnioitis	5	0.93
Atonía uterina	3	0.56
Hemorragia post-partum	21	3.90
DPPNI	15	2.79
Placenta previa	11	2.04
Placenta adherente	11	2.04
Procúbito de cordón	1	0.18
Procidencia de cordón	4	0.74
Ruptura uterina	2	0.37
Polihidramnios	7	1.30
Mortalidad	6	1.11
Mortalidad fetal	41	8.15

El siguiente cuadro (No. 16), es una comparación de los hallazgos de diferentes autores acerca de la incidencia de las principales complicaciones obstétricas en estudios similares. Los tres primeros autores son referidos pos Scharman y Silverstein (23). Los valores representan porcentajes.

(Ver cuadro No. 16 en la página siguiente)...

CUADRO No. 16.

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES OBSTETRICAS

Autores:	P.P.	DPPNI	H.P.P.	P.A.	Tox.	M.F.	R.U.	M.M.
Miller (563)	1.0	2.1	8.3	1.6	4.1	1.9	0	0.17
Schram (502)	0.6	2.39	0.6	2.9	11.1	3.1	1 caso	0.4
Petry y Pearson (862)	1.4	2.9	?	?	8.0	3.8	0	0.35
Scharfman y Silvestein (23) (403)	1.5	0.74	2.7	0.99	3.5	1.0	0	0.2
Dardón Díaz (5) (500)	4.27	2.92	5.8	3.3	7.0	3.5	0.2	0.4
Karchmer y Cols. (13) (3269)	1.31	0.73	0.58	8.19	15.87	3.71	0.55	0.24
Ziel (25)(516)	1.65	2.75	9.10	?	12.13	2.86	?	0
Presente estudio (538)	2.04	2.79	3.90	2.04	21.75	8.15	0.37	1.11

P.P. = Placenta previa; DPPNI = Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta; H.P.P. = Hemorragia post-partum; P.A. = Placenta adherente o retenida; Tox. = Toxemia; M.F. = Mortalidad Fetal; R. U. = Ruptura uterina; M.M. = Mortalidad Materna.

Los números entre paréntesis significan el número de casos estudiados por cada uno de los referidos autores.

Lara Ricalde (14) en su estudio "El embarazo en la mujer de "edad - avanzada", da un 18.2% para la incidencia de toxemia, valor similar a -- los descritos en el cuadro anterior.

La ruptura prematura de membranas ocurrió en un 6.50%. Otros autores reportan las siguientes cifras: 7.83% en un estudio 13 similar al presente, 5.8%, - y 3.4% en estudios (2) (11) de pacientes de diferentes edades y 3.9% y 16% en estudios (14, 20), de pacientes de edad avanzada.

Relaciondo con la ruptura uterina Herrera Lasso (10) da cifras de 0.153% en una serie de 65.133 partos con pacientes de diferente paridad y edad. En igual tipo de pacientes, Cosgrove (4) refiere aproximadamente un 0.03% y López LLera (16) refiere una ruptura uterina por cada 739 nacimientos de productos viables (0.13%).

En cuanto al desprendimiento prematuro de placenta normoinserta Salinas - Falero (21) en un estudio de 12,105 partos (pacientes de diferente edad y pari-- dad) encontró una incidencia de 0.23%, Cásares Ponce y Cols. (3) en un estudio de 18,326 partos con pacientes de diferente edad y paridad reportan una incidencia de 0.20%; finalmente en otro estudio (12) similar a los anteriores se da una frecuencia de un 0.5%.

Se considero que existió hemorragia del alumbramiento cuando la pérdida de sangre fue mayor de 500 ml., ocurriendo ésta en un 4.56% (21 casos). La - causa principal de este cuadro fue la retención de placenta y restos placentarios así como la atonía uterina. Esta última que ocurrió en tres pacientes fué con-- trolada con la administración de Syntocinón.

MORTALIDAD MATERNA:

De las 538 pacientes estudiadas ocurrió un total de 6 muertes que equivale al 1.11%. La incidencia general de la mortalidad materna en el Hospital durante el año de 1966 fue del 0.10%. Los factores etiológicos anotados en las respectivas fichas clínicas son los siguientes para cada una de las pacientes fallecidas:

1.) Informe de Anatomía Patológica: Tuberculosis ganglionar mesentérica con caseosis extensa y úlceras tuberculosas intestinales. Tuberculosis miliar en pulmones.

2.) Impresión Clínica: Shock hemorrágico. Informe de Anatomía Patológica: Hemorrágias subcapsulares del hígado y probable necrosis focal. Hidroureter e hidronefrosis bilateral moderada. Pielonefritis con formación de abscesos corticales. Congestión y edema pulmonar moderado, Esplenitis aguda.

3.) Impresión Clínica: Ruptura uterina. Histerectomía abdominal subtotal. Shock irreversible. Informe de Anatomía Patológica: Histerectomía subtotal. Hematoma retroperitoneal, extendiéndose a polo renal inferior y vejiga. Sutura de arteria uterina izquierda floja.

Hemoperitoneo (900ml). Atelectasia basal bilateral. Ulceras agudas del estómago; hemorragia gástrica.

4.) Impresión Clínica: Hemorragía uterina por retención de de restos placentarios. Septicèmia puerperal. Edema cerebral. Informe de Anatomía Patológica: Septicemia. Edema cerebral severo. Tuberculosis pulmonar fibrocaseosa bilateral apical. Nódulo de Ghon calificado en base pulmonar derecha. Arterioesclerosis mínima. Utero post-partum. Infiltración grasa del corazón.

5.) Impresión Clínica: Colitis amebiana aguda. Shock hipovolémico. Deshidratación severa. Perforación intestinal secundaria a amebiasis. Resección de intestino delgado y yeyunoileostomía. Trombosis mesentérica.

Informe de Anatomía Patológica: Trombosis mesentérica venosa. Infarto hemorrágico del intestino delgado. Operación reciente: yeyunostomía. Bronconeumonía bilateral (macroscópico). Ulcera del estómago. Disentería amebiana (clínico-patológico). Necrosis centrolobulillar del hígado. Utero post-partum. Bocio adenomatoso. Fibrosis nodular del diafragma nodular del diafragma. Hemangioma subcapsular del hígado.

6.) Impresión Clínica: Edema agudo del pulmón secundario a:

a) Pneumonía por aspiración. b) Rurptura bronquial traumática. c) Embolia pulmonar.

MORTALIDAD FETAL:

De los 503 productos obtenidos nacieron muertos 41 (8.15%). La incidencia general de la mortalidad fetal en el Hospital durante el año de 1966, fué del 2.87%.

Se estimó que el factor etiológico fue el DPPNI en 8 casos (19.51%), circu-

lares al cuello en 3 (7.31%), anencefalia en 3 (7.31%), premadurez en 21 -- (51.21%), Lúes en uno (2.43%) y traumatismo obstétrico en dos casos, (4.86 %). No se estableció en tres casos (7.31%).

Comparando las cifras de mortalidad fetal del presente estudio con las - de otro autores de trabajos similares (ver cuadro No. 16) nos damos cuenta que en esta serie de pacientes la mortalidad fetal es francamente elevada.

Lock y Cols (15) y Salvatierra y López Tornay (22) afirman que con el aumento de edad de la madre (arriba de 30 a 35 años) aumenta marcadamente - la mortalidad fetal, dando los segundos autores citados (22) cifras de mortalidad perinatal hasta de 9.67% en pacientes por arriba de 35 años.

COMENTARIO:

La incidencia de pacientes Gran Multíparas en la Maternidad del Hospital - Roosevelt de Guatemala, durante en el año de 1966 es relativamente baja (4.-- 24%) comparada con la obtenida por Miller (18.1%) y Petry y Pearson (13.2%) - según la descripción de Scharfman y Silverstein (23). Sin embargo, existen --- aún cifras más bajas como la de 3.86% reportada por estos dos últimos autores y la de 2.6% (Schram) descrita por ellos también.

La edad de las pacientes fué similar a la encontrada por otros autores (13, -- 8, 23), es estudios de pacientes Gran Multíparas.

El 89.40% de las pacientes habían tenido de VI a XII embarazos y el 92.55% de V a XI partos, valores que corresponde con los obtenidos en otros estudios (13, 8, 25, 23). Ocurrió un caso extraordinario de una paciente con XXIX embara-- zos y XXII partos.

Pacientes con antecedentes de aborto se encontraron en un 48.14%, cifra si milar a la obtenida por Faraj y Carranza (8). Antecedentes de cesárea previa - sólo se obtuvo en un 6.86%.

Un elevado porcentaje de pacientes (60.41%) no asistieron a control prena-- natal, lo cual es un factor importantísimo en la etiología de la morbimortalidad materno-fetal. Esta falta de asistencia a control prenatal no ocurre únicamente con nuestras pacientes (13, 8) y vale la pena indicar que es reflejo del medio --

ambiente en que se desenvuelven y las condiciones culturales, económicas, - sociales, religiosas, etc. que presentan.

No se reportaron embarazos post-maduros y la duración del trabajo de parto fue menor de diez horas en un 63.12%, dato similar al obtenido en otros estudios (13.23).

La incidencia de operación cesárea fué del 6.29%, la cual es elevada en comparación con la incidencia general del 3.79% en el hospital durante el año de 1966 y es también mayor comparada con la incidencia general que reportan otros autores (19, 9). La indicación principal de cesárea fué la presencia de placenta previa en un 32.26% a diferencia de la encontrada por otros autores (13, 14, 19, 9), para quienes la principal indicación fué la desproporción cefalopélvica.

La incidencia de aplicación de fórceps fué elevada en comparación con - la obtenida en estudios similares (5, 13, 8), pero es aún más baja que la que se presenta en pacientes con paridad menor (6.5%)según lo hacen notar Castelazo Ayala y Cols. de acuerdo a la descripción de Karchmer y Cols. (13).

Hubo un aumento significativo en la presentación pelviana (4.56%) comparado con la incidencia genefal (3.3%). La presentación de tronco ocurrió - en el 1.08% a diferencia del 0.94% y 0.8% encontrada en otros estudios (13, - 8). Este tipo de presentación constituyó la segunda indicación de cesárea más

frecuente (16.13%) después de la placenta previa (32.26%).

La mayoría de pacientes del presente estudio tuvieron un puerperio hospitalario normal (93.06%), siendo su estancia hospitalaria post-parto usualmente de 24 - horas, lo que indica que la mayoría de estas pacientes tuvieron una morbilidad baja, principalmente en cuanto a morbilidad de importancia se refiere (ver cuadro - No. 10).

Las anomalías o malformaciones congénitas se encontraron presentes en el 1.-- 22%, lo cual difiere del 4.2% encontrado por Karchmer y Cols. (13) quienes conjuntamente con otros autores (Calkins y Kaltreider) referidos por ellos, indican que a - mayor edad materna existe mayor incidencia en esta complicación fetal.

La prematuridad es francamente elevada, encontrándose una incidencia del -- 21.67%, la cual sobrepasa en mucho los diversos hallazgos encontrados en otros estudios (13, 8, 25, 23). Al 51.21% de los productos nacidos muertos se les atribuyó como causa de la prematuridad. Se observó que el 26.60% de prematuros nacieron de madres a quienes se les hizo el diagnóstico de toxemia del embarazo. Esto evidencia la relación que existe entre toxemia, prematuridad y muerte fetal en este - tipo de pacientes.

Entre las principales complicaciones obstétricas la toxemia gravídica fue la -- más frecuente (21.75%), lo cual supera las cifras encontradas por otros autores (3, 13, 25, 23). La mortalidad materna y fetal fueron elevadas (1.11% y 8.15% respectivamente) comparadas con las encontradas por los mismos autores. En cuanto a --

placenta previa, DPPNI, hemorragía post-partum y placenta adherente o retenida la incidencia fue similar a la descrita por ellos mismos.

La ruptura prematura de membranas (6.50%) presentó una incidencia moderadamente mayor que la incidencia general de 5.8% (2) y de 3.4% (11).

Respecto a la mortalidad materna relacionado con su etiología es necesario indicar que solamente en un caso (ruptura uterina) puede afirmarse categoricamente que fue de tipo obstétrico; en losotros casos existió uno o más de un problema de tipo médico como etiología responsable de las muertes maternas.

RESUMEN Y CONCLUSIONES:

1.- Gran Multípara es toda aquella mujer que ha tenido 5 o más partos independientemente de su edad.

2.- La incidencia de Gran Multíparidad en la Maternidad del Hospital Roosevelt de Guatemala durante el año de 1966 fué baja.

3.- El 66.73% de las pacientes se encontraron en una edad comprendida entre 31 y 40 años, siendo la edad mínima de 23 años y la máxima de 48 años.

4.- La gesta y paridad fué similar a la referida por otros autores encontrando en el presente estudio un 89.40% de pacientes con VI a XII embarazos y un 92.55% con V a XI partos.

5.- El 60.41% de las pacientes no asistieron a control prenatal, lo cual es un elevado porcentaje e importantísimo factor etiológico de la morbimortalidad materno-fetal.

6.- El trabajo de parto ocurrió en un tiempo menor de diez horas en un 63.12% y los partos fueron eutócicos en un 93.27%.

7.- A la presentación pelviana correspondión un 4.56%, lo cual comparado con su incidencia general del 3.3% significa un aumento de importancia.

8.- La operación cesárea se practicó en el 6.29%, lo cual se considera elevado en comparación con su incidencia general. La indicación principal correspondió a la placenta previa en el 32.26% seguida de la situación transversa

en el 16.13%. La incidencia de aplicación de fórceps también se consideró elevada en comparación con estudios similares al presente, pero a pesar de ello, aún fué más baja que la incidencia que se presenta en pacientes con paridad menor.

9.- La prematuridad es francamente elevada en la presente serie de pacientes, alcanzando una incidencia del 21.67%, lo cual es aún elevado comparado con los hallazgos de otros autores en estudios similares al presente y aún -- más con los promedios de nuestro Hospital durante el año de 1966.

10- La toxemia del embarazo (21.75%), los abortos (16.19%), la ruptura prematura de membranas (6.50%) y la hemorragia post-partum (3.90%), fueron- las principales complicaciones del embarazo.

11- La mortalidad materna fue sumamente elevada (1.11%) en comparación -- con la incidencia general del 0..10% en el Hospital durante el año de 1966 y aún en comparación con las cifras obtenidas en trabajos similares. Sin embargo, - cabe decir que la etiología fue estrictamente obstétrica en una sola de las 6 muertes.

12- La mortalidad fetal fue también francamente elevada (8.15%) en compara-- ción con los datos obtenidos por los autores indicados y aún más con los promedios de nuestro Hospital durante el año de 1966. El 51.21% de los niños nacidos muertos fueron prematuros.

13- Por último se concluye indicando que si las pacientes Gran Multíparas asis-- tiera a control prenatal y recibieran asistencia médica adecuada durante su e estado grávido puerperal, los problemas y complicaciones podrían ser controlados anticipadamente, solucionándolos en forma satisfactoria en la gran mayoría, pero aún así subsistirían las razones para llamarlas "Multíparas Peligrosas".

BIBLIOGRAFIA.

1.- Aguirre, F. Operación cesárea (nuestra experiencia) Ginec. Obstet. - Méx. 23:281, 1968.

2.- Aguirre de Maldonado M., Orduña Castrezana, H. y Sánchez Melche, M.A. Rotura prematura de las membranas ovulares. Ginec. Obstet. Méx. 24: 541, 1968.

3.- Cásares Ponce, H., Esquivel Sansores, C. y Urzaiz Jiménez, C. Desprendimiento de la placenta normalmente insertada. Ginec. - Obstet. Méx. 25:45, 1969.

4.- Cosgrove, R.A. Ruptura del útero. Ginec. Obstet. Méx. 15:127, 1960.

5.- Dardón Díaz, C.R. El riesgo materno-fetal en la gran multiparidad. -- Revista del Colegio Médico, Guatemala. 19: 314. de 1968.

6.- Eastman, J.M. The hazards of pregnancy and labor in the grand multi-- para. New York J. Med. 40:1708, 1940.

7.- Espino Vela. Cardiopatías y embarazo. Ginec. Obstet. Mex. 25:445, -- 1969.

8.- Faraj Rischmawy, E. y Carranza Velásquez, R. Morbilidad de la gran - multípara. Rev. de la Fed. C.A. de Sociedades de Obstet. y -- Ginec. 9:43, 1969.

9.- Greenhill, J.P. Obstetrics. 11th ed. Philadelphia, W.B. Saunders, -- 1955. pp. 456, 473-4, 596, 993, 995-6.

10- Herrera Lasso, A., F. Velasco Almeida, R. y Ricaud Rothiot, L. Ruptura uterina. Análisis de 100 casos. Ginec. y Obstet. Mex. 23: 597, 1968.

11- Karchmer, S., Gitler, M. y Lara Sámano, E. Ruptura prematura de -- membranas. Análisis de 1000 casos. IV Congreso Mexicano de - Ginecología y Obstetricia. Memorias 1963.

Bibliografía...

12- Karchmer, S., Ruiz Ceballos, R., Pérez Díaz, A. y Pavón Moncada, M. Desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta. Ginec. Obstet. Méx. 24:135, 1968.

13- Karchmer, S. Ruoti, A.M., Wulfovich, M. Castro Lobo, C. y Montemayor C., G. El problema obstétrico de la gran multípara. - Ginec. Obstet. Méx. 19:461, 1964.

14- Lara Ricalde, R., Aznar Ramos, R. y Tovar Olvera, G. El embarazo en la mujer de "edad avanzada". Ginec. Obstet. Méx. 23:301 1968.

15- Lock, F.R. y colab. Perinatal mortality in the primigravida over 30 y years of age. Am. J. Obst. Gyn. 78:755, 1959.

16- López-Llera, M. Ruptura uterina. Ginec. Obstet. Méx. 18:209, 1963.

17- Nelson, W.E. Tratado de pediatría. 5a. ed. Barcelona, Salvat Editores 1967. pp. 24-404.

18- Rosenvasser, E.B. Tratado de obstetricia. 2a. ed. Buenos Aires, Editorial Panamericana, 1964. p. 469. (v. 2).

19- Ruiz Velasco, V., Espinosa de los Reyes, V. y Saldaña, R.H. Frecuencia e indicaciones actuales de la operación cesárea. Ginec. Obstet. Méx. 25:267, 1969.

20- Ruoti, A,M., Karchmer, S. Lara Sámano, E. y Velasco Almeida, R. "La edad avanzada" y su influencia en el embarazo y parto. Ginec. Obstet. Méx. 18:393, 1963.

21- Salinas Falero, J.A.: Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, análisis de 28 casos y valoración de su terapéutica. Ginec. Obstet. Méx. 18: 257, 1963.

22- Salvatierra, V., López-Tornay, J. Las causas de mortalidad perinatal en relación con la edad y la paridad de la madre. Rev. Española - Obst. y Ginec., 20:47. 1961.

Bibliografía...

23- Scharfman, E. and Silverstein, L.M. The grand multipara, Am. J. - Obst. & Gynec. 84:1442, 1962.

24- Solomons, B. The dangerous multipara. Lancet. 2:8, 1943.

25- Ziel, H. R., Jr. Grand multiparity-its obstetric implications, Am. J. Obst. & Gynec. 84:1427, 1962.

Vo. Bo.

Ruth R. de Amaya

Sra. Ruth Ramirez de Amaya
Bibliotecaria.

BR. RENE FLORES SAN JUAN

DR. CARLOS RENE DARDON DIAZ.
Asesor.

DR. AQUILES JIMENEZ PINTO
Revisor.

DR. RONALDO LUNA AZURDIA
Director de Fase III.

DR. CARLOS ALBERTO BERNHARD
Secretario.

Vo. Bo.

DR. CESAR AUGUSTO VARGAS
Decano.