

11217




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

U. N. A. M.

91

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA "LUIS CASTELAZO AYALA"

"MANEJO ACTUAL DEL PARTO EN LA PRIMIGESTA AÑOSA"

TESIS

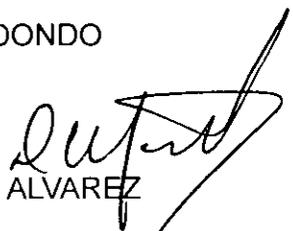
PARA OBTENER EL TITULO DE :
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

298099.

PRESENTA:

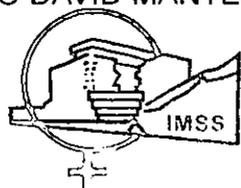
DR. LUIS ENRIQUE NAVA ARREDONDO

ASESOR:



DR. ALFONSO DAVID MANTEROLA ALVAREZ

MEXICO, D.F.



FEBRERO 2001.

DIVISION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA
HGO. "LUIS CASTELAZO AYALA"
IMSS



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES Y HERMANOS

POR SU APOYO

A MI ESPOSA

POR SU PACIENCIA

A MIS MAESTROS

*POR SUS ENSEÑANZAS
ESPECIALMENTE AL DR. ALFONSO
DAVID MANTEROLA ÁLVAREZ
POR EL ASESORAMIENTO
DEL PRESENTE TRABAJO*

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS

POR SU TOLERANCIA

RESUMEN

TITULO:

MANEJO ACTUAL DEL PARTO EN LA PRIMIGESTA AÑOSA.

OBJETIVO:

Determinar la morbimortalidad materno-fetal en la primigesta añosa, la vía más frecuente de interrupción de embarazo.

Demostrar que se incrementa la interrupción del embarazo por vía abdominal para mejorar el pronóstico perinatal.

DISEÑO:

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, transversal.

MATERIA Y MÉTODO:

Durante Mayo de 1996 a Enero de 1997, todas las pacientes ingresadas al servicio de la Unidad Toco-Quirúrgica con embarazos de término, con edad mayor o igual a 35 años, con embarazos de término por fecha de última menstruación, primigestas. No se incluyeron multigestas, ni embarazos de 37 a 41 semanas por F.U.M. no confiable y edad gestacional menor, se eliminaron pacientes con embarazos complicados con otras patologías, (Diabetes, Hipertensión, Embarazo múltiple); se analizaron datos de semanas de gestación, edad de la paciente, control prenatal, la vía de interrupción del embarazo, la indicación de la cesárea, complicaciones en general y los datos del recién nacido.

RESULTADOS:

Un total de 62 pacientes fueron valoradas por el servicio de Toco-Quirúrgica, con embarazo de 37-41 semanas. El grupo de estudio se formó con 29 pacientes de 35 años (46.77%), 16 de 36 años (25.80%), 8 de 37 años (12.90%), 5 de 38 años (8.06%), 2 de 39 años (3.22%), 2 de 40 años (3.22%). En relación a la edad Gestacional se encontró 26 pacientes de 39 semanas (41.93%), 40 semanas (24.19%), 2 pacientes de 37 semanas (3.22%) y 1 paciente de 41 semanas (1.61%). La vía de resolución del embarazo la cesárea presentó un porcentaje del 37%, Parto Eutócico (58%), Fórceps (4.83%). En las indicaciones de cesárea las más frecuentes fueron D.C.P. con 30%, Falta de Progresión de Trabajo de Parto con 17%, Presentación Pélvica con 13%, Primigesta añosa con 13%. El peso de los productos su mayor porcentaje se presentó en el rango de 3000 grs. a 3500 grs. Con 48.39%. No se obtuvieron productos de más de 4000 grs. No se presentaron casos de Apgar menor de 6, el mayor porcentaje de Apgar al minuto fue de 61.29% y a los 5 minutos el porcentaje fue de 91.43% en este mismo rango de 8-9. Se observó control prenatal en 72.58% de los casos. Se realizó conducción del parto en 87.09% de las pacientes. No hubo ningún caso de muerte materna o fetal.

CONCLUSIONES:

En nuestro medio el índice de cesárea es de aproximadamente 40% por lo tanto la cesárea no es mas frecuente en mujeres de edad avanzada. En el presente trabajo no se presentó mortalidad materna o fetal, cromosomopatías, sin embargo tales problemas siempre deben tenerse en mente.

Las indicaciones de cesárea son de tipo obstétrico; la morbimortalidad no fue significativa en pacientes de edad avanzada a nivel materno-fetal, al tener un buen control prenatal y elegir la mejor via de interrupción del embarazo. Finalmente es importante hacer hincapié en que la mejor arma para prevenir complicaciones o disminuir su incidencia es el control prenatal adecuado.

ÍNDICE

	Pág.
1.- INTRODUCCIÓN	1
2.- MATERIAL Y MÉTODOS	6
3.- RESULTADOS	7
4.- DISCUSIÓN	17
5.- CONCLUSIONES	20
6.- BIBLIOGRAFÍA	21

1.- INTRODUCCIÓN

La edad de la paciente es importante en la evaluación de cualquier problema médico, esto es verdad en obstetricia y en cualquier campo de la medicina (1, 2, 3, 4).

Han pasado cinco décadas desde que Waters y Wager utilizaron el término " Primigesta añosa ", para describir a una mujer de 35 años o más y que presenta un embarazo por primera vez (17).

En años recientes cada vez un número mayor de mujeres están difiriendo el momento de su primer embarazo o bien el intervalo de los siguientes, hasta después de los 35 años (10). Esto es debido, en parte, al aumento de la tendencia de lograr un mayor desarrollo personal tanto profesional como educativo (3).

Este proceso es más acentuado en países desarrollados como Estados Unidos en donde en el año 1982, 5.3% de todos los nacimientos fue en mujeres de edad avanzada, en 1990 fue de 6% y se estima que para el año 2000 sería de 8.6% (6).

Tradicionalmente el embarazo en mujeres de edad avanzada ha sido catalogado como de alto riesgo, e influye en la decisión del médico para elegir la vía del nacimiento (15) sin embargo aun existe la controversia sobre si este grupo de pacientes tienen cifras elevadas de morbimortalidad maternofetal solamente por su mayor edad (19, 20).

Parece haber un consenso de que se incrementa el riesgo de anomalías congénitas (8), aborto espontáneo, obitos (12). Diabetes mellitus (5, 20), enfermedad hipertensiva (5, 13), productos macrosómicos (14), parto pretérmino, menor calificación de Apgar (15) y anomalías en la inserción placentaria, pero hay otros autores que no han encontrado una mayor incidencia en cuanto a muerte fetal y neonatal (9) desnutrido in útero y muerte materna (3, 12, 21).

En la Universidad de Maryland, Kaltreider encontró un 9.9% de incidencia de bebés con peso por arriba de 4000 grs. en mujeres arias, comparado a 6.5% en mujeres menores de 35 años (20).

La morbimortalidad perinatal también se ve incrementada, la frecuencia de anomalías cromosómicas es sustancialmente mayor, así como el riesgo de aborto espontáneo, el síndrome de Dawn se presenta de 1 en 318 nacidos cuando la edad materna es de 35 años, y de 1 en 29 si la edad es de 45 años (17).

No hay en la literatura, valoraciones confiables del patrón de trabajo de parto, en primigesta añosa, hay estudios que describen trabajo de parto prolongado en estas pacientes (1, 11, 20).

Macdonald y MacLennan en una revisión de 662 pacientes primigestas añosas realizado en 1960, encontró trabajo de parto de más de 24 hrs., en 32.2% en mujeres añosas comparado con 27.4% en mujeres jóvenes (20).

Waters y Wager en 10 años de experiencia en el hospital Margaret Hague en Nueva Jersey no encontraron diferencias de trabajo de parto en primigestas añosas. Otros autores no reportaron diferencias en el trabajo de parto de primigestas añosas (20).

Un consistente hallazgo en la revisión de la literatura realizado por Hansen en 1986, mostró una variación de las tasas de cesáreas directamente con la edad materna; Kajanoja and Widholm en 1978 en una revisión de 558 partos de mujeres de 40 años o más, encontraron un 31% de cesáreas comparado con un 12% en mujeres de menos de 40 años (20).

Kirz en 1985 reporto un 40.7% de cesáreas entre nulíparas de edad de 35 años o más en comparación a 22.6% para nulíparas de edad de 20 a 25 años (21).

La tasa de cesárea se incrementa marcadamente con el incremento de la edad materna, reportado en estudios recientes (1, 2, 3, 4, 7, 8).

Por lo ya comentado la primigesta añosa tiene características propias, que la diferencian de la primigesta joven, tanto por la evolución del embarazo como por la vía de interrupción del mismo, sin embargo, en nuestro país no existen estudios recientes al respecto, por lo que se considera pertinente la realización del presente trabajo.

En numerosos trabajos internacionales se reporta que la morbimortalidad materna y fetal es mayor conforme avanza la edad materna, también se menciona entre otras cosas que existen cambios a nivel de vasos uterinos, lo cual tal vez explique el porque se prolonga el trabajo de parto repercutiendo en mayor incidencia de cesárea (1,3,4,7,8,11).

Los objetivos específicos del presente trabajo son determinar la morbimortalidad materno-fetal en la primigesta añosa, determinar la vía de interrupción más frecuente del embarazo y demostrar que se incrementa la interrupción del embarazo por vía abdominal para mejorar el pronóstico perinatal.

2.- MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron 62 pacientes de Mayo de 1996 a Enero de 1997 quienes eran ingresadas al servicio de la Unidad Toco-Quirúrgica, primigestas con embarazos de término, con edad mayor o igual a 35 años.

No se incluyeron multigestas, ni embarazos de 37 a 41 semanas por F.U.M. no confiable y edad gestacional menor, se eliminaron pacientes con embarazos complicados por otras patologías (Diabetes Mellitus, Hipertensión, Embarazo Múltiple).

Se analizaron datos de semanas de gestación , edad de la paciente, control prenatal (más de 3 consultas como mínimo), complicaciones del embarazo (Infección de vías urinarias, anemia, A.P.P.), la vía de interrupción del embarazo, la indicación de la cesárea, complicaciones en general y los datos del recién nacido.

3.- RESULTADOS

El grupo de estudio se formó con 62 pacientes en total, con 29 pacientes de 35 años representando el 46.77%, 16 de 36 años (25.80%), 8 de 37 años (12.90%), 5 de 38 años (8.06%), 2 de 39 años (3.22%), 2 de 40 años (3.22%), como se muestra en la tabla I.

En relación a la edad gestacional, la frecuencia más alta se encontró de 39 semanas con 26 pacientes representando el 41.93%, en segundo lugar de 40 semanas con 18 pacientes (29.03%), 15 pacientes con 38 semanas (24.19%), 2 pacientes con 37 semanas (3.22%) y 1 paciente de 41 semanas (1.61%). Gráfica I

La morbilidad materna se muestra en la Tabla 2 en la que observamos: Infección de vías urinarias en 6 casos (9.67%), Anemia con 3 casos (4.83%), Cervicovaginitis con 2 casos (3.22%), Inserción Baja de Placenta (I.B.P.) un caso (1.61%).

La vía de resolución del embarazo se muestra en la Gráfica III, donde observamos que se realizó cesárea en 23 casos representando el 37%, parto eutócico 36 casos (58%), Fórceps en 3 casos (4.83%).

La indicación de cesárea se muestra en la Gráfica IV, observándose que las más frecuentes fueron, la desproporción cefalopélvica (D.C.P.) 7 casos representando el 30%, Falta de Progresión de trabajo de Parto con 4 casos (17%), presentación pélvica 3 casos (13%), Primigesta añosa 3 casos (13%), Sufrimiento fetal con 2 casos (8.6%).

El peso de los productos presentó su mayor porcentaje entre los rangos de 3000 grs. a 3500 grs. Con 30 casos representando el 48.39%. Gráfica V

No se obtuvieron productos de 4000 grs. o más.

Se realizó conducción del parto en 54 pacientes con un porcentaje de 87.09%.

No se presentaron casos con Apgar menor de 6 al minuto, ni a los 5 minutos, el mayor porcentaje de Apgar al minuto fue de 61.29% en el rango de 8-9 con 38 casos. A los 5 minutos el porcentaje aumento con 57 casos un porcentaje del 91.43% en el mismo rango de 8-9.

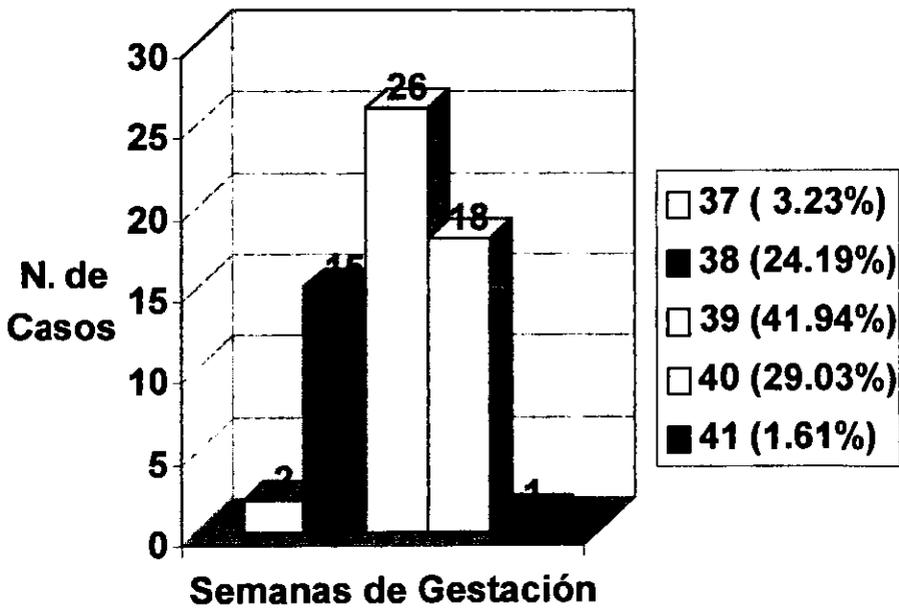
Gráfica VI

No hubo ningún caso de muerte materna o fetal.

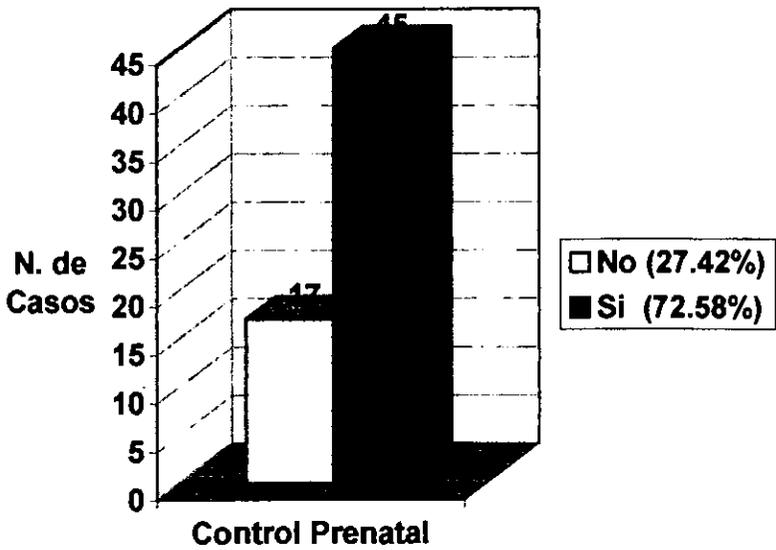
TABLA I**FRECUENCIA POR EDADES DE PRIMIGESTA AÑOSA**

EDAD AÑOS	No. DE CASOS	%
35	29	46.77
36	16	25.80
37	8	12.90
38	5	8.06
39	2	3.22
40	2	3.22
TOTAL	62	100

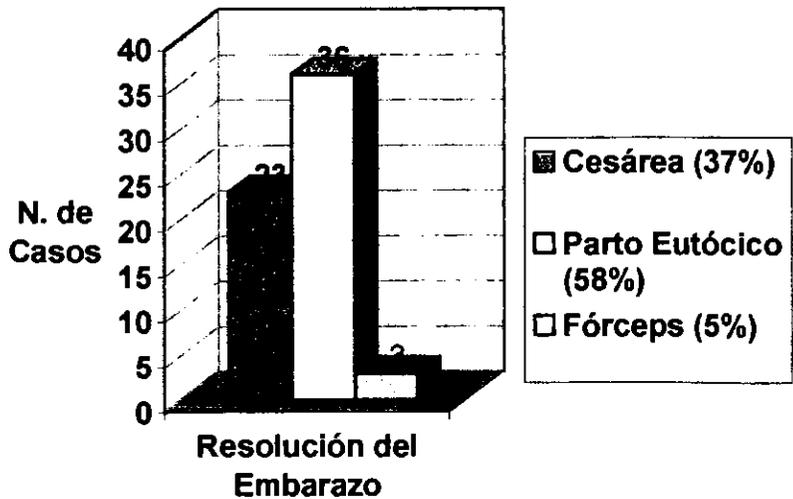
Gráfica I



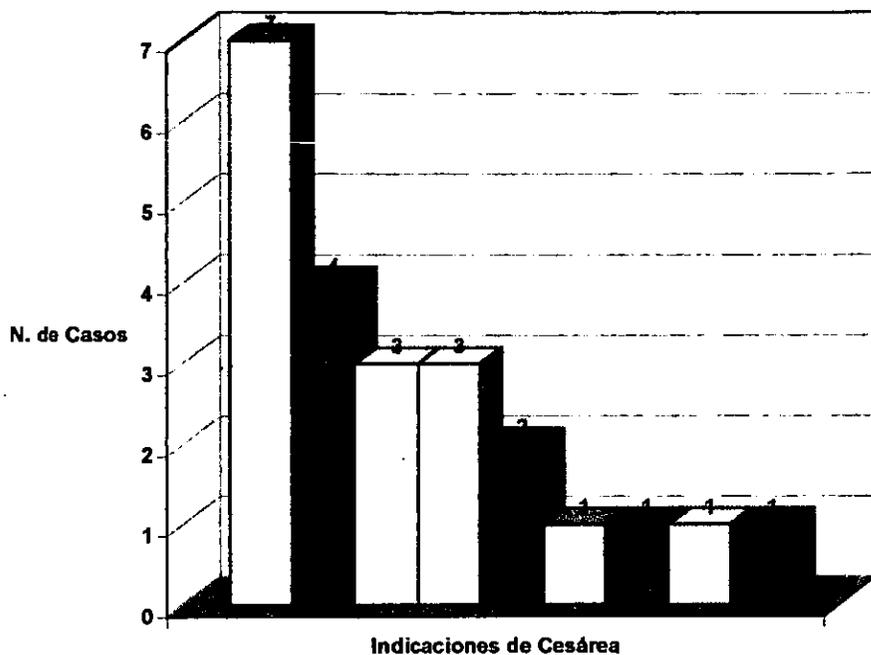
Gráfica II



Gráfica III

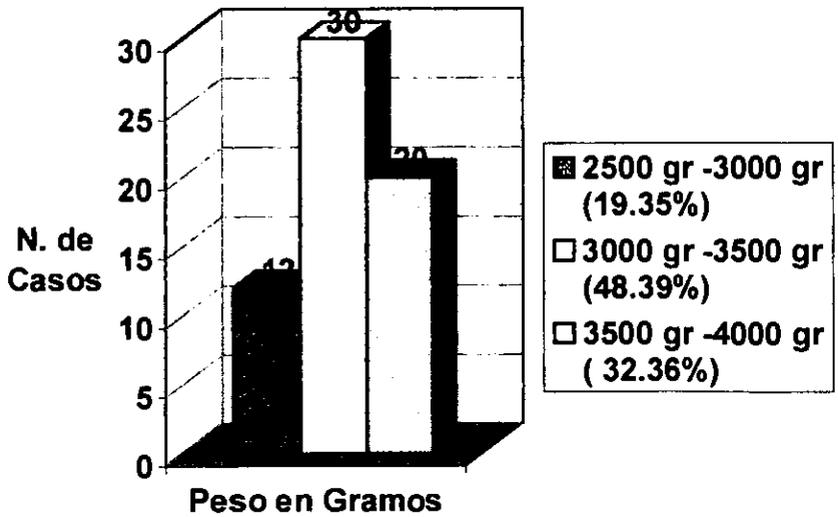


Gráfica IV

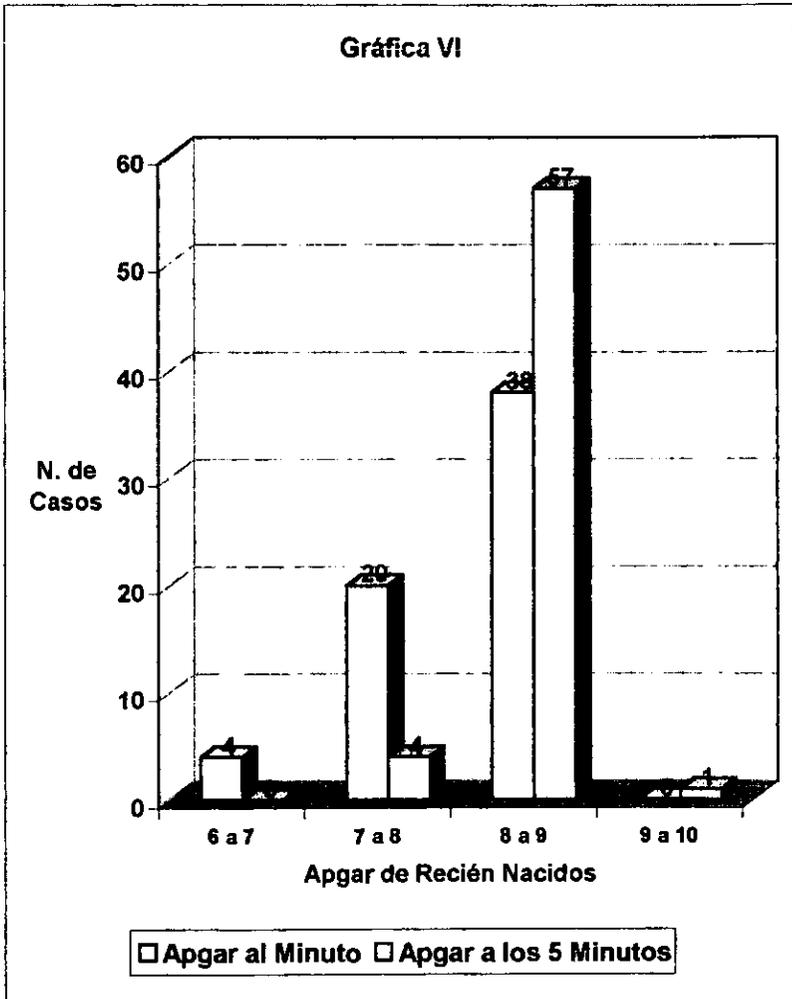


□ D. C. P. (30.43%)	■ Falta Prog. T. de P. (17.39%)
□ Primigesta Añosa (13.04%)	□ Pélvico (13.04%)
■ S. F. A. (8.7%)	□ Baja Reserva Fetal (4.35%)
■ R. P. M. (4.35%)	□ Prolapso de Cordón (4.35%)
■ Placenta Previa (4.35%)	

Gráfica V



Gráfica VI



4.- DISCUSIÓN

En el presente trabajo se analizaron 62 casos de primigestas añosas de 35 años o más, para valorar la morbimortalidad materna y fetal, lográndose demostrar que conforme avanza la edad materna la morbimortalidad materna y fetal no es mayor, como se ha demostrado en otros estudios (3, 9).

Desde el punto de vista materno se observó 4 parámetros (I.V.U., Anemia, Cervicovaginitis, I.B.P.) no se encontró significancia estadística.

En relación a la vía de resolución del embarazo como ya se comentó se presentó en un porcentaje de 37% similar a los rangos encontrados en otros estudios, tal vez relacionado con la menor capacidad de contracción del útero por la disminución del aporte sanguíneo al mismo, que se presenta conforme avanza la edad como se menciona en trabajos previos (1, 3, 4, 7, 8, 11).

En relación a la morbilidad fetal el peso del recién nacido se encontró con mayor porcentaje entre 3000 grs. a 3500 grs. (48.39%), no hubo productos de 4000 grs. o más, acorde a estudios anteriores ni fetos hipotróficos (9, 20).

En un estudio realizado en el Hospital Civil de Guadalajara en 1993 se encontró un aumento de fetos de alto y bajo peso acorde con lo reportado por otros autores; el Dr. González en este mismo hospital reporto en 1992 que existía más macrosomía en los neonatos masculinos, productos de multigestas y en los hijos de madres mayores de 35 años (12, 14).

Forman en 1984 encontró productos de bajo peso (<2500 grs.) en mujeres añosas en comparación a madres jóvenes. Kajanoja en 1978 reportaron en su estudio con 558 mujeres de 40 años un 12% de prematuridad (definida como bajo peso al nacer de menos de 2500 grs.s (20).

En relación al Apgar al minuto se encontró un alto porcentaje en Apgar de 8-9 (61.29%), incrementándose dicho porcentaje a los 5 minutos al 91.93%; no hubo casos de Apgar menor de 6. Esto coincide con estudios reportados, el Dr. Romero en 1999 encontró un promedio de Apgar al minuto de 7.14 en productos de madres mayores de 35 años estudio realizado en el I.M.S.S. (3). Dulitzki en 1998 reportó en un estudio de 109 mujeres no encontrar Apgar menor de 7 por la influencia de la edad materna (5). Dollberg en 1996 no encontró significancia estadística en el Apgar de productos de madres añosas al minuto y a los 5 minutos.

En relación al porcentaje de cesáreas fue de 37% en nuestro medio el índice de cesárea es aproximadamente del 40%.

En relación a las causas de la indicación de cesárea del 37% total, se encontró un porcentaje alto al unir las dos primeras indicaciones (D.C.P., y Falta de Progresión de trabajo de parto) 47.82%, un porcentaje significativo de presentación pélvica (13.04%), al igual que el de primigesta añosa, similar a lo reportado en estudios recientes (1, 2).

Diversos estudios reportaron mayor incidencia de Síndrome de Down, sin embargo en el presente trabajo esto no ocurrió, quizá esto se relacione con la muestra y tal vez con una muestra mayor se pudiera obtener resultados más concluyentes al respecto.

Es este trabajo se encontró un alto porcentaje de pacientes con control prenatal, con un porcentaje de (72.58%) así como manejo de patologías en el mismo, lo cual puede disminuir la morbimortalidad del binomio, conjuntamente con una buena indicación para la terminación del embarazo sea abdominal o vaginal.

5.- CONCLUSIONES

Tomando en cuenta que cada vez es mayor el número de mujeres que por diferentes causas retrasan su embarazo, debemos tener presente que no será raro que frecuentemente estaremos ante una mujer embarazada por primera vez y que tenga 35 años o más.

Debemos estar alerta en relación a la posibilidad de desarrollo de Enfermedad Hipertensiva, Diabetes, al incrementarse la edad materna.

En nuestro medio el índice de cesárea es aproximadamente del 40%, por lo tanto la cesárea no es más frecuente en mujeres de edad avanzada. En el presente trabajo no se presentó mortalidad materna o fetal, cromosopatías, sin embargo tales problemas siempre deben tenerse en mente.

Las indicaciones de cesárea son de tipo obstétrico; la morbimortalidad no fue significativa en pacientes de edad avanzada a nivel materno-fetal, al tener un buen control prenatal y elegir la mejor vía de interrupción del embarazo.

Finalmente es importante hacer hincapié en que la mejor arma para prevenir complicaciones o disminuir su incidencia es el control prenatal adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Main, D.M., et. al. The relationship between maternal age and uterine dysfunction: A continuous effect throughout reproductive life. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 1312-1320.
2. Poma, P.A. Effect of Decreasing Cesarean Births on maternal age, Parity and Ethnicity-Associated Cesarean Rates. *The Journal of Reproductive Medicine* 2000; 45:213-219.
3. Romero, G.G., et. al., Morbilidad y mortalidad materno fetal en embarazadas de edad avanzada. *Ginec Obstet Mex* 1999; 67: 239.245.
4. Gilbert W.M., et. al. Childbearing Beyond Age 40: Pregnancy Outcome in 24, 032 Cases. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 9-14.
5. Dulitzki M., et. al. Effect of very Advanced Maternal Age on Pregnancy Outcome and Rate of cesarean Delivery. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 935-939.
6. Bianco, A.S., et. al. Pregnancy outcome at age 40 and older. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 917-922.
7. Dollberg, S., et. al. Adverse Perinatal Outcome in the Older Primipara. *J Perinatol*. 1996; 16: 93-97.
8. Dildy, G.A., et. al. Very advanced maternal age: Pregnancy after age 45. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 668-674.
9. Prysak, M.P., et. al. Pregnancy Outcome in nulliparous Women 35 Year and Older. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 65-70.
10. Fretts, R.C., et. al. Increased maternal age and the risk of fetal death. *N Engl J Med* 1995; 333: 953-957.
11. Adashek J.A., et. al. Factors contributing to the increased Cesarean birth rate in older parturient women. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 936-940.
12. Villa, V.F., et. al. Morbimortalidad materno-fetal en mujeres mayores de 35 años en el hospital civil de Guadalajara. *Ginec Obstet Mex*. 1993; 63 supl 1:74.

13. Edge, V., Laros, R.K. Pregnancy outcome in nulliparous women aged 35 or older. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 1881-1885.
14. González, M.J., et. al. Relación del peso y sexo de los recién nacidos con la edad materna y número de gestaciones. *Ginec Obstet Mex* 1992; 60 supl 1:63.
15. Castañeda, A.I., et. al. Embarazo en mayores de 35 años *Ginec Obstet Mex* 1992; 60 supl: 56.
16. Gordon, D., et. al. Advanced Maternal Age As a Risk for Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol.* 1991; 77: 493-497.
17. Resnik R. The "Elderly primigravida" in 1990. *N. England J Med* 1990; 322:693-694.
18. Mutchinick O., Riesgo para síndrome de Down por bienios y quinquenios de edad materna en la población Mexicana. *Bol Med Hosp. Infa Mex* 1991; 41:534-537.
19. Ales, K.L., et.al. Impact of advanced maternal age on the outcome of pregnancy. *Surg Gynecol Obstet* 1990; 171:209-216.
20. Hansen J., Older Maternal Age and Pregnancy outcome: A Review of literature. *Obstetrical and Gynecological Survey* 1986:41:726-742.
21. Kirz,D.S., et.al. Advanced maternal age: The mature gravida. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152:7-12.