

I N D I C E

	Página
1 - INTRODUCCION	1
2 - REVISION BIBLIOGRAFICA	3
3 - OBJETIVOS	6
4 - HIPOTESIS	7
5 - MATERIAL Y METODO	8
6 - ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS	9
7 - CONCLUSIONES	31
8 - RECOMENDACIONES	33
9 - BIBLIOGRAFIA	34

I N T R O D U C C I O N

La gran multiparidad es considerada como un factor de alto riesgo obstétrico, ya que se mencionan en la literatura que ciertas entidades patológicas son más frecuentes en este grupo; ejemplo: Desprendimiento Prematuro de Placenta Normalmente Inserta, Placenta Previa, Inercias Uterinas, Presentaciones Viciosas, Rupturas Uterinas, etc.

En vista de que en nuestro medio no hay un trabajo que confirme o descarte lo anterior, decidimos efectuarlo, con el fin además, de tener datos nuestros y ver con qué frecuencia se presentan dichas complicaciones y el manejo que se les dió.

A nadie escapa que el promedio de hijos por pareja en nuestro medio es alto, lo cual como consecuencia y debido a las malas condiciones de vida, creemos que son factores que influyen en que la morbilidad materno-infantil sea elevada; además, tenemos que la mujer de escasos recursos económicos, generalmente se encuentra aislada de la educación, más que todo sexual, por lo que se puede deducir que la gran multiparidad es debida en gran parte a falta de educación.

Con el fin primordial de contribuir en algo a las normas de manejo en este tipo de pacientes, decidimos efectuar una revisión retrospectiva de

1,500 casos encontrados a partir del 1º de junio de 1979 al 29 de febrero de 1980; para el efecto se elaboró una ficha que contiene los datos que creemos importantes, relacionarlos en forma directa o indirecta con la Gran Multiparidad.

En el período mencionado anteriormente, (9 meses), hubo un total de 11,267 partos de los cuales 1,500 fueron de pacientes Grandes Multiparas.

few offices could be closed as the new system was introduced. The new system would be introduced in stages, starting with the introduction of electronic signatures. This would be followed by the introduction of electronic signatures for all contracts. Finally, the new system would be fully implemented.

A nadie escapa que el promedio de hijos por
familia es menor medio es sólo, y casi como con-
secuencia a debido a las más condiciones de al-
de, creemos que son factores de influencia en la
la importancia-letalidad mortalidad sea elevada;
además, tenemos que es mayor de acceso recursos
y movimientos se encuentra otras de
segundas, además de tener una mejor de acceso recursos

REVISION BIBLIOGRAFICA

DEFINICION:

Se considera como Gran Multípara a toda paciente que, a su ingreso, ha tenido cinco o más partos.

Las pacientes Grandes Multíparas están predispostas a padecer de una serie de entidades patológicas como se mencionó anteriormente. Como no se tenía un trabajo realizado en nuestro medio sobre el cual apoyar nuestra investigación, se decidió revisar una serie de trabajos sobre ciertas entidades patológicas que frecuentemente afectan a la gran multípara; es así como en el año de 19-40 el Dr. Carlos E. Azpúru (1) en su tesis "Consideraciones sobre las Rupturas del Utero en Obstetricia", menciona que el 74% de los casos encontrados ocurrieron en pacientes multíparas; quince años más tarde, el Dr. Eduardo Fuentes Spross (6) en su tesis sobre Placenta Previa menciona que el 82.4% de los casos ocurrió en multíparas; diecisiete años después del trabajo del Dr. Azpúru, el Dr. Enio Lima (7) realizó una actualización sobre Rupturas Uterinas en el trabajo de parto, encontrando que la multiparidad estuvo asociada en el 72% y la Gran Multípara en el 44% de los casos.

En 1964 el Dr. René Román Méndez (10) realizó un trabajo sobre parto en presentación de Cara

en el Hospital Roosevelt, encontrando que el 49.2% de los casos correspondió a Grandes Multiparas en el 22.1% a Pequeñas Multiparas y el 27.9 % a Primigestas.

En 1970 el Dr. Herbert Macz (8) realizó un trabajo sobre Acretismo Placentario, revisión de 25 casos reportados en el Depto. de Maternidad de el Hospital Roosevelt en 147,063 partos desde el año de 1955 a 1969, encontrando que el 60% de Acretismo ocurrió en Grandes Multiparas y el 40%, en Pequeñas Multiparas; nueve años más tarde el Dr. Carlo Bonatto (3) efectuó un estudio similar encontrando que el Acretismo ocurrió en 50% de los casos en Grandes Multiparas y en el 50% en pequeñas Multiparas.

En 1977 la Dra. Annabella Barreto Chacón(2) realizó un estudio sobre Mortalidad Materna en el Hospital Nacional de Escuintla, encontrando que el 14.2% de dicha mortalidad correspondió a Grandes Multiparas y el 28.6% a Pequeñas Multiparas; al año siguiente el Dr. Jorge Yax (12) efectuó un trabajo similar en el Hospital General de Occidente Quezaltenango, encontrando una mortalidad de 36.6% en la Gran Multipara.

En 1978, el Dr. Homero de León (4) presentó un trabajo sobre Ruptura Uterina en el XVIII Congreso Nacional de Medicina con sede en Quezaltenango en el cual menciona haber encontrado dicha patología asociada a la Gran Multiparidad en el 80%; un año después el Dr. Jorge Palacios (9)

efectuó un trabajo sobre el mismo tema en el Hospital Nacional de Huehuetenango encontrando la Gran Multiparidad asociada en un 58.4%.

En 1978, la Dra. Olga Urrutia (11) realizó un estudio sobre Cesárea Primaria en Multipara encontrando que el 50.8% de dichas Cesáreas se efectuó a Grandes Multiparas, cuyas causas más frecuentes de Distocia fueron: Situación Transversa, Placenta Previa, Desproporción Cefalopélvica, Podálica, DPPNI; ese mismo año el Dr. Jorge Escobedo efectuó un estudio sobre Abruptio Placentae en el Hospital Roosevelt, encontrando que el 40% de los casos ocurrió en Grandes Multiparas.

O B J E T I V O S

GENERALES:

- Contribuir a una mejor atención materno-infantil en Guatemala.
- Iniciarnos en el campo de la investigación con énfasis en la Obstetricia.
- Transmitir los conocimientos adquiridos y ponerlos en práctica en nuestra área de trabajo.

ESPECIFICOS:

COGNOSCITIVOS:

- Conocer la incidencia de Distocias y otras complicaciones que puedan tener las Grandes Multíparas.
- Conocer el tratamiento instituído a cada paciente con problemas durante el parto.

PSICOMOTORES:

- Ejercitarnos en la realización de investigaciones científicas.

AFECTIVOS:

- Fomentar la comunicación constante entre Gineco-Obstétricas y Pediátricas para mejorar la atención materno-infantil.

H I P O T E S I S

- 1 - La incidencia de Distocias es baja en las Grandes Multíparas.
- 2 - La mortalidad materno-infantil está en relación directa con los partos distóxicos.
- 3 - La mortalidad materno-infantil es mayor en pacientes que no recibieron control prenatal.
- 4 - La inducción del parto provoca una elevación de la morbilidad Obstétrica en este grupo.
- 5 - La multiparidad está en relación directa con el grado de escolaridad.

MATERIAL Y METODO

Se investigó 300 pacientes que corresponden al 20% del total de pacientes con Gran Multiparidad, en el año de 1979-80 en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.

Para llevar a cabo dicha investigación se contó con recursos humanos, papeletas del archivo del hospital, una ficha elaborada con los datos que se creyó conveniente conocer.

Para aplicar el método de muestreo se tomó una muestra representativa del Universo de 1,500 pacientes, la cual se efectuó de la siguiente manera; de las primeras veinte pacientes del total (1,500) se escogió una al azar y a partir de esa se siguió escogiendo una papeleta cada veinte hasta llegar al total de 300 casos que equivale a 20% del total. Para tomar una buena muestra se ordenó correlativamente según fecha de ingreso a todas las pacientes que ingresaron al estudio a partir de Junio de 1979.

ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS

INCIDENCIA:

Como se mencionó en la introducción, hubo un total de 11,267 partos durante el período de estudio, correspondiendo 1,500 de estos a pacientes Grandes Multiparas, lo cual nos da una incidencia del 13.3 %.

A continuación se presentan los datos obtenidos de la investigación, los cuales como se mencionó anteriormente se creyó conveniente relacionar en forma directa o indirecta con la Gran Multiparidad; dichos resultados son los siguientes:

1 - Grupo Etáreo y número de Distocias por grupo:

	No.Casos	%	No.Distocias	%
16-25 años	26	8.7	1	7.7
26-35 "	174	58.0	9	69.2
36 ó más	100	33.3	3	23.1
TOTAL	300	100.0	13	100.0

La multiparidad en nuestro medio, se observa frecuentemente en mujeres jóvenes cuyas edades oscilan entre el final de la segunda década y el principio de la tercera tal como lo podemos observar en el cuadro anterior; además tenemos que en el 69.2% de estas pacientes, los embarazos y partos se ven complicados con algún tipo de patología que terminan en distocias. La paciente de menor edad fué de 20 años.

2 - Origen y Procedencia de las pacientes.

	Origen		Procedencia	
	No. Casos	%	No. Casos	%
Capital	62	20.7	225	75.0
Cabecera	43	14.3	2	0.7
Municipio	195	65.0	73	24.3
TOTAL	300	100.0	300	100.0

Aquí se puede observar que la mayor parte de las pacientes eran originarias de algún municipio, pero en el 75% de los casos residían en la ciudad capital.

3 - Raza de las pacientes.

	No. Casos	%
Ladina	282	94.0
Indígena	18	6.0
TOTAL	300	100.0

Este rubro es muy subjetivo, ya que la forma de clasificación fué según el vestuario o bien apellidos de las pacientes. En todo caso, vemos que en nuestro medio la multiparidad es más frecuente en pacientes ladinas, tal como lo demuestra el cuadro anterior (94.0% de los casos).

4 - Nivel de Instrucción.

Este aspecto no se pudo precisar, ya que en la papeleta no aparece anotado el grado de escolaridad de las pacientes, por lo que nos fue imposible demostrar o comprobar nuestra hipótesis número 5, en la que asumimos que la multiparidad está en relación directa con el grado de escolaridad.

5 - Número de Abortos.

	No. Casos	%
1 Aborto	72	24.0
2 "	21	7.0
3 "	13	4.3
4 ó más	6	2.0
Ninguno	188	62.7
TOTAL	300	100.0

En las pacientes multíparas, el antecedente de abortos es poco frecuente. En el cuadro anterior encontramos que el 62.7% de las pacientes no habían tenido antecedente de abortos.

6 - Número de hijos vivos por paciente.

	No. Casos	%
1 - 3 hijos vivos	12	4.0
4 - 6 "	195	65.0
7 ó más "	93	31.0
TOTAL	300	100.0

Tal como lo afirmamos al principio de nuestro trabajo, el número de hijos por pareja en Guatemala es alto; en el presente trabajo encontramos que el 96% de las pacientes estudiadas tenía más de 4 hijos vivos.

7 - Factor Rh.

	No. Casos	%
Positivo	8	2.7
Negativo	1	0.3
No se determinó	291	97.0
TOTAL	300	100.0

En el cuadro anterior se puede observar que únicamente al 3% de las pacientes se les determinó el factor Rh, siendo positivo en el 2.7% y negativo en el 0.3% de las pacientes. Por todos es sabido que en nuestro medio, el número de pacientes que tiene control prenatal es muy bajo; pero lo que es imperdonable, es que a las pocas pacientes que nos consultan, no les ofrecemos una buena atención; afirmamos lo anterior al darnos cuenta que al 100% de las pacientes que recibieron control prenatal ni siquiera se les había determinado su grupo sanguíneo y Rh, tal como puede observarse comparando los cuadros 7 y 8.

8 - Control Prenatal.

	No. Casos	%
No control prenatal	183	61.0
Malo (1-3 controles)	28	9.3
Regular (4-5 controles)	5	1.7
Bueno (6 ó más controles)	3	1.0
No especifica No. controles	81	27.0
TOTAL	300	100.0

Es frecuente observar que en todos los estudios que se realizan en nuestro medio, la gran mayoría de pacientes no tienen control prenatal y las que lo tienen, siempre es deficiente. En el presente trabajo, el 61% de las pacientes estudiadas no tuvieron control prenatal y del 39% que lo tuvieron, únicamente en un 1% fué bueno.

9 - Control Postnatal.

	No. Casos	%
Si	12	4.0
No	288	96.0
TOTAL	300	100.0

Como nos dimos cuenta en el cuadro número 8 la consulta externa de prenatal es poco visitada por pacientes embarazadas y es menos visitada por las pacientes cuando se trata de sus controles postnatales. En este cuadro vemos que solo el 4 % de las pacientes tuvo control postnatal.

Podríamos decir que si nuestras pacientes tuvieran control postnatal en su mayoría, tal vez el número de pacientes Grandes Multiparas disminuiría, ya que en esta forma se podría educar mejor en planificación familiar.

10 - Tiempo de hospitalización.

	No. Casos	%
1 - 3 días	281	93.7
4 - 8 "	17	5.7
9 - 16 "	1	0.3
17 ó más	1	0.3
TOTAL	300	100.0

Como puede observarse en este cuadro, la mayor parte de las pacientes estudiadas tuvo de 1-3 días de hospitalización, por lo que se puede generalizar que el tiempo de hospitalización para el puerperio es el corriente en todas las pacientes.

11 - Ruptura de Membranas.

Puerperio Patológico				
	No. Casos	%	Endometritis No. Casos	Infec. heri Op. No. Casos
Artificiales	162	54.0	*4	1
Espontánea	119	39.7		
Prematura	19	6.3		1 (CST)
TOTAL	300	100.0	4	1

* Se incluyen 3 casos de CST.

En este cuadro se puede observar que el 54% de las pacientes tuvo ruptura artificial de membranas, y el 6.3% ruptura prematura.

De los 6 casos en que hubo puerperio patológico, 5 tuvieron ruptura artificial de membranas, y un caso tuvo ruptura prematura de membranas como puede observarse en el cuadro anterior; esto equivale a decir que el 83.3% de los casos en que hubo puerperio patológico tuvieron ruptura artificial de membranas.

12 - Presentaciones.

	No. Casos	%	No. Distocias	%
Vértice	284	94.05	6	2.1 (2.0)
Podálica	13	4.3	4	30.8 (1.3)
Hombro	3	0.99	3	100.0 (1.0)
No reportada	2	0.66	-	
TOTAL	302	100.0	13	(4.3%)

En este cuadro nos podemos dar cuenta de que la presentación más frecuentemente encontrada fue la de vértece en un 94.05%; además se puede observar que las presentaciones viciosas son poco frecuentes en las multíparas, encontrando un 0.99% de estas en nuestro estudio pero con 100% de distocia.

13 - Duración del primer período del parto (horas)

	No. Casos	%	No. Distocias	%
1- 6 horas	98	32.7	1	7.7
7-12 "	93	31.0	2	15.38
13-18 "	46	15.3	-	-
19-24 "	33	11.0	-	-
25 ó más "	16	5.3	-	-
Desconocido	14	4.7	*10	76.92
TOTAL	300	100.0	13	100.00

En el cuadro anterior, encontramos que el 35% de las pacientes tuvieron un primer período del parto prolongado.

11 - Segundo y Tercer período del parto(minutos).

	Segundo período			Tercer período		
	No.	Casos	%	No.	Casos	%
Menos de 30 Mins.	238	79.3		269	89.7	
30-60 minutos	39	13.0		18	6.0	
Más de 60 minutos	7	2.3		2	0.7	
Desconocido	16	5.4		11	3.6	
TOTAL	300	100.0		300	100.0	

En este cuadro puede observarse que el 92.3 %, de las pacientes tuvo su segundo período de parto normal y que el 89.7% de las mismas tuvo el tercer período normal; en cambio solo el 2.3% tuvo una expulsión prolongada.

15 - Uso de Oxitócicos (Inducción-Conducción).

	No.	Casos	%
Si se usó	25	8.3	
No se usó	275	91.7	
TOTAL	300	100.0	

16 - Morbilidad por uso de oxitócicos.

	No.Casos	%
Sufrimiento fetal	1	4.0
Hemorragia Alumbramiento	1	4.0
Sin morbilidad	23	92.0
TOTAL	25	100.0

Se dice que el uso de oxitócicos en las pacientes multíparas es delicado, porque pueden provocar rupturas uterinas que es uno de los accidentes obstétricos más graves que existen, además su uso en general puede producir morbilidad tanto materna como fetal; en los cuadros anteriores se puede ver que al 8.3% de las pacientes se les administró oxitócicos y que en este grupo hubo un 8% de morbilidad en general, aunque no podemos estar seguros de que dichas complicaciones son directamente imputables al uso de oxitócicos.

La ruptura uterina no se presentó en ninguna de las pacientes inducidas y/o conducidas.

17 - Inercia Uterina.

	No. casos	%
Si	24	8.0
No	276	92.0
TOTAL	300	100.0

Se ha dicho que la Gran Multiparidad puede inducir a una Inercia Uterina; en nuestro estudio ésta complicación fué frecuente presentándose en el 8% de las pacientes.

18 - Tipo de parto.

	No.Casos	%
Eutóxico simple	286	95.4
Eutóxico gemelar	1	0.3
Distóxico simple	12	4.0
Distóxico gemelar	1	0.3
TOTAL	300	100.0

En el cuadro anterior, se puede apreciar claramente que únicamente el 4.3% de los partos fueron distóxicos; además se puede ver que hubo dos partos gemelares.

19 - Tipo de Distocia.

	No.Casos
Sufrimiento fetal	3
Desproporción Cefalopélvica	2
Situación Transversa	3
Placenta Previa	2
Retención de hombros	1
TOTAL	11

20 - Forma de resolución.

	No.Casos	%
CST	10	76.8
Fórceps Bajo	1	7.7
Maniobra de Rojas	1	7.7
Versión por maniobras internas y Gran Extracción Pelviana	1	7.7
TOTAL	13	100.0

En estos cuadros se puede observar que la distocia más frecuente fué Sufrimiento fetal y Situación Transversa, seguidas por DCP y retención de hombros; la resolución de éstas se efectuó por CST en el 76.8% de los casos.

21 - Alumbramiento.

	NO.Casos	%
Normal	290	96.7
Acretismo Placentario Parcial	1	0.3
Retención restos placentarios	2	0.7
Atonia Uterina	6	2.0
Desprendimiento Prematuro de Placenta		
Normalmente Inserta (DPPNI) =80%	1	0.3
TOTAL	300	100.0

En el presente cuadro se puede ver que el 96.7% de las pacientes tuvo un alumbramiento normal; entre las anormalidades, cabe mencionar que

los 6 casos de atonía uterina respondieron a masaje uterino y uso de oxitócicos, las demás entidades se les diagnosticó y se les efectuó legrado uterino instrumental.

22 - Procedimientos Varios.

	No.Casos	%
Revisión de cavidad por CST anterior	7	2.3
Forceps Profiláctico por CST anterior (Parto eutóxico gemelar)	2	0.7
Legrado uterino instrumental por retención de restos placentarios	2	0.7
Legrado uterino instrumental por Acretismo Placentario parcial	1	0.3
TOTAL	12	4.0

En este cuadro se puede ver que se efectuaron 12 procedimientos varios, siendo los más frecuentes la revisión de cavidad por CST anterior, Forceps profiláctico y legrados.

23 - Rasgaduras perineales.

	No. Casos	%
I grado	42	14.0
II grado	3	1.0
Sin rasgaduras	255	85.0
TOTAL	300	100.0

El 15% de las pacientes tuvo rasgaduras perineales de primero y segundo grado, con base a lo encontrado en este estudio se podría decir que la atención del parto no era supervisada adecuadamente pues están sucediendo rasgaduras, que en este tipo de pacientes no deberían de suceder.

24 - Morbilidad Materna (Puerperio)

	No. Casos	%
Puerperio normal	290	96.6
Puerperio patológico:		
Endometritis	4	1.4
Infección herida operatoria	1	0.3
Retención restos placentarios	1	0.3
Anemia (menos de 8 g. Hb.)	4	1.4
TOTAL	300	100.0

En el cuadro No. 10 se encontró que la mayoría de pacientes tuvo un tiempo de hospitalización corto; en este cuadro encontramos la razón ya que el 96.6% de las pacientes tuvo un puerperio normal, la morbilidad fué poco frecuente teniendo puerperio patológico únicamente el 3.4% de las mismas.

25 - Estado de paciente al egreso.

	No. Casos	%
Mejorada	299	99.7
Egreso contraindicado	1	0.3
TOTAL	300	100.0

Podemos observar aquí que el 99.7% de las pacientes egresó mejorada y que no hubo muerte materna.

26 - Peso en libras de los recién nacidos.

	No.Casos	%
Menos de 4.7 lb.	10	3.3
4.8-9 lbs.	281	93.1
Mayor de 9.1 lb.	10	3.3
No reportado	1	0.3
TOTAL	302	100.0

La mayoría de los recién nacidos tuvo un peso dentro de límites normales.

27 - Apgar de los recién nacidos. (puntos)

	No.Casos	%
Muerto	10	3.3
Malo (1-3 puntos)	4	1.4
Regular (4-6 puntos)	46	15.2
Bueno (7-10 puntos)	241	79.8
No reportado	1	0.3
TOTAL	302	100.0

Como puede verse en este cuadro, la mayoría de los recién nacidos tuvo un Apgar bastante aceptable; hubo una mortalidad del 3.3% del total de recién nacidos.

28 - Muerte fetal asociada a:

	No.Casos	Control prenatal
Parto prematuro	2	1) NO; 2) MALO
DPPNI	1	NO
Procidencia cordón	1	NO
Anomalías congénitas (Anencefalia)	1	No especifica No. de controles
Paludismo (falciparum)	1	NO
Diabetes Mellitus	1	No especifica No. de controles
Desconocida	3	1 y 2) NO; No es- pecifica No. de control
TOTAL	10	
	29	

En este cuadro se trató de asociar la causa de muerte fetal con los cuidados durante el embarazo, buscando una relación directa entre estas; Como puede verse, la mayoría de fetos muertos no tuvieron control prenatal durante la gestación, o bien fue inadecuado por lo que se puede asumir que se pudo haber evitado algunas de estas muertes si las madres hubieran tenido un buen control

29 - Anomalías congénitas.

	No.	Casos Control prenatal
Síndrome de Down	1	No especifica No.
Anencefalia más polihidramnios	1	NO
Micrognatia	1	No especifica No.
TOTAL	3	

Vemos que hubo solamente 3 casos de anomalías congénitas (1%), de las cuales una no tuvo control prenatal y las otras no especificaban el número de controles que habían tenido.

CONCLUSIONES

- 1 - La incidencia de Gran Multiparidad es de 13.3%.
- 2 - La Gran Multiparidad se observó con mayor frecuencia por arriba de los 25 años y la frecuencia de Distocias fué mayor en este mismo grupo.
- 3 - Solamente al 3% de las pacientes se les determinó el factor Rh-
- 4 - El 61% de las pacientes no tuvo control prenatal y de las que si tuvieron únicamente un 1% lo tuvo bueno.
- 5 - Solamente el 4% de las pacientes tuvo control postnatal.
- 6 - La presentación Podálica es ligeramente más frecuente en Grandes Multiparas (4.3%).
- 7 - El 35% de nuestras pacientes tuvieron trabajo de parto prolongado.
- 8 - De los partos en presentación de vértece, el 2.1% fueron distóxicos; en los de podálica, el 30.8% fueron distóxicos y en los de hombro el 100%.
- 9 - El 8.3% de las pacientes necesitó de inducción o conducción del parto, no habiendo complicación alguna.

- 10 - El 8% de las pacientes tuvo Inercia Uterina porcentaje significativamente alto.
- 11 - El 95.7% de los partos fueron eutópicos y el 4.3% distópicos, hubo dos partos gemelares; la incidencia de distocia es baja y a que la incidencia general de distocias en el Hospital Roosevelt es de 12%.
- 12 - No hubo muerte materna o fetal secundaria a los partos distópicos por lo que se rechaza la segunda hipótesis.
- 13 - Se encontró un caso de Acretismo Placentario, 6 de Atonia Uterina y un caso de DPPNI
- 14 - El 15% de las pacientes sufrieron de rasgaduras perineales de primero y segundo grado.
- 15 - La morbilidad del puerperio en nuestras pacientes fué moderadamente alto (3.4%).
- 16 - La mortalidad materna fué de 0%.
- 17 - La mortalidad fetal fué de 3.3% (10 casos); es ligeramente más alta que la mortalidad fetal general. (2.2%).
- 18 - La mayoría de las madres de los fetos nacidos muertos, no habían tenido control prenatal y otras lo habían tenido muy inadecuado
- 19 - Las anomalías congénitas en la Gran Multípara no son significativamente mayores que en el resto de pacientes (1%).

RECOMENDACIONES

1. Tratar de que a toda paciente en control prenatal, se le determine el factor Rh.
2. Estimular a las pacientes para que acudan a control post-natal, y posteriormente a prenatal de un nuevo embarazo.
3. Supervisar más de cerca la atención del parto, para evitar al máximo, las rasgaduras perineales.
4. Dada la frecuencia de Inercia Uterina moderadamente alta, recomendamos el cuidadoso uso de oxitócicos.

BIBLIOGRAFIA

- 1- AZPÚRU, Carlos E. Dr.
Consideraciones sobre las Rupturas del Utero en Obstetricia.
Tesis, Junio 1940.
Facultad de Ciencias Médicas.
- 2- BARRETO CHACÓN, Annabella.
Mortalidad Materna en el Hospital Nac. Escuintla durante 1976.
Tesis, septiembre 1977.
Fac. CC.MM.
- 3- BONATTO MÉRIDA, Carlo.
Placenta Acreta, estudio retrospectivo de 5 años realizado en el Depto. de Obstetricia del Hospital Roosevelt.
Tesis, Abril 1979.
Fac. CC.MM.
- 4- DE LEÓN MONTENEGRO, Homero.
Ruptura Uterina, trabajo presentado en XVIII Congreso Nac. de Medicina con sede en Quezaltenango.
- 5- ESCOBEDO ARIAS, Jorge Roberto.
Abruptio Placentae en el Hospital Roosevelt
Tesis, 1978 Julio.
Fac. CC.MM.

- 6- FUENTES SPROOS, J. Eduardo.
Algunas Consideraciones sobre Placenta Previa.
Tesis, Junio 1955.
Fac. CC.MM.
- 7- LIMA ESTRADA, Enio A.
Rupturas del Utero en el trabajo de parto.
Tesis, Julio 1957.
Fac. CC.MM.
- 8- MACZ, Herbert Wilfrid.
Acretismo Placentario.
Tesis, Junio 1970.
Fac. CC.MM.
- 9- PALACIOS S., Jorge Luis.
Ruptura Uterina.
Tesis, Julio 1979.
Fac. CC.MM.
- 10- ROMÁN MÉNDEZ, J. A. René.
Parto en presentación de Cara en el Hospital Roosevelt.
Tesis, Agosto 1964.
Fac. CC.MM.
- 11- URRUTIA ALDANA, Olga Leticia.
Cesárea Primaria en Multipara.
Tesis, Noviembre 1978.
Fac. CC.MM.

12- YAX C. Jorge Antonio.
Mortalidad Materna en el Hospital General
de Occidente, Quetzaltenango.
Tesis, Marzo 1978.
Fac. CC.MM.

13- WILLIAMS.
Obstetricia.
4a. reimpresión, 1976.
Editorial Salvat.

14- SCHWARCZ, Ricardo.
Obstetricia.
3a. Edición 1970.
Editorial El Ateneo.

Br. K. Calderon
OSCAR ROLANDO CALDERON DONIS

Zambrano S.
Asesor.
DEL E. ZAMBRANO

Dr. J. Fuentes
Revisor.
Dr. EDUARDO FUENTES SPROUS

R. Nuila
Tor de Fase III
HON ALFREDO NUILA E.

Dr. G. A. Castillo
Secretario
Dr. RAUL A. CASTILLO

Dr. R. Castillo
Decano.
Dr. ROLANDO CASTILLO MONTALVO