

11217
94
zey



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA

“Revisión de una Serie de 51 Pacientes con Diagnóstico de “Primigesta Añosa” que Asistieron al Departamento de Obstetricia y Perinatología del C. H. “20 de Noviembre” Durante un Periodo Comprendido Entre Enero 1982 a Diciembre de 1983.”

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
DR. MIGUEL ANGEL VALDES NIEBLAS

C. H. "20 DE NOVIEMBRE" I.S.S.S.T.E.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1985



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Pags.
Introducción	1
Objetivos.	4
Generalidades.	6
Material y Metodos.	24
Resultados.	27
Análisis y Comentarios.	44
Conclusiones.	58
Bibliografía.	61

INTRODUCCION

Es ya conocido por un gran número de obstetras que, la primigesta añosa es una paciente que tiene características propias que la diferencian de la embarazada joven tanto en la evolución del embarazo y del parto como en el pronóstico de la madre y el producto. Estas diferencias se atribuyen al envejecimiento de los tejidos del organismo materno o a padecimientos que, en el transcurso de los años se van agregando y que al coincidir con un embarazo, causan complicaciones que, en la embarazada joven, son raras.

Más aún, la mujer que tiene su primer embarazo en la cuarta o quinta década de la vida, es una mujer que llega con retraso a la época de fertilidad. Su organismo puede encontrarse afectado por complicaciones previamente mencionadas. Así mismo, se acerca a la época en que su función procreadora llegará al límite, presentándose el período climatérico y con ello la menopausia; por lo que el anhelo de estas mujeres es el lograr un hijo vivo, en que el obstetra tendrá que observar medidas apropiadas al caso, desatendien-

do en ocasiones, normas generales. (1, 2)

La primigesta añosa es uno de los muchos - problemas que se presentan al obstetra y al médico -- general, dado que se plantean una serie de interrogantes relacionadas fundamentalmente con la evolución prenatal y obstétrica y el pronóstico del producto. (3)

Existen varios grupos de primigestas añosas que por diversas circunstancias han llegado a -- serlo.

Existen aquellas que habiendo iniciado su vida sexual tempranamente, han tenido que esperar por problemas de fertilidad, a tener un hijo que les resuelva problemas de hogar, sentimentales, de relaciones matrimoniales o económico-sociales. Otras mujeres llegan al matrimonio en edad avanzada y desean tener lo más pronto posible, uno o más hijos vivos.

Existe otro grupo de mujeres menos numeroso que, siendo solteras y de edad avanzada, no quieren dejar de pasar por esta vida sin un hijo. (4)

En nuestros días, los cambios que se suceden rápidamente en el mundo moderno, sitúan a un número --

significativo de mujeres, en una era de completa participación activa en las diversas áreas, ya sea político-sociales, económicas, laborales, profesionales, etc. La ideología femenina ha desplazado su papel de madre a etapas posteriores a la tercera década, abriéndose paso ante todo a una realización personal dentro del contexto de la sociedad actual.

Así mismo, el factor económico se vuelve decisivo en un gran número de parejas jóvenes que necesitan el trabajo remunerativo de ambos, para alcanzar un nivel de vida aceptable.

No se debe olvidar, que todo esto se ve favorecido, por el fácil acceso y manejo de los medios contraceptivos, que en la actualidad son utilizados por una gran mayoría, y que en mucho, enmarcan esta nueva y cambiante etapa de la mujer.

Conforme transcurra el tiempo, los factores mencionados contribuirán a la presencia de un mayor número de casos de primigesta añosa en la consulta ginecológica. (5)

Dentro de la literatura, no se encuentra in-

formación actualizada, que se refiera a los recursos -- tecnológicos perinatólogicos del momento, por lo que , - en gran medida no esclarecen las inquietudes del mé- - dico, al respecto.

Por lo anterior, se considera que la presente revisión, será de utilidad, ya que es un paso más -- en la búsqueda de un manejo más eficaz en la mujer que se embaraza después de los 35 años de edad.

OBJETIVOS

Analizar los casos de primigestas añosas que fueron vistos en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del C.H. "20 de Noviembre", I.S.S.S.T.E. en el periodo comprendido del 1° de enero de 1982 al 31 de diciembre de 1983 a fin de:

- 1.- Conocer su frecuencia, los antecedentes personales y ginecológicos, control prenatal (número de consultas, incremento ponderal, complicaciones del primero, segundo y tercer trimestre del embarazo), la edad gestacional a la terminación del embarazo, el registro cardiotocográfico, trabajo de parto (horas de duración) y la resolución del mismo (parto eutóxico, distócico, cesárea y legrado uterino).
- 2.- Determinar las enfermedades asociadas con mayor frecuencia al embarazo de mujeres de más de 35 años de edad.
- 3.- Determinar en que casos esta indicada la operación cesárea, en las primigestas añosas.

- 4.- Valorar las características de los recién nacidos, por medio del peso y el método de Apgar.
- 5.- Determinar la morbilidad y mortalidad materna en la primigesta añosa.
- 6.- Comparar con diversas estadísticas nacionales y - extranjeras, las variables (edad, antecedentes heredo familiares, antecedentes personales patológicos, menarca, ritmo, inicio de vida sexual activa, edad -- gestacional, incremento ponderal, amenaza de aborto, infecciones, registro cardiotocográfico, horas de -- trabajo de parto, resolución del embarazo, control - de la fertilidad, consultas prenatales, Apgar y peso del producto, presión arterial de la paciente y peso placentario) expuestas en esta entidad.

GENERALIDADES

ANTECEDENTES.

1.- DATOS HISTORICOS.

Desde el Siglo XVIII, Mauriceau, Smellie y -- Denham introdujeron el término de "primigrávida añosa", catalogándola como de alto riesgo, por lo que no es un concepto nuevo.

Newell(7), Stanton(9) y Wyler(10) en sus estudios refieren la rareza de embarazos en edades avanzadas.

Koren(8) reporta una serie de 395 embarazadas de 40 años o más y 7 casos de gestaciones en mujeres de 50 o más años, todas de origen oriental; en las que las edades máximas de embarazo fueron de 53 y 54 años. Dentro de su estadística menciona a mujeres no orientales, en las cuales no encontró embarazos a la edad de 50 o más años; concluyendo que existe una influencia racial sobre este aspecto. Corroborando lo demostrado en este renglón, por "U.S. Vital Statistics" en los --

...7

E.E.U.U., al encontrar la proporción de embarazadas - sobre los 50 años, entre blancas y negras a una proporción de 3 a 1.

Fue hasta el año de 1958, cuando el Concilio de la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras estableció que cualquier mujer de 35 o más años de edad, que se embarazara por primera vez, fuera llamada "primigesta añosa", esto debido a que varios autores habían encontrado problemas médicos y biológicos en esta edad materna.

Cabe mencionar, que este término no fué aceptado uniformemente ya que autores como Kane(11) y -- Hurger(12) consideran que debe tomarse en cuenta el término a partir de los 40 años. Algunos otros como -- Alejo y Cols.(13) sugieren que debe emplearse desde -- los 30 años. Hasta la fecha, no se han introducido modificaciones que sean universalmente aceptadas.

En esta revisión, se tratará de demostrar -- que la edad de 35 años, es un número místico, que etiqueta a las mujeres como "añosas". Se debe individualizar cada caso para establecer el término correctamente.

El embarazo en una mujer añosa se considera como de "alto riesgo", ya que estas pacientes son más propensas a padecer: alteraciones metabólicas, enfermedad vascular crónica hipertensiva, cardiopatía valvular, enfermedad hipertensiva aguda del embarazo, miomas uterinos, trastornos del trabajo de parto, los cuales influyen negativamente en la evolución del embarazo. (22)

La incidencia que se encuentra dentro de -- la literatura, es de .55% en el estudio de Martínez y -- Beltrán(3); de .68% en el de Alejo(13) y de 2.47% para -- Routi(14) en México. Mientras que en el estudio de Morrison(6) realizado en Canadá, la incidencia fue de .63%.

En Estados Unidos, concretamente en el Estado de Nueva York, Weisl(15) reporta una incidencia de 1.2%; Horger III(12) de la Universidad del Sur de Carolina, un 1.62% y Schmitz(16) del Lewis Memorial un .83%. En Zambia Wadhawan(17) reporta un 1%.

Algunos de los autores que reportaron las -- incidencias señaladas mencionan a la primigesta añosa -- sa como sinónimo de la nulípara añosa.

ANTECEDENTES MEDICO QUIRURGICOS.

Enfermedad hipertensiva:

Entre los antecedentes médicos comunmente -- encontrados en el grupo de las primigestas añosas figura la hipertensión crónica. Se ha visto un aumento - en la incidencia de la hipertensión arterial esencial con la edad, tomando en cuenta, grupos étnicos, geográficos, nivel socio-económico, etc.

Reportes de la Clínica Mayo, han mostrado que la frecuencia de hipertensión previa o temprana en el embarazo es de un 1% para mujeres con edad menor a los 30 años, comparada con un 11.6% para mujeres con edad - mayor a los 35 años. Estadísticas similares se reportaron en la Maternidad Real de Glasgow. (5)

Diabetes y trastornos tiroideos:

Dentro de las enfermedades metabólicas que - con mayor frecuencia se mencionan asociadas a la primigesta añosa, se encuentra la diabetes mellitus y los trastornos tiroideos. Sin embargo, su frecuencia en este grupo es similar a la de la población general.

Fibroleiomiomas uterinos:

De los padecimientos tumorales y neoplásicos que con más frecuencia se encuentran en mujeres de edad avanzada, están los fibroleiomiomas uterinos. Se mencionan además neoplasias tiroideas, rhabdomyosarcomas, etc., cuya incidencia está relacionada probablemente a la edad de la paciente. (2,3,6,13,21)

Obesidad:

Se menciona dentro de la literatura que las embarazadas afeadas se encuentran con una obesidad que va desde la leve a la severa. Considerando que el metabolismo disminuye alrededor de un 2% por cada década en los adultos, y que estas mujeres tienen una actividad reducida. Dado que existe un aumento en las necesidades calóricas de toda mujer embarazada, por las necesidades propias del embarazo; se puede presentar un sobrepeso. (5);

Anemia:

La anemia hipocrómica, normo y microcítica es la variedad que más comúnmente se observa en las - -

pacientes embarazadas, esto se atribuye al consumo de -
hierro, ocasionado por el propio embarazo y al desgaste
hematopoyético que la edad impone en estas mujeres.

Esterilidad:

Algunos autores mencionan a la esterilidad
como uno de los problemas principales de la primigesta
añosa y refieren antecedentes de celiotomías por retro-
versión adherentes, fibroleiomiomas y otras de causa --
desconocida. (3, 9, 13, 16, 19)

Los antecedentes quirúrgicos reportados en la literatu-
ra son la miomectomía, suspensión uterina, tiroidectomía
y otros. (2, 17)

ATENCIÓN PRENATAL.

La primigesta añosa es una mujer que acude
tempranamente a la consulta prenatal, quizá alentada -
por la gran ilusión de la maternidad o tal vez teme--
rosa de presentar padecimientos que pudieran interrumpir
el tan anhelado embarazo. (13)

La frecuencia con que la primigesta añosa

acude a control prenatal, se especifica en los artículos de Alejo(13), de Ruoti(14), de Martínez y Beltrán(3) en los cuales se menciona un 43.4%, 30% y 90% respectivamente, con un promedio de 5 consultas, antes del internamiento hospitalario.

La primigesta añosa tiene un alto grado de cooperación en relación a embarazadas más jóvenes, lo que facilita su labor preventiva y refleja el deseo intenso de la maternidad, aunado a un grado mayor de responsabilidad que trae consigo la mayor edad y la experiencia.

Uno de los problemas que se observan, es la amenaza de aborto. Hoger III(12) menciona un 21.6% en su población de primigestas añosas.

Se mencionan embarazos tubarios, en un porcentaje mínimo de las pacientes y se citan dos casos de molas hidatiformes que se presentaron en pacientes mayores de 50 años de edad, (3, 13, 14)

Es escasa la literatura respecto a la importancia del peso en la primigesta añosa. Dentro de lo

publicado, se menciona que el peso aumenta con la edad. Se puede hablar de una predisposición al exceso de -- peso en la primigesta añosa, y se recomienda la pérdida de peso antes del embarazo para reducir riesgos -- en la presentación de enfermedad hipertensiva del embarazo y de la diabetes gestacional.(5)

DURACION DEL EMBARAZO.

Dentro de la literatura se observa que la - duración del embarazo, ha sido de término entre el - - 65.85% hasta el 92.76%. Fueron prematuros desde el -- 7.24% hasta el 30.49%, se encontró el 36.6% de post- maduros. La prematuridad fué evaluada en función del peso de los productos (menor a 2,500 Kg.) y del tiempo de - evolución (menores a 37 semanas).(3,11,13-15,17,20)

Algunos autores refieren una marcada signi- ficancia en el aumento de la incidencia de la prematurez con la edad avanzada y refieren que es una de las complicaciones más frecuentes de los niños nacidos de primigestas añosas.(11,15)

El número elevado de prematuros en las pri- miparas de más de 35 años de edad se atribuye a: los -

...14
trastornos vasculares, la toxemia gravídica y la diabetes. Padecimientos que aumentan los coeficientes de prematuridad y aumentan el intervencionismo médico-quirúrgico, para interrumpir la gestación.

TRABAJO DE PARTO.

Respecto a la evolución del trabajo de parto, se han considerado los siguientes factores: 1) ruptura de membranas, 2) si el parto fue natural o espontáneo, inducido, 3) duración del trabajo de parto, 4) medicación (analgesias y anestésicas) administradas, 5) presentación fetal y 6) tipo de parto (eutócico o distócico). (14)

1) Ruptura de membranas:

Ruoti y Cols. (14) encontraron una frecuencia de ruptura prematura de membranas de un 16%, 5 veces más que en otras edades; la ruptura espontánea durante el trabajo de parto fue del 10%. Rebolledo (2) menciona un 21.7% de ruptura espontánea, durante el trabajo de parto.

2) Trabajo de parto espontáneo o natural e inducido:

El inicio del trabajo de parto se presenta

espontáneamente en un 80% y es inducido en un 9%. Entre las indicaciones para la inducción se encuentran la preeclampsia, la enfermedad hipertensiva sin toxemia, la ruptura de membranas en ausencia de trabajo de parto, la enfermedad hipertensiva con toxemia y la - - postmadurez. Algunos autores refieren que en ocasiones se induce sin justificación, excepto en los casos de - toxemia y ruptura de membranas. (6, 14, 18)

3) Duración del trabajo de parto.

Según los diferentes autores la duración -- promedio del trabajo de parto va de 11 Hrs. para Morrison (6) hasta 24 Hrs. para Schmitz (16). (3, 13, 15)

4) Analgésicos y anestésicos administrados:

Los tipos de analgesia que más comunmente - se usaban eran barbitúricos de corta acción o escopolamina, o una combinación de estas drogas; en algunas - ocasiones se utilizaba morfina en combinación.

Los tipos de anestesia usados han sido el bloqueo peridural y la anestesia general con óxido - nitroso y ciclopropano en combinación con oxígeno. También se ha usado la anestesia caudal, el bloqueo de

podendos e infiltración local. Cabe mencionar que -- algunas pacientes no necesitan analgesia ni anestesia, se preparan para su atención con el llamado parto tipo psicoprofiláctico. (13,14,16)

5) Presentación fetal:

La mayoría de los autores encontraron presentación de vértice en más del 90%, presentaciones pélvicas entre el 1 y el 6% y el resto del porcentaje perteneció a situaciones transversas y presentaciones de frente y cara. (2,3,13-15,17,21)

Ruoff y Cols. (14) concluyeron que en las -- primigestas añosas, se encuentra un mayor número de -- variedades de posiciones desfavorables.

6) Tipo de parto:

Entre los diferentes autores se menciona -- que los embarazos terminaron espontáneamente en un -- 80% a un 95%. La aplicación de fórceps se reporta desde un 20,13% a un 65%. (3,13-15)

Sobre la aplicación de fórceps, se mencionan las siguientes indicaciones: período expulsivo prolongado, sufrimiento fetal, inercia uterina y aceleración del tercer período. (2,3,13,17-20)

La operación cesárea se ha estado realizando en las primigestas añosas con sus indicaciones precisas: desproporción cefalopélvica, presentaciones pélvicas, antecedentes de miomectomía, placentas previas, ruptura de membranas, embarazo prolongado con inductoconducciones fallidas, "producto valioso"; logrando reducir la morbimortalidad materna y fetal. (15,19)

La frecuencia con que se efectúa la operación cesárea en la primigesta añosa varía en los diferentes autores. Así, Bley (20) menciona un 28.1%, Blum (21) un 49.1%, Wadhawan (17) un 13%, Arthur (18) un 14.2%, Alejo (13) un 18.12%, Martínez y Beltrán (3) un 23.26% y Routi (14) un 10.8%.

Cabe aclarar que un gran número de autores manifiesta que las posiciones anormales en la primigesta son más frecuentes, atribuyendo este fenómeno a la falta de elasticidad de los tejidos, relacionada con la edad de las pacientes.

CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO.

Se considera como peso normal de un recién nacido de 2.500 Kg a 3.999 Kg. La frecuencia de prema-

turos en primigestas añosas (peso menor a los 2,500Kg.) y edad gestacional (menor a 37 semanas) observada en -- diversos estudios varía de un 10.5% a un 30.49%. (3,13-15)

La postmadurez, también ha sido encontrada con relativa frecuencia al igual que los productos macrosómicos en las primigestas añosas. Algunos autores mencionan diferentes anomalías congénitas en productos de estas pacientes, tales como las trisomías y las anencefalías. (3,13,14,16,18,20)

Lisker y Armendares(1) en estadísticas nacionales mencionan una frecuencia de trisomías del tipo regular a la edad de 35 a 39 años de 1 de cada 66 productos, a la edad de 40 a 44 años 1 de cada 63 y a la edad de 45 a 49 años 1 de cada 24 productos.

Weiss(15) menciona una frecuencia global de anomalías congénitas de un 1.08% en mujeres de más de 35 años siendo el síndrome de Down, la anomalía más frecuente.

La frecuencia de productos macrosómicos encontrada por Ruoti(14) fue de 8% sin la postmadurez, Martínez y Beltrán(3) reportan una frecuencia de 3.66% y consideran que no existen diferencias significativas entre el peso del recién nacido de primigestas añosas con el resto de la población.

MORBIMORTALIDAD MATERNA.

La morbilidad materna se puede clasificar en accidentes que ocurren durante el parto y en alteraciones que ocurren en el puerperio.

Dentro de los accidentes que pueden ocurrir durante el parto se encuentra la prolongación de episotomías, desgarros vaginales, hemorragias post-parto y desgarros del cérvix.

Dentro de las alteraciones que ocurren en el puerperio se encuentran :la fiebre de origen desconocido, infección de la episotomía, sub-involución uterina, tromboflebitis, endometritis, mastitis, pielitis, parametritis, etc. (3,6,15,20,22)

Martínez y Beltrán(3) encontraron con más frecuencia desgarros vaginales y en el cérvix. Refieren que la mayor morbilidad encontrada durante el parto, está directamente relacionada con el incremento de la intervención quirúrgica obstétrica.

Diversos autores reportan que durante el puerperio la mayor incidencia de condiciones patológicas encontrada corresponde, a la fiebre de origen desconocido.

(3,15,16,18)

...20

Se ha establecido que, con el aumento de la edad, existe un riesgo mayor para la madre y el feto, es to está determinado a veces por el propio embarazo o parto, como ser la mayor frecuencia de presentaciones - anormales y otras veces motivado por la existencia de afecciones de distintas etiologías adquiridas en el - transcurso de la vida, que luego tienden a complicar la gestación, como sucede con las enfermedades cardiovasculares, las alteraciones endócrinas o las neoplasias. (14)

Considerando la mortalidad en mujeres primigestas mayores de 35 años de edad, los diversos estudios realizados por Martínez y Beltrán(3), Weisl(15), Ruoti(14) y Alejo(13), no reportan muerte materna en estas mujeres.

COMPLICACIONES MATERNAS.

Las complicaciones maternas se pueden agrupar en: 1) aquellas que se presentan en el período prenatal, 2) las que ocurren en el transcurso del trabajo de parto y 3) las que ocurren durante el parto mismo.

1) Las complicaciones que se presentan en el período --

prenatal en las primigestas añosas, están representadas principalmente por la toxemia, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera e implantación baja de placenta; otras complicaciones observadas son la enfermedad crónica hipertensiva y el polihidramnios.

2) Durante el parto, las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia son la hemorragia y la retención de placenta.

3) En el puerperio, las complicaciones más frecuentes son la hemorragia, la infección de vías urinarias, flebitis, retención de restos placentarios y mastitis. (15, 22)

MORTALIDAD PERINATAL.

Las dificultades obstétricas encontradas en el manejo de la primigesta añosa están bien documentadas en la literatura. Estas pacientes sufren de dificultades médicas y ginecológicas, las cuales complican su embarazo y las cuales ya han sido mencionadas con anterioridad.

El feto es también víctima de la edad materna y de la primiparidad y como consecuencia está expuesto a un mayor riesgo de presentar malformaciones

...22
congénitas, muertes fetales inexplicables, malposiciones fetales y un bajo peso con una elevada incidencia de la prematuridad.

Los estudios epidemiológicos indican una alta pérdida perinatal y refieren que la mortalidad perinatal aumenta después de los 30 años de edad.(22)

En el estudio de las estadísticas vitales hospitalarias, se observa una mortalidad perinatal aproximadamente igual entre primíparas y multíparas de raza blanca y no blanca aunque se observa una mortalidad mayor en las multíparas añosas.(11,15,18,19)

Lock(22) reporta una incidencia de muertes perinatales mayor a partir de los 30 años de edad materna, acompañándose con enfermedades intercurrentes al embarazo o con las complicaciones específicas al mismo o al parto. En pacientes con ninguna de estas complicaciones la frecuencia en la mortalidad perinatal tiende a bajar.

Las complicaciones perinatales que se observan con mayor frecuencia son las siguientes:

1) Trauma al nacimiento: Se refiere a que en ocasiones se expone tanto a la madre como al producto a eventos obstétricos no adecuados.

2)Toxemia del embarazo:La preeclampsia es probablemente el factor contribuyente principal en las muertes perinatales.Aparecen antes de la terminación del embarazo y aumenta el número de productos prematuros y la morbilidad materna.

3)Hemorragia obstétrica:En estos casos la hemorragia puede ser dada por placenta previa,en sus diferentes clasificaciones pudiendo provocar un estado de shock materno y en consecuencia,la muerte del producto.

4)Anomalías congénitas:Entre de las alteraciones congénitas y como ya se mencionó anteriormente,el síndrome de Down,es la anomalía que más frecuentemente se observa.

5)Complicaciones durante el parto:La ruptura prematura de membranas de larga evolución,representa el principal problema de este grupo,ya que provoca un elevado número de muertes perinatales por infección. Así mismo,el trabajo de parto prolongado.

6)Otras:Entre de otras causas que se asocian a la mortalidad perinatal,se encuentran la diabetes materna, la hipertensión crónica y la insuficiencia cardiaca.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó una revisión de 7,028 expedientes correspondientes a pacientes embarazadas atendidas en el departamento de obstetricia y perinatología del C.H."20 de Noviembre", I.S.S.S.T.E., durante el período comprendido entre el 1º de enero de 1982 y el 31 de diciembre de 1983.

A fin de comparar la experiencia del C.H. -- "20 de Noviembre" con la reportada en la literatura, el autor realizó una revisión exhaustiva de los casos -- archivados en los servicios de bioestadística y perinatología, efectuando un estudio descriptivo, retrolectivo y transversal.

Los criterios de inclusión fueron pacientes embarazadas de cualquier edad gestacional, primigestas de 35 años o más. Se excluyeron a todas aquellas pacientes que no llenaron los criterios de inclusión.

El total de pacientes incluidas en este estudio fue de 51, en todas ellas se recolectaron los siguientes datos:

1. - DATOS GENERALES: Edad de la paciente, estado civil, nivel socio-económico.

- 2.- ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES:Directos,tales -
como diabetes,hipertensión arterial y algunas -
neoplasias.
- 3.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:Diabetes,-
hipertensión arterial,padecimientos tiroideos,
cardiopafas,cirugías ginecológicas previas,etc.
- 4.- ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:Menarca,ritmo ---
menstrual,inicio de vida sexual activa,control
de la fertilidad.
- 5.- CONTROL PRENATAL:Número de consultas a que acu-
dió prenatalmente, infecciones,elevación de la -
tensión arterial,amenaza de aborto y aborto du--
rante el embarazo.
- 6.- TRABAJO DE PARTO:Horas de labor previas al parto,
registro cardiotocográfico durante el trabajo de
parto.
- 7.- VALORACION DEL PRODUCTO:Peso y evaluación Apgar -
al minuto y a los cinco minutos.
- 8.- BUSQUEDA DE DATOS DE PLACENTA INSUFICIENTE:Por me-
dio del peso de las mismas.

Los datos obtenidos se sintetizaron en ---
función de medidas de tendencia central y variación -
para luego ser comparados y discutidos con los estu--
dios nacionales y extranjeros.

RESULTADOS

Los 51 casos estudiados corresponden a una incidencia del 0.72%, de todas las pacientes obstétricas en el C.H. "20 de Noviembre".

La edad de las pacientes fluctuó entre los 35 y los 43 años, encontrándose el mayor número de casos entre los 35 y los 37 años, tendiendo a disminuir después de esta edad; se encontraron solamente dos casos a la edad de 43 años.

Se encontró que 39 pacientes (76.46%) eran casadas, 6 (11.77%) eran solteras y en 6 (11.77%) el estado civil no se había registrado.

Dentro de los antecedentes heredo-familiares, 16 pacientes eran positivas a ellos, con predominio de la diabetes mellitus (33.33%) y de la hipertensión arterial (25.49%). Se encontró un número menor de casos de cardiopatías (6 pacientes) y neoplásicos (5 pacientes), que corresponden a 3 casos de carcinoma cervicouterino, un caso de carcinoma óseo y un caso de carcinoma de laringe.

Los antecedentes personales patológicos no quirúrgicos encontrados en las pacientes son de importancia, el de esterilidad con 6 casos (11.77%), hipertensión en 3 casos (5.88%) y el de infección de vías urinarias en 6 casos (11.77%).

CUADRO 1

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS NO QUIRURGICOS EN 51 PACIENTES DIAGNOSTICADAS COMO PRIMIGESTAS AÑOSAS Y VISTAS EN EL C.H."20 DE NOVIEMBRE" DE ENERO DE 1982 A DICIEMBRE 1983.

A.P.P.no Q.	NUMERO	POR CIENTO
ESTERILIDAD	6	11.77
INFECC.VIAS URINARIAS	6	11.77
HIPERTENSION	3	5.88
FIEBRE REUMATICA	2	3.92
OTROS	15	29.41
SIN ANTECEDENTES	19	37.25
TOTAL	51	100

En el cuadro 2, se observan como antecedentes quirúrgicos de importancia 2 casos de tiroidectomía - por cáncer de tiroides, un caso de miomectomía, un caso de ligamentopexia y un caso de apendicectomía; estos - últimos en pacientes con antecedentes de esterilidad.

CUADRO 2

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS QUIRURGICOS EN 51 PACIENTES DIAGNOSTICADAS COMO PRIMIGESTAS AÑOSAS Y VISTAS EN EL C.H. "20 de NOVIEMBRE" DE ENERO 1982 A DICIEMBRE 1983.

A.P.P.Q.	NUMERO	POR CIENTO
TIROIDECTOMIA	2	3.92
LIGAMENTOPEXIA	1	1.96
MIOMECTOMIA	1	1.96
APENDICECTOMIA	1	1.96
COMISUROTOMIA MITRAL	1	1.96
OTROS	12	23.53
SIN ANTECEDENTES	33	64.71
TOTAL	51	100

El intervalo de edad de la menarca, varió de los 9 a los 17 años, encontrándose predominio (78.43%) en el grupo de los 12 a 14 años. La media fue de 12 años.

El ritmo menstrual de las pacientes estudiadas fue regular en 45 de los casos e irregular en los 6 restantes. De estas pacientes, 19 casos eran dismenorreicas.

El inicio de vida sexual activa se presentó con un intervalo de los 16 a los 40 años, teniendo en el grupo de 26 a 30 años, 11 casos (21.57%) y en el grupo de 31 a 35 años 24 casos (47.06%).

En el cuadro 3 se observa que en 25 pacientes (49.02%) se desconoce el control de la fertilidad, ya que no se encontró registrada esta información en los expedientes; no hubo control en 11 casos (21.56%). Los anticonceptivos orales fueron utilizados por 7 pacientes (13.73%) y el dispositivo intrauterino en 5 (9.80%), una sola paciente (1.96%) utilizó medidas locales específicamente, preservativos.

CUADRO 3

CONTROL PREVIO DE FERTILIDAD EN 51 PACIENTES DIAGNOSTICADAS COMO PRIMIGESTAS ANOSAS Y VISTAS EN EL C.H. "20 de NOVIEMBRE" DE ENERO 1982 a DICIEMBRE 1983.

TIPO DE CONTROL	NUMERO	POR CIENTO
HORMONALES ORALES	7	13.73
D.I.U.	2	3.93
METODO RITMO(OK)	5	9.80
MEDIOS LOCALES	1	1.96
SIN CONTROL	11	21.56
DESCONOCIDO	25	49.02
TOTAL	51	100

En el cuadro 4 se observa el control del embarazo por el número de consultas, apreciándose en el grupo de 4 a 6 consultas 14 pacientes (27.45%) y en el grupo de 7 a 9 consultas 23 pacientes (45.09%). Solamente 7 pacientes (13.73%) tuvieron menos de 3 consultas de control prenatal.

CUADRO 4

CONTROL DEL EMBARAZO EN 51 PACIENTES DIAGNOSTICADAS COMO PRIMIGESTAS AÑOSAS Y VISTAS EN EL C.H. "20 de NOVIEMBRE" de ENERO 1982 A -- DICIEMBRE 1983.

CONSULTAS	NUMERO	POR CIENTO
1-3	7	13.73
4-6	4	27.45
7-9	23	45.09
10-13	7	13.73
TOTAL	51	100

En 45 pacientes se conoció el incremento ponderal. En 28 casos (54.90%) el incremento fue de 10 a 13 Kg., en 10 casos (19.60%) de 14 a 17 Kg. y en 7 casos (13.73%) de 6 a 9 Kg.

Predominaron entre las complicaciones del primer trimestre del embarazo 10 casos de amenaza de aborto (19.60%). Se presentaron 4 pérdidas de embarazo,

3 por aborto incompleto y una por huevo muerto y retenido.

CUADRO 5

COMPLICACIONES EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN 51 PACIENTES DIAGNOSTICADAS COMO PRIMIGESTAS AÑOSAS Y VISTAS EN EL C.H. - "20 DE NOVIEMBRE" DE ENERO 1982 A DICIEMBRE 1983.

DIAGNOSTICO	NUMERO	POR CIENTO
AMENAZA DE ABORTO	10	19.60
ABORTO INCOMPLETO	3	5.89
HUEVO MUERTO Y RETENIDO	1	1.96
SIN COMPLICACIONES	37	72.55
TOTAL	51	100

En el cuadro 6 se observa que solo 6 casos presentaron complicaciones en el segundo trimestre del embarazo, predominando nuevamente la amenaza de aborto, que se presentó en 3 casos.

COMPLICACIONES EN EL SEGUNDO TRIMESTRE - DEL EMBARAZO EN 51 PACIENTES DIAGNOSTICADAS COMO PRIMIGESTAS AÑOSAS Y VISTAS EN - EL C.H. "20 DE NOVIEMBRE" DE ENERO 1982 A DICIEMBRE 1983.

DIAGNOSTICO	NUMERO	POR CIENTO
AMENAZA DE ABORTO	3	6.38
INFECCION DE VIAS URINARIAS	2	4.26
INFECCION GASTRO-INTESTINAL	1	2.12
SIN COMPLICACIONES	41	87.24
TOTAL	47	100

En el cuadro 7 dentro de las complicaciones del tercer trimestre del embarazo, se presentaron principalmente infección de vías urinarias (8 casos), toxemia leve (5 casos) y amenaza de parto pretérmino (5 casos). Entre otras complicaciones se encontraron ruptura prematura de membranas (3 casos), toxemia severa (1 caso), diabetes gestacional (1 caso) e inserción baja de placenta (1 caso).

CUADRO 7

COMPLICACIONES EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN 51 PACIENTES DIAGNOSTICADAS COMO PRIMIGESTAS AÑOSAS Y VISTAS EN EL C.H. "20 DE NOVIEMBRE" DE ENERO 1982 A DICIEMBRE 1983.

DIAGNOSTICO	NUMERO	POR CIENTO
INFECCION DE VIAS URINARIAS	8	17.03
TOXEMIA LEVE	5	10.64
AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	5	10.64
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	3	6.38
INSERCIÓN BAJA DE PLACENTA SINTOMÁTICA	1	2.12
TOXEMIA SEVERA	1	2.12
DIABETES GESTACIONAL	1	2.12
SIN COMPLICACIONES	23	48.95
TOTAL	47	100

En el cuadro 8 se observa la relación que existe entre la edad gestacional y la edad de las pacientes al término del embarazo. Encontramos que --

41 embarazos llegaron al término de la gestación, - -
 observando solamente 6 casos (sin incluir los 4 emba--
 razos que terminaron en aborto) de prematuridad por --
 edad gestacional; 4 de ellos en pacientes con edad --
 menor a los 40 años y 2 casos con edad de 40 años o -
 más. En este estudio no se encontraron embarazos de --
 posttérmino.

CUADRO 8

EDAD GESTACIONAL AL TERMINO DEL EMBARAZO CON
 RELACION A LA EDAD DE LAS PACIENTES EN 51 PA
 CIENTES DIAGNOSTICADAS COMO PRIMIGESTAS AÑOSAS
 Y VISTAS EN EL C.... "20 de NOVIEMBRE" DE ENERO
 1982 A DICIEMBRE 1983.

EDAD	PRETERMINO	TERMINO	TOTAL	POR CIENTO
35-37	4	30	34	72.35
38-40	1	8	9	19.14
41-43	1	3	4	8.51
TOTAL	6	41	47	100

A 41 pacientes se tomó registro cardiotoco--
 gráfico. Resultados importantes fueron 5 casos con una
 prueba de estimulación a la oxitocina positiva y --

con baja reserva fetal y 9 casos con resultados de -- reactividad con probable compromiso de cordón. (ver -- cuadro 9).

CUADRO 9

REGISTRO CARDIOTOCOGRAFICO PREVIO A LA RESO--
LUCION DEL EMBARAZO EN 51 PACIENTES DIAGNOSTI--
CADAS COMO PRIMIGESTAS AÑOSAS Y VISTAS EN EL
C.H. "20 DE NOVIEMBRE" DE ENERO 1982 A DICIEM--
BRE 1983.

GRUPO	NUMERO	POR CIENTO
REACTIVO	24	51.07
REACTIVO CON PROBABLE -- COMPROMISO DE CORDON	9	19.14
HIPOREACTIVO:		
A)SOSPECHOSO CON OCT* NEGATIVA	3	6.38
B)SOSPECHOSO CON OCT* POSITIVA Y BAJA RE- SERVA FETAL	5	10.64
SIN R.C.T.G.**	6	12.77
TOTAL	47	100

* Prueba de estimulación con oxitocina.

** Registro cardiotocográfico.

Dentro de la resolución del embarazo predominó el intervencionismo quirúrgico con 25 casos de cesáreas y 11 casos de aplicación de fórceps; contra solo 11 de parto eutócico.

En la aplicación de fórceps se encuentran 5 casos indicados (4 por período expulsivo prolongado y uno por sufrimiento fetal), 4 casos con aplicación profiláctica (uno en paciente con embarazo y cardiopatía y 3 en productos de pretérmino) y 2 casos con indicación electiva.

La indicación principal de operación cesárea en pacientes sin trabajo de parto, fue la baja reserva fetal (5 casos), la cual fue determinada por registro cardiotocográfico con prueba de estimulación con oxitocina positiva, (ver cuadro 10).

La indicación principal de operación cesárea en pacientes con trabajo de parto fue desproporción cefalopélvica. Cabe mencionar que en este grupo hubo un mayor número de anomalías en la presentación y situación de los productos, (ver cuadro 11).

CUADRO 10

INDICACIONES DE OPERACION CESAREA SIN TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADAS COMO PRIMIGESTAS AÑOSAS Y VISTAS EN EL C.H. "20 DE -- NOVIEMBRE" DE ENERO 1982 A DICIEMBRE 1983.

INDICACION	NUMERO	POR CIENTO
BAJA RESERVA FETAL	5	10.64
EDAD MATERNA	2	4.26
TOXEMIA SEVERA	1	2.12
DIABETES GESTACIONAL	1	2.12
ANTECEDENTE DE NIOMECTOMIA	1	2.12
RUPTURA PREMATURA DE LARGA EVOLUCION	1	2.12
INSERCIÓN BAJA DE PLACENTA	1	2.12
POR TRATAMIENTO DE CA. DE TIROIDES	1	2.12
PRESENTACION PELVICA	1	2.12
D.C.P.	1	2.12
TOTAL	15	31.86

CUADRO 11

INDICACIONES DE OPERACION CESAREA CON TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES DIAGNOSTICADAS COMO PRIMIGESTAS ANOSAS Y VISTAS EN EL C.H. - - "20 DE NOVIEMBRE" DE ENERO 1982 A DICIEMBRE 1983.

INDICACIONES	NUMERO	POR CIENTO
D.C.P.*	4	8.51
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	3	6.38
DILATACION ESTACIONARIA	1	2.12
PRESENTACION DEFLEXIONADA	1	2.12
SITUACION TRANSVERSA	1	2.12
TOTAL	10	21.25

* D.C.P.:Desproporción cefalopélvica.

En los resultados de la valoración de Apgar, los productos tuvieron en su mayor parte una calificación catalogada como buena al minuto y a los 5 minutos. Los 2 productos que tuvieron una calificación Apgar --

baja al nacer se obtuvieron por cesárea, uno con diagnóstico de situación transversa y el otro con diagnóstico de sufrimiento fetal agudo y en ambos su calificación a los 5 minutos, fue buena.

CUADRO 12

VALORACION APGAR EN PRODUCTOS DE PACIENTES -
DIAGNOSTICADAS COMO PRIMIGESTAS ANOSAS Y VIS
TAS EN EL C.H. "20 DE NOVIEMBRE" DE ENERO 1982
A DICIEMBRE 1983.

CALIFICACION	NUMERO DE CASOS	
	1 MINUTO	5 MINUTOS
1	-	-
2	-	-
3	-	-
4	2	-
5	-	-
6	5	-
7	12	1
8	25	15
9	3	31
10	-	-
TOTAL	47	47

Con respecto a la obtención de los productos, se encontró lo siguiente: 4 presentaron circunferencia de cordón, 3 de ellos obtenidos en aplicación de fórceps y uno en operación cesárea.

De los dos productos obtenidos con bajo peso al nacer, con edad gestacional de 34 semanas; uno fue obtenido por operación cesárea y el segundo fue obtenido por eutocia.

Los dos productos macrosómicos fueron obtenidos por cesárea y en ambos la madre tenía antecedentes familiares de diabetes. No se les diagnosticó diabetes en los productos. (ver cuadro 13).

El peso placentario fluctuó entre los 300 - a 800 grs., En 3 casos se encontró por abajo de 400 grs. en 37 casos entre 400 y 700 grs. y 6 casos superior peso a los 700 grs.

CUADRO 13

PESO DEL PRODUCTO CON RELACION AL PARTO Y A LA CESAREA EN PACIENTES DIAGNOSTICADAS COMO PRIMIGESTAS AÑOSAS Y VISTAS EN EL C.H. - - "20 DE NOVIEMBRE" DE ENERO 1982 A DICIEMBRE 1983.

PESO	PARTO	CESAREA	TOTAL	POR CIENTO
1.5-1.9		1	1	2.12
2 -2.4	1		1	2.12
2.5-2.9	8	10	18	38.29
3 -3.4	10	7	17	36.19
3.5-3.9	3	5	8	17.02
4 +4.4		2	2	4.26
TOTAL	22	25	47	100

ANALISIS Y COMENTARIOS

INCIDENCIA

La incidencia de primigestas aňosas que se encontró en el presente trabajo fue de 0.72% cifra -- comparable a las expuestas en la literatura. Estadísticas de natalidad de los últimos aňos, muestran que -- el número de primigestas aňosas se esta incrementando. Siendo esto aplicable al presente estudio al ser compa -- rado con el trabajo de Martfnez y Beltrán (3) con inci -- dencia de 0.55% en un estudio a 10 aňos, en donde con -- cretamente se reportan casos de mujeres de 35 o más -- aňos de edad. En el presente trabajo la incidencia fue de 0.72% en un periodo de 2 aňos; por lo que se conside -- ra significativo. (3,5,6,12,17,21)

Los trabajos de Routi(14) que marcan 2.41% de incidencia y de Alejo(13) con 0.68%; no han sido -- comparables con la incidencia obtenida; porque en el -- primero se reportaron mujeres aňosas de 40 aňos o más de edad y en el segundo estudio porque se consideraron primigestas aňosas a mujeres de edad de 30 aňos o más.

EDAD DE LAS PACIENTES.

La edad de las pacientes varió en un rango que va de los 35 a los 43 años;predominando el número de casos entre las edades de 35 a 40 años,con 47 de los casos correspondiendo al 92.15%,cifras ligeramente más elevadas a las expuestas en la literatura,que reportan un porcentaje que va del 79.13% al 85.38%.

(6,7,10,15)

Pero se observó que a partir de los 40 años de edad,el número de pacientes primigestas disminuye. Esto pudiera deberse a la concientización de las mujeres,de los riesgos más elevados a partir de esta edad en la cual se observa un mayor número de enfermedades hereditarias y anomalías congénitas en el producto.

(1-3,8,11)

ESTADO CIVIL

Resultado no esperado fue el encontrado en esta variable en la cuál,por referencias de los autores,se encontraría un porcentaje equilibrado entre -- mujeres solteras y casadas,a diferencia de Schmitz y Cols.(16)quienes encontraron un 66.07% de casadas y - un 33.93% de solteras;en este trabajo se encontró un

76.46% de casadas y 11.77% de solteras.

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

Estos antecedentes no tuvieron importancia en los casos de primigestas añosas dentro de este estudio, ya que no pudimos comprobar su influencia en la primigesta añosa. Quizá en un número mayor de casos se podría dilucidar su importancia.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

En relación a los antecedentes personales -- patológicos en comparación a la literatura, en este estudio no se encontró paciente alguna con diabetes -- mellitus, enfermedad asociada con frecuencia en otros estudios; se encontró un escaso número de hipertensas -- pero muy por abajo al porcentaje que refieren otros -- autores. La miomectomía es una intervención quirúrgica que con frecuencia se asocia a primigestas añosas y con respecto a la esterilidad, es comparable el dato a -- estudios como el realizado por Martínez y Beltrán(3) en menor frecuencia. Además se observaron 6 casos que -- corresponden al 11.77% de infección de vías urinarias, dato que no se encontró dentro de la bibliografía y --

que en la actualidad ha sido considerado como factor de riesgo en la toxemia y en la amenaza de parto pretérmino. (2,7,13,17,18,21,23)

La intervención quirúrgica que se observó con más frecuencia fue la amigdalectomía en 7 casos, pero no encontramos relación de esta con el motivo de nuestro estudio.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

Dentro de los antecedentes gineco-obstétricos se analizarán y comentarán los siguientes:menarca,ritmo menstrual,vida sexual activa y control de la fertilidad.

Concerniente a la menarca se observó que el rango de edad varió de 9 a 17 años, encontrándose una frecuencia mayor en el grupo de edad de los 12 a los 14 años, con 40 casos que corresponden al 78.43%, lo cual es comparable a la observada dentro de la literatura.

En cuanto al ritmo menstrual de las pacientes estudiadas, 45 casos que corresponden al 88.23% presentan un ritmo regular y 6 casos para un 11.77%

presentan un ritmo irregular; además se observó presen
tación de dismenorrea en 19 casos correspondiendo al
37.25%, esta frecuencia ligeramente más elevada a la de
la población general.

Con respecto al inicio de la vida sexual --
activa, en este trabajo se presentó en 30 casos después
de los 30 años (62.74%) y en 19 casos antes de los 30
años (37.26%). Este resultado es muy diferente al expues
to por la literatura en la cual se refiere el inicio de
la vida sexual a etapas más tempranas de la vida repro
ductiva. Sin embargo, no podemos demostrar su significan
cia hacia la población general por el poco número de la
muestra. (2,4,5,11)

Sobre el control de la fertilidad, se conoce
en la actualidad la abundancia de métodos contraceptivos,
sin poder contar todavía con el método ideal; el hecho
es que un gran número de mujeres, utiliza uno o varios de
ellos durante la época reproductiva de la vida. Con lo -
encontrado en nuestro estudio, no podemos afirmar con -
estos resultados su significancia; ya que en 25 pacien
tes, correspondientes al 49.02% desconocemos si los uti
lizaban o no y el resto, 15 pacientes utilizaron con -
mayor frecuencia hormonales orales y el método del ritmo.

CONTROL PRENATAL

Se revisarán dentro de este parámetro las siguientes variables: consultas asistidas, incremento ponderal, complicaciones del primero, segundo y tercer trimestres del embarazo.

La frecuencia con que la primigesta añosa - acudió a control prenatal es de significancia, ya que más del 50% tuvieron un buen control, comparable a lo mencionado en la literatura donde se dice que la primigesta añosa, acude tempranamente a la consulta, mostrando un alto grado de cooperación. (2,3,6,12-14)

Sobre el incremento ponderal durante la gestación de las pacientes en este estudio se encontró, que de 45 pacientes que conocían este antecedente, 28 (54.90%) tuvieron un aumento de 10 a 13 Kgs. y solo un grupo correspondiente a 10 casos (19.60%) estuvo por encima del promedio, con: 14 a 17 kg. de incremento.

En el grupo estudiado se tuvo un buen control sobre el peso de la mayoría de las pacientes (35 casos). En cuanto a la literatura existe escasa publicación sobre la importancia del peso y no se mencionan - datos específicos. (5)

En cuanto a las complicaciones del primer trimestre del embarazo, se encontró con mayor frecuencia, la amenaza de aborto en 10 casos (19.60%) y abortos en 4 pacientes (7.84%); en esta variable no hubo diferencias significativas a lo descrito en la literatura.

Dentro del segundo trimestre del embarazo, las complicaciones que se observaron fueron mínimas; entre ellas se encuentran 3 casos (6.38%) de amenaza de aborto, 2 casos (4.26%) de infección de vías urinarias y un caso de infección gastrointestinal (2.12%).

En el tercer trimestre, las complicaciones aumentaron, siendo la más frecuente la infección de vías urinarias en 8 casos (17.03%); más significativa pero en menor número se encontraron la amenaza de parto pretérmino en 5 casos (10.64%), ruptura prematura de membranas en 3 casos (6.38%), toxemia leve en 5 casos (10.64%), toxemia severa en un caso (2.12%) y un caso de diabetes gestacional (2.12%). Es de importancia mencionar que solo un caso de infección de vías urinarias estuvo asociado a la amenaza de parto pretérmino. A las pacientes que presentaron ruptura prematura de membranas se les indujo el trabajo de parto; a

la paciente con toxemia severa se le interrumpió el embarazo a la semana 34.

Dentro de la literatura se encuentran referencias con mayor número de pacientes con toxemia, diabetes y ruptura prematura de membranas. Sin embargo, en este estudio las cifras fueron bajas, se observó que las complicaciones se presentaron con más frecuencia en el tercer trimestre del embarazo con 26 casos, correspondiendo estos al 47.05%. (3,4,13,14,17)

EDAD GESTACIONAL

Dentro de este estudio se observó que la duración del embarazo fué de término en 41 pacientes (87.23%) y solo 6 casos (12.77%) fueron de pretérmino por edad gestacional. No se encontró caso alguno de postmadurez. A lo referido por algunos autores, estas cifras son comparables a las mencionadas en la literatura, que son para los productos de término del 65.85% al 92.76% y para productos de pretérmino del 7.24% al 30.49%. (3,11,13-15,17,20)

TRABAJO DE PARTO.

El inicio del trabajo de parto se presentó espontáneamente en 29 casos (61.70%); en 3 pacientes (6.38%) se indujo. La indicación para la inducción fué

ruptura prematura de membranas. Comparado a la literatura se tiene que este porcentaje de trabajo de parto espontaneo es menor. En cuanto a la indicación de inducción se encontró que esta es menos frecuente al 9% reportado.

Treinta de las pacientes (63.82%) presentaron un trabajo de parto menor a 12 horas y dos pacientes (4.26%) mayor a las 12 horas; en estas pacientes se asociaron factores como la miomatosis uterina y la ruptura prematura de membranas.

Estos resultados son comparables a la mayoría de los expuestos en la literatura. Las 15 pacientes que no tuvieron trabajo de parto fueron cesáreas electivas por diversas indicaciones.

A 41 pacientes se les realizó registro cardiotocográfico, encontrando 24 casos (51.07%) con resultado reactivo, 9 casos (19.14%) con probable compromiso de cordón y 8 casos (17.02%) hiporreactivos. A estos últimos se realizó la prueba de estimulación con oxitocina para conocer la reserva fetal, encontrándola en 5 casos (10.64%) positiva con baja reserva fetal.

Dentro de la literatura no existen trabajos específicos de registros cardiotocográficos en la pri-

migesta añosa aunque Naeye (4) sugiere el control monitorizado en las últimas semanas del embarazo; opinión que se reafirma con los resultados de este estudio.-- Aunque el resultado de hiporreactividad con baja reserva fetal fue bajo en este estudio, es necesario realizarlo-- registro cardiotocográfico durante el trabajo de parto de las primigestas añosas, para prevenir muertes fetales debido a insuficiencia utero-placentaria y se debe tomar en cuenta siempre durante el manejo de este tipo de pacientes.

En cuanto a la presentación de los productos, se encontró lo siguiente: presentación de vértice en 45 casos (95.74%) presentación pélvica, un caso (2.12%) y situación transversa en un caso (2.12%). Estas cifras son similares a las referidas por la literatura. (2, 3: 15-17, 20).

La terminación del embarazo se resolvió en eutocia en 11 de los casos (23.40%), en distocia en 11 casos (23.40%) y en cesáreas en 25 casos (53.20%).

Con respecto a la terminación espontánea del embarazo, en la literatura se menciona más del 50% con esta resolución, mientras que en este estudio se encon-

tró un porcentaje muy por abajo de ese nivel.

En cuanto a la aplicación de fórceps los -- resultados obtenidos son comparables a los reportados en la literatura, pero es de importancia mencionar que las indicaciones sobre la aplicación difieren a las - expuestas por los diferentes autores. (2,3,13,15,17,20)

Sobre la operación cesárea se tienen en este trabajo a aquellas que se realizaron sin y con trabajo de parto.

En las pacientes que se les realizó operación cesárea sin trabajo de parto, 11 casos tuvieron indicación absoluta y 4 casos indicación relativa; a este respecto se mencionan en la literatura indicaciones similares.

La indicación de operación cesárea en las - pacientes con trabajo de parto fue determinada por la dinámica del mismo. Como en los casos de desproporción cefalopélvica y de anomalías en la presentación y situación del producto así como por alteraciones en el bienestar fetal.

En este estudio se encontró una frecuencia de operaciones cesárea significativamente más elevada a la reportada por la mayoría de los autores, que va - del 10% al 28.1%, excepto por Blumm (21) en su estudio

en el año de 1979 donde encontró un 49.1% .Definitivamente, las indicaciones han aumentado con el progreso y los adelantos perinatólogicos en el transcurso de los años. (2 3,6 13,15,17-21)

CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO

Con respecto a las características del recién nacido; de acuerdo a la edad gestacional se encontraron 6 productos de pretérmino y con respecto al peso se encontraron 2 productos de pretérmino; de estos dos productos uno fue obtenido por operación cesárea en paciente con toxemia severa y el otro en parto eutócico; ambos productos con 34 semanas de gestación. No se encontraron recién nacidos postmaduros ni con anomalías congénitas.

Comparado con la literatura, donde se menciona un índice de prematuridad del 10.5% al 30.49% el índice encontrado en esta revisión es bajo. Esta disminución pudiera deberse al buen control prenatal, así como a las facilidades de contar con un servicio de perinatología dentro del hospital. (1 3,13,16-18,20)

En la valoración con el método Apgar, se encontró que solamente 2 casos presentaron una calificación de 4 al minuto recuperándose a los 5 minutos. Ambos

productos fueron obtenidos por operación cesárea, uno en situación transversa y el otro por sufrimiento fetal agudo. El resto de los recién nacidos tuvo un Aparar bueno al minuto y a los 5 minutos (con calificación entre 7 y 9).

PESO PLACENTARIO

Se tomó esta variable tratando de conocer alteraciones placentarias a través del peso. Lo cual no -- pudo comprobarse .

Según Naeve(4) en las placentas de estas -- pacientes se encuentran con más frecuencia infartos -- recientes y antiguos, zonas hemorrágicas, áreas de calcificación y esclerosis de los vasos.

Lo ideal hubiera sido estudiar las placentas por medio de histopatología para conocer las alteraciones que presentaban. Quizá por esta razón no pudo determinarse la significancia de este parámetro.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA.

Se realizó episiotomía media lateral a todas las pacientes que tuvieron parto por vía vaginal. En los partos eutócicos, no se observaron complicaciones y en los distócicos se encontró un caso con desgarro cervical (2.12%), 2 casos con laceraciones vaginales (4.26%)

y 4 casos con prolongación de las episiotomías (8.51%) Las operaciones cesárea fueron en su totalidad de tipo segmentario, observándose en una paciente con miomatosis uterina de grandes elementos, hemorragia profusa que necesitó transfusión de 1,500 ml. de sangre durante el transoperatorio, presentando reacción papulo-eritematosa posterior a la transfusión. No se reportaron casos de infecciones de heridas quirúrgicas. Dos pacientes tuvieron hipertermia durante 48 horas sin determinar se la causa de la misma y una paciente presentó gastróenteritis de etiología desconocida en el puerperio.

En este estudio no se encontró muerte materna y a comparación de lo reportado en la literatura, se -- observó un menor número de alteraciones en el parto y en el puerperio; fenómeno que podría explicarse porque en la actualidad solo se aplican fórceps bajos, se encuentra mejor material de sutura y hay mayores recursos de medicación en el campo de la antibioticoterapia. (-2,4,10-12,17,21).

CONCLUSIONES

En el departamento de Obstetricia y Perinatología del C.H. "20 de Noviembre", durante el periodo comprendido entre enero de 1982 y diciembre de 1983 :

- 1.- La incidencia de primigestas añosas encontrada fue de 0.72%.
- 2.- Existe un mayor número de casos de primigestas añosas entre los 35 y los 37 años y una marcada disminución a partir de esta edad.
- 3.- El mayor número de primigestas añosas eran casadas.
- 4.- Las enfermedades asociadas en mujeres primigestas de 35 años o más fueron: infección de vías urinarias, hipertensión arterial, esterilidad, antecedente de cirugía uterina previa. Estos factores deben considerarse para catalogar al embarazo de estas mujeres como de "alto riesgo".
- 5.- La dismenorrea se presentó frecuentemente en las primigestas añosas.
- 6.- La primigesta añosa fue una paciente cooperadora que llevó buen control prenatal. Esto es indispensable para disminuir las complicaciones durante -

el embarazo.

- 7.- La complicación más frecuente encontrada en los primeros dos trimestres del embarazo en las primigestas añosas fue la amenaza de aborto.
- 8.- Las complicaciones del tercer trimestre del embarazo en las primigestas añosas; observadas con más frecuencia fueron: infección de vías urinarias, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas y toxemia leve.
- 9.- En la mayoría de las primigestas añosas, el trabajo de parto se inicia espontáneamente.
- 10.- La duración del trabajo de parto en las primigestas añosas fue de 12 Hrs. o menos.
- 11.- El registro cardiotocográfico podría ser de gran utilidad para valorar el bienestar fetal, durante el trabajo de parto y previo a la resolución del embarazo.
- 12.- La presentación más frecuente encontrada en los productos de primigestas añosas fue de vértice.
- 13.- El intervencionismo quirúrgico predominó en la resolución del embarazo en primigestas añosas. Con

- un porcentaje elevado en número de cesáreas.
- 14.- La indicación de cesárea por "edad materna" no debe ser indicación por sí misma. Debe individualizarse cada caso en forma particular; sobre todo en la actualidad, que se cuenta con el apoyo de los recursos perinatológicos.
 - 15.- Existe disminución en la resolución en parto -- eutócico en el embarazo de la primigesta añosa.
 - 16.- El peso de la mayoría de los recién nacidos de primigestas añosas, estuvo dentro de la normalidad.
 - 17.- La prematurez no fué una característica de los productos nacidos de primigestas añosas.
 - 18.- La calificación Apgar encontrada en los productos de primigestas añosas, en su mayoría fué catalogada como buena.
 - 19.- El peso placentario por sí solo, no fué de gran -- utilidad para determinar suficiencia o insuficiencia placentaria.
 - 20.- El índice de morbilidad materna estuvo por abajo de lo encontrado en las estadísticas nacionales y extranjeras.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Lisker y Armendarez: La genética y usted. Alteraciones de los autosomas. Edit. siglo XXI, S.A. primera edición. pp 54-57, 1982.
- 2.- Rebolledo, C.M., y Cols.: Primigesta añosa, consideraciones sobre su manejo y resultados. Homenaje al Prof. Dr. Luis Castelazo A. en el XXV aniversario de su recepción profesional. 1:481-491, 1970.
- 3.- Martínez, P., y Beltrán, S.: Consideraciones sobre la primigesta de más de 35 años. Ginecol. Obstet. Mex. 17:189-209, 1962.
- 4.- Naeye, R.L.: Maternal age, Obstetric complications, and the outcome of pregnancy. Obstet. Gynecol. 61 (2): 210-216, 1983.
- 5.- Weigley, E.S.: Nutrition and the older primigravida. Journal of the Am. Diet. Assoc. 82 (5):529-530, 1983.
- 6.- Morrison, I.: The elderly primigravida. Am. J. Obstet. Gynecol. 121(4):65-70, 1975.
- 7.- Newell, J.W.: Upper age limit of parturition. Am. J. Obstet. Gynecol. 65:875, 1952.
- 8.- Koren, .. : Pregnancy and delivery after forty. Obstet. Gynecol. 21:195, 1963.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- 9.- Stanton, E.F. Pregnancy after forty four. AM. J. Obstet. Gynecol. 71:270, 1956
- 10.- Wyler, J.: Das Hochstalter der gebarfahigkeit der fran. Schweiz. Med. Wehnschr 87:698, 1957. Germany.
- 11.- Kane, S.H.: Advancing age and the primigravida. Obst. Gynecol. 29(3):409-414; 1967.
- 12.- Horger III, E.O. et al: Embarazo en mujeres mayores de 40 años. Gineco-obstetricia de Postgrado. 2(5):144-150, 1977.
- 13.- Alejo Vázquez, M.C., y cols.: El problema de la primigesta añosa. Ginecol. Obstet. Mex. 41:89-97, 1966 pp. - 89-97.
- 14.- Ruoti, A.M.: La edad avanzada y su influencia en el embarazo y parto. Ginecol. Obstet. Mex. 18/:394-418, 1963.
- 15.- Weisl, Bernard, A.G. et al: A five years study of elderly primiparas. AM. J. Obst. & Gynec. 66(6):1235-1246, 1953.
- 16.- Schmitz, H.E., et al.: Primiparity after age thirty five, an analisis of elderly primigravidas. Obstet. Gynecol. 11(4): 424-434, 1958.
- 17.- Wadhawan, S. et al: Obstetrical performance in elderly - Zambian parturients. Med. J. Zambia. 15(2):37-40, 1981.

- 18.- Arthur, R.K. Jr. et al.: The elderly nullipara. An analysis of the hazards of late first viable pregnancy, with especial reference to cesarean section. *Obst. Gynecol.* 8(2):215-222, 1956.
- 19.- Messinis, J. et al.: Perinatal complications in elderly primigravidas. *Pediatr Padol.* 17(3):597-602, 1982.
- 20.- Bley, J., et al: Pregnancy, delivery and puerperium of elderly primigravide. *Zentralb Gyneckol.* 103(10):557-563, 1981.
- 21.- Blumm, M.: Is the elderly primipara really at high risk? *J. Perinatal Med.* 7(2):108-112, 1979.
- 22.- Lock, F.R. et al: Perinatal complications in elderly primigravida over 30 years of age. *AM. J. Obstet. & Gynecol.* 78(4): 755-771, 1959.
- 23.- Benson, C.R.: Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. "Complicaciones médico-quirúrgicas durante el embarazo. Edit. Manual Moderno. tercera edición. pp. 844-899, 1983.