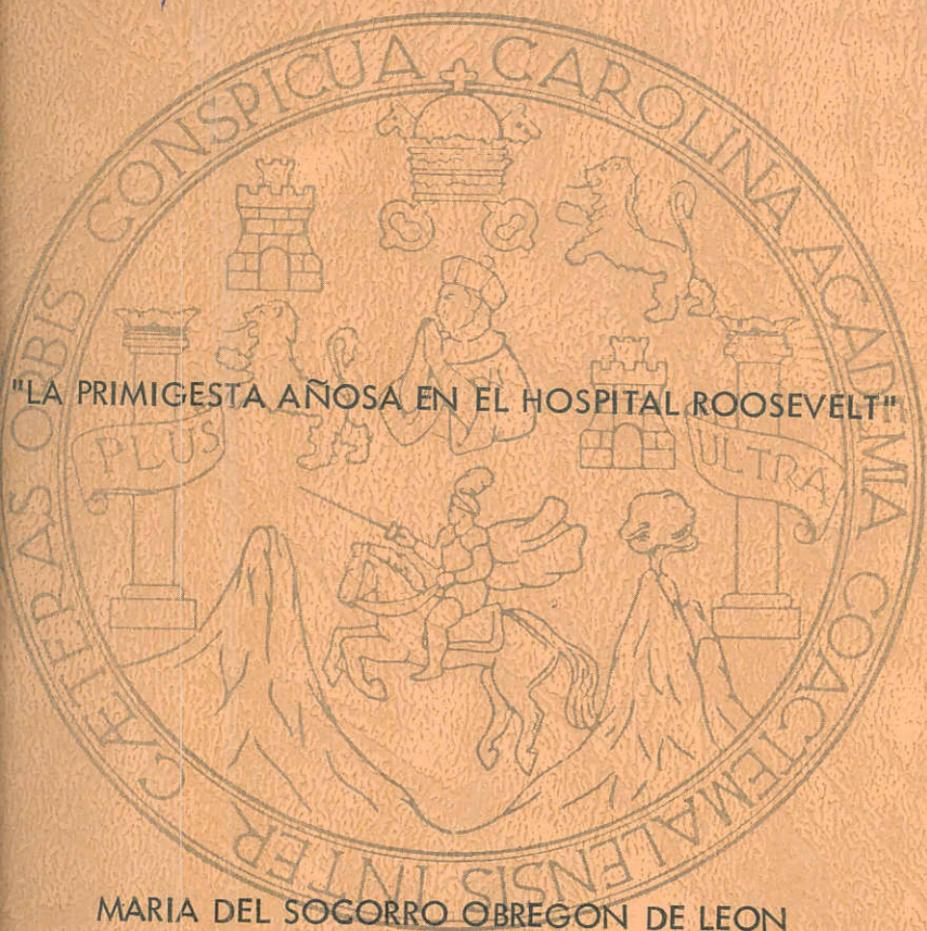


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



MARIA DEL SOCORRO OBREGON DE LEON

I N D I C E

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES
- III. OBJETIVOS
- IV. HIPOTESIS
- V. JUSTIFICACIONES
- VI. MATERIAL Y METODOS
- VII. ANALISIS DE RESULTADOS
- VIII. DISCUSION
- IX. CONCLUSIONES
- X. RECOMENDACIONES
- XI. BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

En la época actual los casamientos tardíos son más frecuentes y traen consigo un aumento en el número de mujeres con Primiparidad tardía (8) a quienes obstéticamente se les considera de alto riesgo, tanto durante el embarazo como en el parto y puerperio; además el recién nacido adquiere un valor particular debido, a que la madre está en el límite de la vida fértil.

Existen publicaciones sobre este tema, exponiendo las complicaciones más frecuentes que se presentan y la Fisiopatología de las mismas basadas en estadísticas realizadas en diferentes países, pero que han tomado diferentes límites de edad para designar a la "Primigesta Añosa" (1. 4, 7).

En el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt se considera Primigesta Añosa" a toda paciente de 35 años o más de edad que va a dar a luz por primera vez.

La edad avanzada tiene una influencia nociva sobre los productos de la concepción y sobre la dinámica del trabajo de parto (8) tal y como lo reportan diferentes estudios (4, 5, 8). En nuestro medio es escasa la información al respecto, por lo que se efectuó el presente trabajo sobre la Primigesta Añosa en el Hospital Roosevelt durante el período comprendido del 1ro. de enero de 1977 al 31 de mayo de 1980.

II. ANTECEDENTES

Uno de los problemas que se presentan al Obstetra es el de la mujer embarazada por primera vez, cuando ya está entrada en años, planteando una serie de peligros y riesgos durante su período prenatal, parto y puerperio; lo mismo que para el porvenir de su hijo (2, 4, 5, 6 y 8).

La definición de "Primigesta Añosa" es variable en la literatura médica mundial, para unos es la embarazada por primera vez a la edad de 30 años o más (1) para otros es de 35 años (4, 5, 7 y 8) y para otros de 40 años de edad (10). La Escuela Escandinávida considera la edad de 30 años como la línea divisoria entre la Primigesta Añosa y la joven, y como consecuencia, sus hallazgos difieren de la Escuela Americana (7). En el concilio internacional de Federaciones de Gineco-Obstetricia efectuado en París en 1,952, se recomendó la edad de 35 años como standard internacional.

En la Primigesta Añosa ha pasado ya la edad, en la cual la gestación cuenta con el máximo de garantía para su prosecución y para la terminación en un parto feliz (4). El útero que durante tantos años ha estado periódicamente y cíclicamente recibiendo influjos nerviosos y hormonales, preparándose para recibir el fruto, va perdiendo su normalidad fisiológica, las fibras musculares dejan de tener dos de sus propiedades fundamentales que son Elasticidad y Contractilidad al haber sido reemplazadas parcial o totalmente por fibras esclerosadas. Si a éste útero fibrosado se le suma la rigidez que sufre con la edad el Cervix y las partes blandas (Vagina, Vulva, y Periné) forman entonces un conjunto al que se debe en gran parte la patología obstétrica de la Primigesta Añosa. Es por eso que su parto debe considerarse como una

distocia potencial o predistocia (4,8).

Numerosos estudios han sido efectuados, unos relacionados con pronóstico y mortalidad perinatal, tales como los de Schlesinger, Kaem, Heseljoy y Amberg (citados por Oliva Girón (2), otros sobre principios de la conducta a seguir que han sido delineados con resultados divergentes (7,11), investigaciones escandinavas hacen hincapié en un mejor pronóstico para neonatos de Primigestas Añosas como resultado de mejores conductas obstétricas (1,7). Como una expresión de declive de fertilidad, Jacobson (citado por Oliva (2), encontró que aquellas mujeres de 35 y 36 años al tiempo de su primer parto, en un 25% dieron nacimiento a otro niño en el período de observación, mientras que pacientes de edad más avanzada (40 años), fué el 9%, comprendiendo con lo antes dicho que el producto de la concepción se considera como un don precioso debido no solamente a que la vida procreativa de la mujer es ta llegando a su fin, sino también el coronamiento de varios años de casamiento e infertilidad.

Alejo Vásquez y Col (1) consideran 3 grupos de pacientes añosas: 1. Pacientes que por una u otra razón han llegado tarde al matrimonio. 2. Pacientes que por esterilidad de varios años conciben tardíamente. 3. Pacientes que viendo aproximarse el ocaso de su vida obstétrica enfrentan valerosamente el sublime don de la maternidad.

Las complicaciones prenatales en este tipo de pacientes son dignas de mención las siguientes: Fibromatosis Uterina-Amenaza de aborto-Cáncer del cuello Uterino-Hipertensión Arterial-Toxemia Gravídica-Diabetes-Prediabetes y-Obesidad-Parto Prematuro (1,2,4,6,10).

El parto de la Primigesta Añosa se considera potencialmen

te distócico ya que en la mayoría de Primigestas Añosas es prolongado, con más frecuencia que en la Primigesta joven (2), el período de dilatación puede durar hasta 48 horas y la expulsión más de 2 horas debido a múltiples causas que dependen del Utero Fibrosado, vicios de rotación, de presentación y a falta de encajamiento por rigidez del segmento inferior y del cérvix así como agotamiento materno, - condiciones que traen como consecuencia sufrimiento fetal y que el parto necesite intervención quirúrgica, siendo mayor que en la joven (1,4,11).

Es más frecuente la hemorragia del alumbramiento por atonía uterina, consecuencia del agotamiento durante el prolongado trabajo de parto, existe pérdida sanguínea también - por desgarrros de partes blandas.

De todo lo expuesto, se deduce que hay mayor morbilidad y mortalidad tanto fetal como materna en la Primigravidez Añosa que en la Joven en igualdad de complicaciones.

III. OBJETIVOS

GENERALES:

1. Aplicar los conocimientos adquiridos respecto al manejo del método científico.
2. Cumplir con el requisito establecido de presentación de trabajo de Tesis.
3. Ampliar los conocimientos sobre los problemas y riesgos de la paciente Primigesta Añosa .
4. Comprobar las Hipótesis planteadas.

ESPECIFICOS:

1. Conocer la incidencia de pacientes Primigestas Añosas que consultan al Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.
2. Conocer la incidencia y tipo de complicaciones que presenta la Primigesta Añosa (en el embarazo, parto y puerperio) del Hospital Roosevelt y la forma de resolverlos.
3. Conocer las características de los recién nacidos hijos de pacientes Primigestas Añosas que asisten al Hospital Roosevelt.
4. Utilizar las fichas clínicas como fuente de información para mejorar nuestros conocimientos con datos propios.

IV. HI POTESIS

Las hipótesis planteadas para el presente estudio sobre "La Primigesta Añosa en el Hospital Roosevelt" son:

"LA INCIDENCIA DE DISTOCIAS ES ALTA EN LAS PACIENTES CON PRIMIPARIDAD TARDIA"

"LA INCIDENCIA DE DISTOCIAS ES MAS ALTA EN LAS PACIENTES PRIMIGESTAS AÑOSAS QUE EN LAS PRIMIGESTAS JUVENILES"

VI. MATERIAL Y METODOS

MATERIAL

El material para el presente estudio lo constituyen los 27 913 partos de 38,33 semanas gestacionales a término de la División de Obstetricia del Hospital Roosevelt, durante los períodos del 1 de enero de 1960 al 31 de diciembre de 1961. Los datos de los partos se obtuvieron de los registros de la División de Obstetricia y Ginecología del Hospital Roosevelt, los cuales se analizaron en un estudio retrospectivo.

V. JUSTIFICACIONES

Sabiendo el riesgo a que está sujeta la Primigesta Añosa y que en la actualidad este tipo de pacientes ha aumentado, es conveniente y necesario contar con un estudio de experiencias propias que nos muestre el comportamiento obstétrico de este grupo de población durante el embarazo, parto y puerperio, así como las características de los Recién Nacidos, ya que en nuestro medio es muy poco lo publicado al respecto.

VI. MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

El material para el presente trabajo lo constituyeron 51,913 partos de 68,827 ingresos atendidos en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt comprendidos en el período del 1ro. de enero 1977 al 31 mayo 1980, de los cuales se utilizaron los datos de aquellas pacientes primigestas mayores de 35 años de edad a su ingreso; siendo éstas un total de 96.

METODO:

Se utilizó el método Científico inductivamente de la siguiente manera:

- Búsqueda en el libro de anotaciones de partos atendidos, el nombre de las pacientes mayores de 35 años de edad.
- Búsqueda del número de Registro Médico a través del nombre, en el libro del Departamento de Archivo del Hospital Roosevelt.
- Selección de las pacientes de 35 años y más de edad que se clasificaron como Primigestas.
- Obtención de los siguientes datos: Edad, Estado Civil, Grupo Etnico, Ocupación, Residencia, Educación, Control Prenatal, Características del Embarazo, Parto y Puerperio, Procedimientos que se realizaron (Pelvimetría, Maniobras Obstétricas, etc). Características del Recien nacido.
- Análisis de los Resultados
- Presentación de datos mediante cuadros estadísticos
- Discusión de resultados
- Conclusiones
- Recomendaciones

VII. ANALISIS Y RESULTADOS

CUADRO No. 1

DEPARTAMENTO DE MATERNIDAD

HOSPITAL ROOSEVELT

PERIODO DEL 1ro. DE ENERO DE 1977 AL 31 DE MAYO 1980

TOTAL DE INGRESOS	No. TOTAL DE PARTOS	No. DE PARTOS EN PACIENTES DE 35 Y MAS AÑOS DE EDAD	No. DE PARTOS EN PACIENTES PRIMIPARAS DE 35 Y MAS AÑOS EDAD
68,827	51,913	3,527	96

En el cuadro No. 1 vemos que del total de partos atendidos, el 0.18% corresponde a pacientes Primigestas Añosas (96) y al 2.72% del total de pacientes mayores de 35 años de edad.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION ETAREA

EDAD	No. DE CASOS	PORCENTAJE
35 años	27	28%
36 años	20	21%
37 años	16	16%
38 años	4	5%
39 años	8	8%
40 - 44 años	21	22%
45 años y más	0	0%
TOTAL	96	100%

Respecto a la edad, el 49% lo representan pacientes comprendidos entre los 35 y 36 años de edad, el 22% (21 casos) corresponde a pacientes entre la edad de 40 y 44 años de edad; vemos que por encima de esta edad no hay embarazo, lo que coincide con el fin de la etapa reproductiva.

CUADRO No. 3

ESTADO CIVIL

ESTADO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Soltera	34	35.4%
Casada	21	21.8%
Unida	41	42.8%
TOTAL	96	100.0%

Notamos que el estado civil que predomina es el Unido (42.8%) forma usual de convivencia en nuestro medio, teniendo relativamente un porcentaje alto de madres solteras (35.4%).

CUADRO No. 4

GRUPO ETNICO

GRUPO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Ladino	86	89.5%
Indígena	8	8.5%
Otros	2	2.0%
TOTAL	96	100.0%

El grupo Etnico que predomina es el ladino, correspondiente a un 89.5% teniendo un 8.5% de indígena y un 2% no especificado.

CUADRO No. 5

RESIDENCIA

CAPITAL	OTROS
79 (82.2%)	17 (17.8%)

La mayoría de pacientes (82.2%), residen en la capital, aunque un porcentaje alto son originarias de otros departamentos, pero en el momento del parto se encontraban en esta ciudad.

CUADRO No. 6

EDUCACION

	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Alfabetas	70	73%
Analfabetas	26	27%
TOTAL	96	100%

Se demuestra que del total de pacientes, el 73% saben leer, porcentaje considerado alto en este grupo etare o y en relación a la población total.

CUADRO No. 7

RELIGION

RELIGION	No. CASOS	PORCENTAJE
Católica	90	93.6%
Otras	5	5.3%
Ignorado	1	1.1%
TOTAL	96	100.0%

En 90 pacientes del estudio, refieren ser católicas, que corresponde al 93.6%.

CUADRO No. 8

OCUPACION

OCUPACION	No. CASOS	PORCENTAJE
Oficios Domésticos	86	89.6%
Enfermera	3	3.1%
Comerciante	3	3.1%
Modista	2	2.1%
Secretaria	1	1.05%
Maestra	1	1.05%
TOTAL	96	100.00%

El mayor porcentaje pertenece a oficios domésticos (89.6%) teniendo un 10.4% de otras ocupaciones, siendo de esperarse por el grupo Socio-Económico que asiste al Hospital.

CUADRO No. 9

CONTROL PRENATAL

CONTROL PRENATAL	No. CASOS	PORCENTAJE
Sí	52	54.2%
No	44	45.8%
TOTAL	<u>96</u>	<u>100.0%</u>

Solamente 52 pacientes (54.2%) tuvieron control prenatal mientras que el 45.8% no recibió dicha atención médica.

CUADRO No. 10

PELVIMETRIA

PERIODO EN QUE SE REALIZO	No. CASOS	PORCENTAJE
Durante el trabajo de parto	33	89.2%
Durante el Embarazo	4	10.8%
TOTAL	<u>37</u>	<u>100.0%</u>

Se realizaron un total de 37 pelvimetrías que corresponden al 38.5% de los casos estudiados. Vemos que el 89.2% fueron tomadas durante el Trabajo de Parto y 10.8% en el Tercer Trimestre de Gestación lo que deja ver la existencia de problemas durante el trabajo de parto de las primigestas añosas.

CUADRO No. 11

CARACTERISTICAS DE LA PELVIS SEGUN PELVIMETRIA

TIPO	No. CASOS	PORCENTAJE
Pelvis Amplia	12	32%
Pelvis Límite	10	28%
Pelvis Estrecha	15	40%
TOTAL	<u>37</u>	<u>100%</u>

El más alto porcentaje (68%) corresponde a Pelvis Estrecha y Límite lo que es en sí la causa más frecuente de distocias (ver cuadro No. 18) el 32% fue catalogado como Pelvis Amplia.

CUADRO No. 12

RUPTURA DE MEMBRANAS OVULARES

TIPO RUPTURA	ESPONTANEA	ARTIFICIAL
HORAS ANTES DEL PARTO	No. CASOS	
Menor de 2 horas	9	23
De 2 a 6 horas	8	12
Mayor de 6 horas	32	5
TOTAL	<u>49 (55%)</u>	<u>40 (45%)</u>

* SE IGNORA EN 7 CASOS.

Se observa que el 55% fue ruptura espontánea y en el 45% se efectuó amniotomía método utilizado para agilizar el parto.

Es de notar que la mayoría de ruptura artificial fue menor de 6 horas antes del parto, no así la ruptura espontánea, que fue a la inversa, siendo ruptura prematura de membranas en 16 casos (ver cuadro No. 18), existiendo Corioamnionitis sólo en 2 casos (12.2% del total de Ruptura Prematura de membranas).

CUADRO No. 13

PRESENTACION FETAL

PRESENTACION	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Cefálica	86	90%
Pelviana	8	8%
Situación Transversa	2	2%
TOTAL	96	100%

En el 90% de los casos la presentación fue Cefálica, correspondiente al 8% a la presentación Pelviana. Hubo dos casos de situación Transversa, la cual representa el 2% restante. No hubo presentaciones cefálicas Deflexionadas.

CUADRO No. 14

PROBLEMAS DEL TERCER TRIMESTRE

PROBLEMA	No. CASOS	PORCENTAJE DE CASOS	PORCENTAJE TOTAL CASOS
Preeclampsia (total casos)	18	51.6%	18.7%
Preeclampsia Leve	3		
Preeclampsia Moderada	10		
Preeclampsia Severa	5		
Hipertensión Arterial Esencial	1	2.7%	1.1%
Ruptura Prematura de Membranas	16	45.7%	16.6%
TOTAL	35	100.0%	36.4%

Del total de pacientes el 36.4% presentó problemas en el Tercer trimestre de la gestación, siendo más frecuentes la Preeclampsia y la Ruptura Prematura de membranas correspondiendo al 51.6% y 45.7% respectivamente. Y al 18.7% y 16.6% del total de casos.

CUADRO No. 15

DURACION TOTAL DEL TRABAJO DE PARTO

TIEMPO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Menor de 12 horas	36	37.5%
12 a 24 horas	33	34.4%
Mayor de 24 horas	20	20.8%
No reportado	7	7.3%
TOTAL	96	100.0%

Podemos decir con respecto a la duración del Trabajo de parto, en el 71.9% este fue menor de 24 horas, encontrando 20 casos, (20.8%) con duración mayor de 24 horas, considerándolo como Trabajo de Parto Prolongado. (Es necesario aclarar que el inicio de Trabajo de Parto es dato subjetivo).

CUADRO No. 16

DURACION DEL TERCER PERIODO

TIEMPO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Menor de 10 minutos	30	31.2%
De 10 a 30 minutos	27	28.1%
Mayor de 30 minutos	2	2.1%
No reportados	37	38.6%
TOTAL	96	100.0%

En 57 pacientes (59.3%) el Tercer Período duró menos de 30 minutos, reportados dos casos (2.1%) con más de 30 minutos, uno fue problema de Acretismo Placentario (ver Cuadro No. 24)

Es de hacer notar que en un alto porcentaje el 38.6% no está anotada la duración del tercer período.

CUADRO No. 17

TIPO DE PARTO

TIPO				
Simple	42 (43.7%)	53 (55.2%)	95 (98.9%)	
Gemelar	0	1 1.1%	1 1.1%	
TOTAL	42 (43.7%)	54 (56.3%)	96 (100.0%)	

Vemos que en el 56.3% de las pacientes, la resolución del embarazo fue por parto Distósico, un gemelar, correspondiendo el 43.7% a Partos Eutósicos Simples.

CUADRO No. 18

CLASE DE PROBLEMA QUE DIO ORIGEN A LA DISTOCIA

CAUSA	No. CASOS	PORCENTAJE	PORCENTAJE TO TAL CASOS
Estrechez Pélvica	11	20.5%	11.45%
Estrechez Pélvica más Sufrimien- to fetal	1	1.8%	1.04%
Estrechez Pélvica más despropor- ción cefalopélvica	3	5.6%	3.12%
Desproporción cefalopélvica	4	7.5%	4.16%
Desproporción Cefalo Pélvica más sufrimiento fetal	1	1.8%	1.04%
Desproporción Feto Pélvica	1	1.8%	1.04%
Sufrimiento Fetal Intenso	3	5.6%	3.12%
Sufrimiento Fetal más Preeclampsia severa	1	1.8%	1.04%
Sufrimiento Fetal más Paro en Ex- pulsión	1	1.8%	1.04%
Sufrimiento Fetal más Inminencia de Ruptura Uterina	1	1.8%	1.04%
Inminencia de Ruptura Uterina	1	1.8%	1.04%
Paro en Expulsión	10	18.6%	10.56%
Paro en Transversa	2	3.8%	2.08%
Falta descenso y dilatación	3	5.6%	3.12%
Preeclampsia severa más induccio- nes fallidas	2	3.8%	2.08%
Preeclampsia severa más Leiomio- ma	1	1.8%	1.04%
Ruptura de membranas más falta de descenso	1	1.8%	1.04%
Ruptura Prematura de Membranas	1	1.8%	1.04%
Ruptura Prematura de Membranas más Fibromatosis	1	1.8%	1.04%
Ruptura Prematura de Membranas más Inducción Fallida	1	1.8%	1.04%
Feto en Situación Transversa	2	3.8%	2.08%
Leiomiomatosis	1	1.8%	1.04%
Feto Post. maduro y valioso	1	1.8%	1.04%
TOTAL	54	100.0%	56.33%

Como observamos, la mayor causa de Distocia es la Estrechez Pélvica, correspondiendo a un 20.5% de las distocias encontradas y 11.48% del total de casos, teniendo además un alto porcentaje de distocias dinámicas (Paro en expulsión), correspondiéndole el 18.6% del total de distocias y 10.64% del total de casos. Es de hacer notar la falta de elasticidad del periné debido a la edad, según como lo describe la literatura citada, tomándolo también como posible causa de la distocia dicha.

FORMA EN QUE SE RESOLVIO EL PROBLEMA

PROCEDIMIENTO	No. CASOS	PORCENTAJE DE PARTOS DISTOCICOS	PORCENTAJE DEL TOTAL PARTOS
Cesárea	39	72.2%	40.7%
Forceps	15	27.8%	15.6%
TOTAL	<u>54</u>	<u>100.0%</u>	<u>56.3%</u>

CUADRO No. 20

TIPO DE PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO	No. CASOS	PORCENTAJE DE PARTOS DISTOCICOS	PORCENTAJE DEL TOTAL PARTOS
Cesárea Segmentaria Transperitoneal	37	68.5%	38.4%
Cesárea Corporea	2	3.7%	2.3%
Forceps Bajo	13	24.1%	13.3%
Forceps Medio	2	3.7%	2.3%
TOTAL	<u>54</u>	<u>100.0%</u>	<u>56.3%</u>

El 68.5% de los partos Distócicos fueron resueltos por Cesárea Segmentaria Transperitoneal y el 24.1% por Forceps Bajo, teniendo 3.7% de Forceps medio y 3.7% (2 casos) cesárea corpórea (indicadas por Leiomioma.) Se encontró un porcentaje de 40.7% de cesáreas sobre el total de partos estudiados, considerado altísimo.

CUADRO No. 21

CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO

APGAR A LOS 5 MINUTOS

PUNTEO	No. CASOS	PORCENTAJE
0 puntos	1	1.03%
1 - 3 puntos	0	
4 - 6 puntos	3	3.09%
7 - 10 puntos	90	92.79%
Malas condiciones	1	1.03%
No reportados	2	2.06%
TOTAL	97	100.00%

P E S O

PESO EN LIBRAS	No. CASOS	PORCENTAJE
Menor de 4.7	4	4.12%
De 4.8 - 7 libras	70	72.16%
De 7.1 - 9 libras	22	22.69%
Más de 9.1 libras	1	1.03%
TOTAL	97	100.00%

S E X O

SEXO	No. CASOS	PORCENTAJE
Masculino	57	58%
Femenino	40	42%
	97	100%

En casi la totalidad de Recién Nacidos del presente estudio, presentaron Apgar mayor de 7 puntos a los 5 minutos (92.79%), el 3.09% presentó un APGAR de 4 a 6 puntos a los 5 minutos teniendo un caso (1.03%), con APGAR de 0 puntos a los 5 minutos, el cual nació muerto. En un caso reportaron al Recién Nacido en Malas condiciones y en 2 casos no reportaron el estado del Recién Nacido. Todos los casos (excepto en el Recién Nacido con Apgar 0 puntos) egresaron en Buenas Condiciones.

Respecto al peso, el 72.16% pesaron de 4.8 a 7 libras el 22.69% pesaron entre 7.1 a 9 libras de peso, teniendo el 1.03% mas de 9.1 libras de Peso.

El 58% fueron masculino y el 42% femeninos.

Además se reporta un parto Gemelar Bivitelino, ambos Recién Nacidos con buen APGAR y peso. 1 caso de Mongolismo (la madre con 37 años de edad) y caso de Premadurez, 1 caso de luxación congénita de cadera, y 6 que nacieron bañados en meconio.

PROBLEMAS DEL TERCER PERIODO

PROBLEMA	No. CASOS	PORCENTAJE	PORCENTAJE TO- TAL CASOS
Acretismo Placentario	1	33.3%	1.04%
Atonía uterina	1	33.3%	1.04%
Retención de Restos placen- tarios	1	33.3%	1.04%
TOTAL	3	100.0%	3.12%

El 3.12% de las pacientes estudiadas presentaron problemas en el tercer período.

El Acretismo Placentario fué resuelto por Histerectomía Abdominal total (ver cuadro No. 24).

El caso de Atonía Uterina respondió a la administración de Oxitócicos.

En la retención de restos se resolvió por Legrado Uterino Instrumental.

CUADRO No. 23
TIPO DE PUERPERIO

TIPO	No. CASOS	PORCENTAJE
Normal	87	90%
Patológico	9	10%
TOTAL	96	100%

CUADRO No. 24

PROBLEMAS DEL PUERPERIO PATOLOGICO

PROBLEMA	No. CASOS	PORCENTAJE	PORCENTAJE TO TAL CASOS
Endometritis	3	33.3%	3.12%
Infección Episiorrafia	1	11.1%	1.04%
Infección Herida operato- ria	2	22.3%	2.08%
Endometritis más infección Episiorrafia	1	11.1%	1.04%
Bronconeumonía	1	11.1%	1.04%
Embolia Pulmonar más Bron- coneumonía	1	11.1%	1.04%
	<u>9</u>	<u>100.0%</u>	<u>9.36%</u>

En el 90.64% de los casos el puerperio fué normal, siendo la mayor complicación la Endometritis (3 casos), más 1 caso con infección de Episiorrafia, 1 caso de Bronconeumo-
nía más Embolia Pulmonar y Cerebral que ocasionó la muerte de la paciente, quien des-
pués de dar a luz por vía vaginal, presentó Acretismo Placentario, se intentó extraer la
placenta manualmente, no siendo posible, se realizó Histerectomía Abdominal total.

CUADRO No. 25

OTROS DIAGNOSTICOS ENCONTRADOS

PROBLEMAS	No. CASOS	PORCENTAJE	PORCENTAJE TOTAL
Fibromatosis Uterina	12	50 %	12.50%
Anemia Severa	5	20.8%	5.20%
Papilomatosis	1	4.1%	1.05%
Epilepsia	3	12.8%	3.12%
Quiste Roto del Ovario	1	4.1%	1.04%
Hematemesis	1	4.1%	1.04%
Flebitis	1	4.1%	1.04%
TOTAL	<u>24</u>	<u>100.0%</u>	<u>24.99%</u>

En el 12.5% de las pacientes del estudio se encontró problema de Fibromatosis Uterina.

CUADRO No. 26

FORMA EN QUE SE RESOLVIO EL EMBARAZO DE LA PRIMIGESTA AÑOSA CON FETO EN PRESENTACION PELVIANA

TIPO DE PARTO	No. CASOS	PORCENTAJE
Parto Eutócico Simple	3	37.5%
Parto Distócico Simple	5	62.5%
	<u>8</u>	<u>100.0%</u>

El 62.5% de los casos de presentación Pelviana se resolvió por Cesárea Segmentaria Transperitoneal.

En la totalidad de este grupo se realizaron 4 Pelvimetrías de las que dos fueron reportadas como Pelvis Estrechas, en las cuales el parto se resolvió por Cesárea. Una Pelvis Amplia, siendo Parto Eutócico, y una Pelvis Límite, por lo que se efectuó Cesárea Segmentaria Transperitoneal indicada por falta de descenso y dilatación.

Las indicaciones de las otras dos cesáreas fueron:

- Desproporción Feto-Pélvica 1 caso (el Récién Nacido pesó 8 libras)
- Sufrimiento Fetal más Preeclampsia Moderada 1 caso.

CUADRO No. 27

CARACTERISTICAS DE LOS RECIEN NACIDOS DE LOS PARTOS ATENDIDOS EN LA PRIMIGESTA AÑOSA CON PRESENTACION PELVIANA

APGAR

PUNTEO	No. CASOS	PORCENTAJE
0 puntos	0	
1 a 3 puntos	0	
4 a 6 puntos	0	
7 a 10 puntos	7	87%
Ignorado	1	13%
TOTAL	<u>8</u>	<u>100%</u>

La totalidad de los casos presentaron APGAR mayor de 7 puntos (excepto un caso que no fue anotado)

P E S O

PESO	No. CASOS	PORCENTAJE
Menor de 4.7 libras	0	0.
De 4.8 a 7 libras	7	87.5%
De 7.1 a 9 libras	1	12.5%
Mayor de 9.1 libras	0	
TOTAL	<u>8</u>	<u>100.0%</u>

El 87.5% de los recién nacidos tuvieron un peso entre 4.8 libras a 7 libras y el 12.5% un peso mayor de 7.1 libras.

DISCUSION DE RESULTADOS

- En nuestro estudio no es posible incluir la clasificación que hace Alejo y Velásquez, (1) respecto a la razón de la Primiparidad Tardía (Pacientes que han contraído matrimonio tarde, pacientes que han sido estériles por varios años y pacientes solteras), por no contar con las fichas clínicas con este tipo de datos (Socio económicos).

- El grupo étnico predominante es el Ladino y la mayoría de las pacientes residen en la capital, siendo similar al grupo de pacientes primigestas Juveniles, en el Hospital Roosevelt, estudiadas por Contreras González, (3) así como también la Religión en su mayoría son católicas.

Se considera que el control prenatal es deficiente, pues lo tuvo el 54% de las pacientes, limitándose en algunos casos a una o dos consultas, dato que coincide con el grupo estudiado por Contreras González (3) sobre la Primigesta Juvenil en el Hospital Roosevelt.

Respecto a los problemas encontrados en el Tercer Trimestre, los más frecuentes fueron: Preeclampsia en un 18.7% de la población estudiada y Fibromatosis Uterina en un 12.5% No encontrando casos de Cáncer de Cuello Uterino, amenaza de aborto, Diabetes y Obesidad. Citadas por Dardón Díaz. (4)

Por cada 10 partos atendidos en Presentación Cefálica 1 tuvo presentación Pelviana, y por cada 47 partos atendidos en situación Longitudinal se reportó 1 en situación transversa, no coincidiendo con los datos de Schuwartz (1 presentación pelviana por cada 33 en representación cefálica y 1 en situación transversa por cada 200 en situación longitudinal).

En el 20.8% de los casos estudiados, el trabajo de parto duró mas de 24 horas, considerándolo alto, tal como lo describe Aguero y Kisser. (2) Siendo más alto que en la Primigesta Juvenil estudiadas por Contreras, que es de 14.90%.

El 56.33% de los partos fueron Distócicos, porcentaje altísimo en relación al porcentaje general de distocias del Hospital Roosevelt, que es de 12%, al igual que en relación a la primigesta juvenil que es del 10%, lo que demuestra el alto riesgo del embarazo en la Paciente Primigesta Añosa, referido por Vega. (11)

Se encontró un total de 14 casos de Sufrimiento Fetal, correspondiendo al 14.4% de la población estudiada, considerada alto como lo describe Dardón Vega y Alejo. Como lo es también en pacientes Primigestas Juveniles. (Estudiadas por Contreras en el Hospital Roosevelt).

Respecto a los Recién Nacidos de éstas pacientes únicamente 3 casos presentaron APGAR menor de 6 puntos (un mortinato), 4 tuvieron peso menor de 4.3 libras, contando con un 72.16% con peso mayor de 4.8 libras, en la mayoría fueron masculinos.

Aunque consideran de alto riesgo al recién nacido de la primigesta añosa, en este estudio no fue alto, posiblemente por la conducta obstétrica que fue tomada oportunamente.

Respecto a la mortalidad, tanto fetal como materna fue del 1%, coincidiendo con la opinión de Vega.

En el tercer período, hubo porcentaje bajo de problemas, 1 caso de Acretismo Placentario, 1 caso de Atonía úte-

rina, 1 caso de retención de restos placentarios, éste último más debido a las características de la atención del parto.

En el 12.5% se encontró fibromatosis uterina, característico de las pacientes añosas.

Considero que existe un buen manejo de la paciente primigesta añosa ya que a pesar del alto porcentaje de problemas que presentan, del deficiente control prenatal, encontré un alto porcentaje de parto feliz, tanto para la paciente como para el recién nacido, aunque la mayoría fué parto dístico, las indicaciones lo justificaban.

CONCLUSIONES

- 1.- La incidencia de pacientes Primigestas Añosa en este grupo de estudio fue de 0.18%.
- 2.- Debe considerarse como Primigesta Añosa a toda paciente Embarazada por primera vez, de 35 años o más de edad.
- 3.- Toda Primigesta Añosa debe considerarse de alto riesgo.
- 4.- La mayor edad reportada en nuestro estudio fue de 43 años.
- 5.- La presentación que predomina es la de Vértice.
- 6.- El control prenatal en nuestro medio es deficiente, en especial para este grupo.
- 7.- La Pelvimetría ha de realizarse durante el trabajo de parto.
- 8.- Por cada 550 partos atendidos en el período estudiado, 1 parto corresponde a Primigesta Añosa.
- 9.- Las complicaciones del embarazo más frecuente de la Primigesta Añosa son las Preeclampsia y la Ruptura Prematura de Membranas ovulares.
- 10.- La incidencia de distocias (58.4%) es altísima en el grupo estudiado. Lo que confirma las hipótesis planteadas.
- 11.- En un 20.8% de la población estudiada el parto fue pro-

longado.

- 12.- El parto de Podálica es distócico en su mayoría, para este grupo.
- 13.- El estado del recién nacido es bueno tanto para Parto en Cefálica, como en pelviana, independientemente de su resolución.
- 14.- Las causas más frecuentes de distocias fueron anomalías de tránsito (Pelvis Estrecha, Desproporción Cefalopélvica), anomalías dinámicas (paro en expulsión) y por ruptura prematura de membranas.
- 15.- El peso del recién nacido es similar respecto a la población en general.
- 16.- El porcentaje de cesáreas (40.7%) es más alto respecto a la población general.
- 17.- La Mortalidad Fetal fue bajo (1.03%).
- 18.- La Mortalidad Materna fue de 1.04%.

RECOMENDACIONES

- 1.- Considerar a la Paciente Primigesta añosa como de alto riesgo Obstétrico.
- 2.- Hacer la evaluación radiológica de la pelvis durante el trabajo de parto.
- 3.- Hacer ver a las pacientes la importancia del control prenatal.
- 4.- Escribir la mayoría de datos posibles tanto de la paciente gestante como del recién nacido en el Historial Clínico.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alejo Velásquez M. y Col. "El Problema de la Primigesta Añosa" Rev. Ginecología y Obstetricia de México, 21:89 1,966.
- 2.- Agüero O. y Keser R. "Influencia de la edad y paridad sobre algunos aspectos obstétricos" Rev. de Obstetricia y Ginecología de Venezuela Volumen XXXIV, No. 4, 1,974 Pag. 373-385.
- 3.- Contreras González C., Tesis "La Primigesta Juvénil en el Hospital Roosevelt, previo a optar el título de Médico y Cirujano 1,979, Guatemala.
- 4.- Dardón Díaz D., "Consideraciones sobre la primigravidez Añosa, sus problemas y riesgos" Rev. del Colegio de Médicos de Guatemala, Pag. 77-80, 1,964.
- 5.- Hellman L. y Pritchard J. "Factores que influyen sobre el Pronóstico del parto" obra Obstetricia de Williams, - Salvat Editores, Cuarta reimpresión 1,976, de primera edición de 1,973, Pag. 345.
- 6.- Muller G. y Col. "Embarazo de Alto Riesgo" Rev. - Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Vol XXXVI No. 3, 1,976 Pag. 505-512
- 7.- Oliva Girón D., Tesis "La Primigesta Añosa" previo a optar el título de Médico y Cirujano 1,964, Guatemala.
- 8.- Schwarcz R., Obstetricia Obra Librería El Ateneo Edi-

torial Buenos Aires Argentina, Cuarta Reimpresión 1,977, tercera edición 1,973, Pag. 106.

- 9.- Szczedrín E. y Col. "Encuesta sobre algunos Aspectos de la Pareja primigrávida" Rev. de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Vol. 38, No. 4, 1,978 Pag. 225-228.
- 10.- Uranga Imaz F., Obstetricia Práctica Frigerio Artes Gráficas, Perú 1,966, Pag. 107.
- 11.- Vega M. y Col. "Cesáreas en la Nulíparas Añosas" Rev. Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 28, año XXV, número 170, Dic. 1,970, Pag. 601.



Dr. María del Socorro Obregón de León
María del Socorro Obregón de León

Asesor.

Dr. Carlos F. Contreras Gónzales



Dr. Eduardo Fuentes Spross
Revisor.
Dr. Eduardo Fuentes Spross

Director de Fase III
Dr. Héctor Nuila

Dr. Raúl Castillo R.
Secretario
Dr. Raúl Castillo R.

Dr. Rolando Castillo Montalvo
Decano.
Dr. Rolando Castillo Montalvo

Bo.