

Morbilidad de la gran múltipara

Dr. Elías Farra Rischmawy(*) Dr.

Rene Carranza Velásquez(**)

I.—INTRODUCCIÓN:

El término "**gran** múltipara" fue introducido por Salomons (1) en 1934, quien impresionado por la elevada mortalidad de estas pacientes, en comparación con otros grupos, las llamó "múltiparas peligrosas". Eastman (2) insistió además, en las altas cifras de mortalidad perinatal como consecuencia del aumento de la prematuridad, malformaciones congénitas y complicaciones del embarazo.

La gran múltipara, es aquella mujer que ha pasado del período máximo de la procreación; la que está en la edad de las enfermedades circulatorias, metabólicas, y regresivas, las cuales aumentan las complicaciones del embarazo y parto. Calkins (3), Israel (4) y Krebs (5) consideran que se ha exagerado el peligro obstétrico de la gran múltipara y no la aceptan como problema obstétrico de importancia.

No existe acuerdo unánime en su definición: para O'Sullivan (6) y para los franceses es aquella mujer que ha tenido 5 partos, para Ziel (7) Fuchs y Peretz (11), Oxorn (12), Israel (4), Beltrán (13), Wulfovich y Miller (8) la que ha tenido 8 partos. Para Schram (9), Karchmer (10), (14) y González (15) es aquella mujer que ha tenido 7 partos. Para Eastman (2) es la que tiene 8 o más partos. En nuestro Servicio de Obstetricia, tomando en cuenta el nivel del medio socio-económico, religioso y cultural del pueblo, se acepta como gran múltipara la mujer que ha tenido 7 o más partos, independientemente de su edad y número de gestaciones.

II.—MATERIAL DE TRABAJO

Para la elaboración del presente trabajo hemos analizado los expedientes clínicos de 1966 grandes múltiparas que fueron atendidas en su parto, en el Hospital del Instituto Hondureño de Seguridad Social, del primero de enero de 1963 al 31 de diciembre de 1966.

III.—RESULTADOS

INCIDENCIA:

Durante los cuatro años en estudio se atendieron 7.504 partos, de los cuales 1.996 fueron de grandes múltiparas, representando el 26.6%. Cifra muy elevada si la comparamos con las reportadas en la literatura; nosotros la explicamos por el bajo nivel socio-económico de las pacientes. Véase cuadros N° 1 y 2; en el N° 1 podrá verse además, la forma en que fueron atendidos el total de partos.

Servicio de Gineco-Obstetricia IHSS Tegueigalpa, D. C. Honduras.

EDAD DE LAS PARTURIENTAS:

En el cuadro N° 3 se aprecia las edades de las mujeres estudiadas, representando las menores de 35 años el 51%; este grupo se considera joven desde el punto de vista obstétrico y cronológico. Las edades extremas encontradas fueron de 26 a 48 años.

PARIDAD:

Las pacientes con 7 a 10 partos sumaron el 85.4% y las con 11 a 18 partos el 15%.

En cuanto a los abortos, se observó lo siguiente: a) con cero abortos en el 59.7%; b) con 1 a 2 abortos en el 30.0% y c) con 3 a 7 abortos en el 10.3%. Véase cuadro No 4.

ATENCIÓN PRENATAL:

En el cuadro No. 5 se aprecia que el 37.7% de las mujeres no asistieron al consultorio prenatal; el 21.8% acudieron de una a tres veces, lo cual se considera como atención prenatal deficiente. Solamente en el 40.5% la atención fue satisfactoria. Estos hallazgos contrastan con los comunicados por Wulfovich (14), quien reportó que el 69.5% de las grandes multíparas estudiadas por él en el Hospital de Gineco-Obstetricia N° 1 del IMSS, no asistieron a la consulta prenatal.

EDAD DEL EMBARAZO;

Las pacientes con embarazos de 29 a 36 semanas de evolución representaron el 9.4%, cifra que coincide estadísticamente con la de los productos prematuros que fue de 9.8%. Los embarazos mayores de 36 semanas sumaron el 90.6%. Véase cuadro N° 6.

EMBARAZOS GEMELARES:

Como se aprecia en el cuadro N° 7 los embarazos gemelares sumaron el 5.5% del total, proporcionando una cifra absoluta de 109 partos gemelares, completando la cantidad de 2.105 productos. Ochoa Alcántara (16) en estudio sobre embarazos gemelares de nuestra maternidad, encontró una incidencia del 1.8%. Bertrán (13) encontró el 2.1%.

ANEMIA:

Este síntoma-signo se estudió mediante el análisis de la hemoglobina, aceptando como anemia, todos los casos cuya hemoglobina no sobrepasó los 10 gramos, los cuales representaron el 17.0% de las embarazadas. En el 56.9% sobrepasaron los 10 gramos y en el 26.1% no apareció consignado dicho dato en el expediente clínico. Véase cuadro N° 8.

PRESENTACIÓN:

En el cuadro N° 9 se aprecia que el producto venía en presentación de vértice flexionada en el 85.5%, en presentación pelviana en el 11.9%, en presentación de vértice deflexionada en el 1.8 % y en situación transversa en el 0.8%. La incidencia general de la presentación pelviana es de 3.3%, contrastando con el 11.9% de la gran múltipara. El aumento de las presentaciones distócicas se explica por la flaccidez de las paredes abdominales y la disminución del tono uterino en las grandes múltiparas.

PROCEDIMIENTO OBSTÉTRICO:

Se produjeron partos espontáneos en el 93.2%, cesárea en el 4.0%, fórceps en el 1.1%, vacuum extractor en el 0.9%: y extracción pelviana en el 0.8%. Estos resultados coinciden estadísticamente con los obtenidos en la maternidad en general. Véase cuadro N° 10.

DURACIÓN DEL PARTO:

En el cuadro N° 11 se observa que la duración del parto osciló entre 2 y 28 horas. El 45.1 % de los partos se produjo antes de las 6 horas, el 43.6% entre 6 y 12 horas y el 8.4% entre 12 y 28 horas. Aceptando* como parto prolongado todo aquél que sobrepasó las 12 horas de labor. Los autores citados con anterioridad están de acuerdo en que la mayoría de estas pacientes tienen un parto generalmente rápido. Sin embargo, se prolonga en algunos casos debido a trastornos de la dinámica uterina, macrosomía fetal y las presentaciones viciosas.

El concepto sobre parto prolongado es eminentemente clínico: es aquél que dura más de lo habitual y es el resultado de diferentes condiciones obstétricas que causan finalmente el retardo en la progresión del proceso fisiológico. La determinación exacta de la duración de un parto es difícil, ya que su iniciación frecuentemente no se precisa con exactitud y la anormalidad en el progreso puede presentarse en cualquiera de los diferentes períodos fisiológicos del mismo. El límite entre el parto normal y prolongado lo establece cada autor a su criterio, hasta el punto de que es desconcertante el desacuerdo sobre las horas que deben transcurrir para considerar un parto como prolongado. Oscilando así para Fragozo Lizalde (17) en 8 horas en primigrávidas y 5 horas en múltiparas; Arrijoja (18) comunica 12 horas para las primigrávidas y 8 horas para las múltiparas; Sánchez Ibañez (19) publica 18 horas para la primigrávida y 12 horas para la múltipara; Uranga Imaz (20) menciona 18 horas para la primigrávida y 14 horas para la múltipara; Me Cali (21) publica 24 horas para las primigrávidas como para las múltiparas. Los ingleses y norteamericanos (18 y 19) comunican cifras que van de 24 a 60 horas.

Que la duración de los partos ha ido disminuyendo, es un hecho de observación común, que debe atribuirse a la mejor dirección de los mismos; en parte por un mejor conocimiento, pero sobre todo por contar con mejores recursos: analgésicos y antiespasmódicos, el goteo de oxitocina, la anestesia peridural y la hidratación por vía intravenosa, así como el enfoque con que llega la mujer al parto, menos temerosa, con lo que evitan, a no dudarlo, muchos casos de distocias de contractilidad.

SEXO DEL PRODUCTO:

Se obtuvieron productos de sexo masculino en el 56.9 % y de sexo femenino en el 43.1% cifra semejantes a las obtenidas en toda la maternidad. Véase cuadro N° 12.

ALUMBRAMIENTO:

En el cuadro N° 13 se observa que el alumbramiento fue espontáneo en el 93.1% y manual en el 6.9%. Entre los espontáneos: la modalidad Beaudelocque-Schultze se presentó en el 76.9% y la modalidad Beaudelocque-Ducan en el 32.1%. e empleó de rutina una ampolla de ocitócico (meterán, sintocynon, pitocín) por vía intramuscular o intravenosa durante la extracción de la cabeza feta!.

La hemorragia producida osciló entre 50 y 1000 cc. En el cuadro N° 14 se aprecia que en el 77.07% fue menor de 100 cc, en el 20.5% osciló entre 101 y 400 cc. y en el 2.5% sobrepasó los 400 cc.

La hemorragia en general fue mucho mayor que la observada en la maternidad, necesitando de mayor cantidad de sangre transfundida y de cuidados especiales.

DISTOCIA DEL PARTO:

El cuadro N° 15 revela que el parto se prolongó en el 8.4%, que se practicó conducción intravenosa con ocitócicos en el 4.4%, se produjeron partos precipitados fuera de la maternidad: en su domicilio, ambulancia, emergencia y camillas en el 2.4%. Se observó asociación con prolapso genital, especialmente cistocele en el 1.0 % ; se asoció al cáncer cérvico-uterino en el 0.05%. Se produjo procidencia del cordón en el 0.35% ; sufrimiento fetal en el 1.6%; distocia, de hombros en el 0.5%, circular del cordón alrededor del cuello en el 5.6% y retención placentaria en el 1.7%. Estos resultados estadísticamente son más elevados que los obtenidos en toda la maternidad.

PESO DEL PRODUCTO:

Los recién nacidos pesaron menos de 2.500 gramos en el 9.8% y más de 2.500 gramos en el 90.2%. La primera cifra coincide con el 9.4% de los embarazos de 29 a 36 semanas de evolución. Véase cuadro N° 16.

EVALUACIÓN DEL RECIÉN NACIDO:

La evaluación del recién nacido la practicó el obstetra o residente que asistió el parto en el primer minuto de nacido, empleando el índice de Apgar para la evaluación. Obteniéndose los siguientes resultados: índice de cero en el 5.2%, índice de 1 a 7 en el 6.5% e índice de 8 a 10 en el 88.3 . Véase cuadro N° 17.

MORTALIDAD PERINATAL:

En los cuadros N° 18 y 19 se observan las causas y porcentajes de la mortalidad perinatal. La mortalidad 7.4% ; cifra extraordinariamente elevada si la comparamos con la encontrada por Vidal (22) en la misma institución, que fue de 2.2%. La etiología de la mortalidad fue la siguiente: el óbito fetal representó el 23.0%, la prematuridad el 16.9%, las anomalías congénitas el 16.2%, la placenta previa el 12.2%, la toxemia gravídica el 8.1%, la procidencia del cordón el 5.4% y la retención de cabeza última el 2.7%. No se hizo estudio histológico debido a que no se practican autopsias de rutina.

IV.—COMENTARIOS

La incidencia de multiparidad tan elevada en nuestro medio, es otra de las "enfermedades sociales" adscritas al subdesarrollo. Cada día escasea más la literatura sobre este tipo de Patología en publicaciones de Europa y Estados Unidos y la grandes múltiparas de 12 y 18 partos sólo las vemos en Latinoamérica y algunos países de Asia y Africa.

La joven edad a que estas pacientes se vuelven grandes múltiparas es reflejo de la falta de planificación de la familia en sus matrimonios, y de la ausencia de cultura que les permita echar mano de medios para limitar su gran fertilidad.

Gran número de estas pacientes pierden el interés por asistir a las consultas pre-natales y a las maternidades, teniendo sus partos en sus domicilios rurales o urbanos: cada vez con más confianza, hasta que llega el día de la complicación grave en que son ingresadas a los hospitales después de ser maniobradas, a veces con violencia inaudita, por personal empírico y analfabeto: con producto muerto o seriamente comprometido.

La incidencia de distocia, incluyendo en ella a la presentación podálica, es francamente superior a las parturientas de la maternidad en general: la falta de tono de las paredes uterinas, la macrosomia subintrauterina de los productos, la depauperación orgánica materna progresiva, el adelgazamiento del músculo uterino, la obesidad frecuente de las pacientes, la ausencia de estabilidad y tono en el soporte* muscular urogenital y en la pared abdominal, nos parecen factores con responsabilidad definitiva en ello.

La elevada pérdida fetal en comparación con la generalidad de la población obstétrica de la maternidad, muestra que sí hay, en la gran múltipara un riesgo mayor para ella y para el producto, asociado a su maternidad, elevada; y que amerita que se individualice su cuidado en razón directa de su mayor paridad, a lo largo de su prenatal, parto y postpartum, y más aún que siguiendo los postulados de la medicina preventiva se disminuya su incidencia en nuestro medio, a base de programas de paternidad responsable, para beneficio suyo, de su descendencia y de la comunidad.

I N C I D E N C I A
MORBILIDAD DE LA GRAN MULTIPARA
HOSPITAL I. H. S. S. — 1963-1966

Cuadro N° 1

	Casos	%
Vacum extractor	46	0.6
Forceps	138	1.8
Cesárea	236	3.1
Parto espontáneo	7.084	94.4
Total de partos	7.504	100.0
Grandes multiparas	1.996	26.6

I N C I D E N C I A
MORBILIDAD DE LA GRAN MULTIPARA
HOSPITAL I. H. S. S. — 1963-1966

Cuadro N° 2

Autor	Total de partos	Gran multipara	%	partos N° de
Ziel		725	23.3	6
Miller		563	24.3	6
Scram		502	2.6	7
Karchmer	36.677	3.269	10.3	7
Fuchs y Peretz		1.677	7.1	7
Oxorn		1.056	1.6	7
Israel y Blazar	128.568	5.551	4.3	7
González	9.500	1.000	10.5	7
Presente estudio	7.504	1.996	26.6	7

E D A D
MORBILIDAD DE LA GRAN MULTIPARA
HOSPITAL I. H. S. S. — 1963-1966

Cuadro N° 3

Años	Casos	%
26-30	349	17.5
31-35	669	33.5
35-40	708	35.5
41-45	241	12.1
46-48	29	1.4
Total	1966	100.0

P A R I D A D
MORBILIDAD DE LA GRAN MULTIPARA
HOSPITAL I. H. S. S. — 1963-1966

Cuadro N° 4

Partos	Casos	%	Abortos	Casos	%
7 - 10	1.699	85.0	0	1.191	59.7
11 - 18	297	15.0	1 - 2	599	30.0
			3 - 7	206	10.3
Total	1.996	100.0	Total	1.996	100.0

A T E N C I O N P R E N A T A L
MORBILIDAD DE LA GRAN MULTIPARA
HOSPITAL I. H. S. S. — 1963-1966

Cuadro N° 5

Visitas	Casos	%
0	753	37.7
1 - 3	436	21.8
4 y +	807	40.5
Total	1.996	100.0

DURACIÓN DEL PARTO
 MORBILIDAD DE LA GRAN MULTÍPARA
 HOSPITAL I. H. S. S. — 1963-1966

Cuadro N° 11

En horas	Casos	%
No consignado	53	2.9
2 6 6	901	45.1
6 - 12	870	43.6
12 - 28	167	8.4
Total	1.996	100.0

SEXO DEL PRODUCTO
 MORBILIDAD DE LA GRAN MULTÍPARA
 HOSPITAL I, H. S. S. — 1963-1966

Cuadro N° 12

	Casos	%
Femenino	967	43.1
Masculino	1.198	56.9
Total	2.105	100.0

A L U M B R A M I E N T O
MORBILIDAD DE LA GRAN MULTÍPARA
HOSPITAL I. H. S. S. — 1963-1966

Cuadro 13

			Casos	%
	Casos	%		
B. Schultze	1.430	76.9		
B. Duncan	429	23.1		
Espontáneo	1.859	100.0	1.859	93.1
Manual			137	6.9
Total			1.996	100.0

H E M O R R A G I A
MORBILIDAD DE LA GRAN MULTÍPARA
HOSPITAL I. H. S. S. — 1963-1966

Cuadro N° 14

En C. C.	Casos	%
50 - 100	1.537	77.0
101 - 400	409	20.5
401 y +	50	2.5
Total	1.996	100.0

D I S T O C I A D E L P A R T O
M O R B I L I D A D D E L A G R A N M U L T Í P A R A
H O S P I T A L I . H . S . S . — 1 9 6 3 - 1 9 6 6

Cuadro N° 15

	Casos	%
Parto prolongado	167	8.4
Partos en ambulancia y domicilio	48	2.4
Partos conducidos	89	4.4
Asociado con cistocele	20	1.0
Asociado con cáncer uterino	1	0.05
Procidencia del cordón	7	0.35
Sufrimiento fetal	32	1.6
Distocia de hombro	10	0.5
Circular cordón al cuello	112	5.6
Retención de placenta	34	1.7

P E S O D E L P R O D U C T O
M O R B I L I D A D D E L A G R A N M U L T Í P A R A
H O S P I T A L I . H . S . S . — 1 9 6 3 - 1 9 6 6

Cuadro N° 16

Gramos	Casos	%
— 2.500	206	9.8
+ 2.500	1.899	90.2
Total	2.105	100.0

ÍNDICE DE APGAR
MORBILIDAD DE LA GRAN MULTÍPARA
HOSPITAL I. H. S. S. — 1963-1966

Cuadro N° 17

	Casos	%
0	109	5.2
1 - 7	138	6.5
8- 10	1.858	88.3
Total	2.105	100.0

MORTALIDAD PERINATAL
MORBILIDAD DE LA GRAN MULTÍPARA
HOSPITAL I. H. S. S. — 1963-1966

Cuadro N° 18

Etiología	Casos	%
Obito fetal	34	1.7
Prematuros	25	1.3
Anomalías congénitas	24	1.2
Placenta previa	23	1.1
Desprendimiento normoplacentario	18	0.9
Toxemia	12	0.6
Procidencia del cordón	8	0.4
Retención de cabeza última	4	0.2
Total de mortalidad	148	7.4
Total de partos	1.996	100.0