

# ***Parto en la Primípara de edad avanzada***

Por el doctor ARIEL RODRÍGUEZ-ASTIE.

Tesis de grado. "Meritoria". Universidad Nacional.  
Facultad de Medicina. 1952.

## RESUMEN

### I

#### CONSIDERACIONES SOBRE LA PRIMÍPARA DE EDAD AVANZADA Y SU PARTO.

El parto en la primípara de edad avanzada ha sido considerado difícil por todas las escuelas obstétricas. Diversas causas influyen en este hecho: un factor psicológico consistente en que la mujer ve pasar su vida genital activa sin la esperanza de un hijo; las modificaciones que el transcurrir de la vida imprime en los tejidos y humores; la mayor exposición a enfermedades locales y generales (sífilis, afecciones cardio-renales, hipertensión, miomas); la deshidratación de los tejidos y su consiguiente endurecimiento.

Los autores están de acuerdo en casi la totalidad de los conceptos sobre primigestantes viejas, menos en uno: en la edad a la cual debe considerarse vieja una primípara. Así, Manuel Luis Pérez<sup>1</sup> la considera como tal a partir de los 30 años; otros a los 35; hay quienes la dividen en añosa cuando está entre los 30 y los 35 años, y vieja cuando tiene más de 35. Beruti la juzga vieja a los 28; Ahltel a los 32 y Mangiali a los 35. Profesionales de Loyola University de Chicago dicen: "La primigestante añosa es un concepto relativo, sin embargo la edad de 35 años es tomada como una medida". Thompson, de Dublin, la define como "la mujer que estando por encima de los 35 años es embarazada por primera vez y que ha vivido antes alrededor de 20 años de su vida reproductiva".

Nosotros no prejuzgamos una edad determinada debido a la diversidad de conceptos acerca de este punto pero sí hemos iniciado nuestra investigación a partir de los 25 años, no es por creer viejas a las pacientes de esta edad en su primer parto, sino para establecer una edad-medida entre nosotros, especialmente porque nuestras condiciones de clima, alimentación y costumbres son diferentes a las de las pacientes estudiadas por los autores citados.

Las historias base de este trabajo, que fueron consultadas en el Instituto de Protección Materna e Infantil —Servicio del Profesor Rodríguez Aponte—

corresponden a un lapso comprendido entre 1941 y 1952. En 17,772 partos encontramos 8,133 primíparas, de las cuales 1,198 corresponden a primíparas de 25 años en adelante (6,7%).

## II

### ESTUDIO ESTADÍSTICO Y PERSONAL.

Los detalles que figuran en seguida los hemos extraído del estudio de 1,198 historias de primíparas de 25 años de edad en adelante.

a) Clasificación y frecuencias estadísticas. Reunimos las pacientes en cuatro grupos.

Pacientes de 25 a 27 años	584
Pacientes de 28 a 33 años	442
Pacientes de 34 a 39 años	149
Pacientes de 40 a 45 años	19

b) Edad del embarazo con relación al parto. En todas las primíparas de 25 a 45 años es más frecuente el parto a término que el parto prematuro. Fue más frecuente el parto prematuro en el primer grupo (25 a 27 años) que en las más viejas hasta el punto que en el último grupo (40 a 45 años) sólo hubo un parto a los 6 meses y un 21,05% de embarazos de 8½ meses.

c) Presentaciones. Posiciones y variedades de posición. Embarazos gemelares.—Grupo de 25 a 27 años.—Hay una mayor frecuencia de presentaciones cefálicas de vértice (94%); mayor número de posiciones izquierdas que derechas; en las posiciones izquierdas más variedades anteriores que transversas y posteriores; en las posiciones derechas son más frecuentes las variedades posteriores que las transversas y las anteriores. Se presume en las posiciones derechas mayor dificultad en la rotación de la cabeza y por tanto mayor frecuencia de intervenciones.

Presentaciones de pelvis 3,79%, de las cuales 52,9% son pelvis incompletas y 45,7% completas.  
 Presentación de cara 0,21%.  
 Presentación de hombro 0,10%.  
 Presentación de frente 0,44%.

Grupo de 28 a 33 años. Hay un predominio marcado de la presentación cefálica de vértice y de la variedad IA. En la posición derecha es más frecuente la variedad DP.

Presentación de pelvis: 2,71%; completas: 38,3%; incompletas 28,3%.  
 Presentación de hombro: 0,21%.  
 Presentación de cara y frente: ninguna.  
 Grupo de 34 a 39 años. Mayor frecuencia de la presentación cefálica de vértice y de la variedad OIA.  
 Presentación de pelvis: 2,60%.

Las presentaciones distócicas abundaron más en este grupo: 2,81% para la de hombro en las de 35 años y 9,09 en las de 39 años. Presentación de cara: 9,09 en las de 39 años y frente 1,44% en las de 35 años.

Grupo de 40 a 45 años. Es muy poco frecuente el embarazo en estas edades: 19 casos tan solo.

Las presentaciones cefálicas de vértice dieron mayor número de posiciones OI que OD, y aunque se notó en una edad (42 años) la inversión de la proporción (OI: 34% y OD 66%), el promedio de OD no alcanzó a superar a OI.

Promedio general de las presentaciones distócicas. Pelvis: 2,61%. Pelvis incompletas: 31,25% y pelvis completas: 18,7%. Por tanto es mayor la frecuencia de pelvis incompletas.

Presentación de hombro: 4,60%.

Presentación de cara: 0,56%.

Presentación de frente: 0,08%.

Embarazos gemelares. Se observa poca frecuencia de embarazos gemelares en las primigestantas viejas:

Primer grupo. 5 casos: 0,85%.

Segundo grupo. 1 caso: 0,22%.

Tercer grupo. 0 casos: 0%.

Cuarto grupo: 1 caso: 5,7%.

d) *Partos espontáneos*. Índices globales:

Grupo de 25 a 27 años. Parto espontáneo: 73,2%. Parto intervenido: 26,8%.

Ruptura prematura de las membranas: 28,33%.

Duración promedio del trabajo: 22 horas, 7 minutos.

Mortalidad materna por causa obstétrica pura: ninguna.

Mortalidad fetal: 2,8%.

Peso promedio de los niños: 2,807 gramos.

Se anota en general, que no hubo distocias de consideración que obstaculizaran o prolongaran la duración del trabajo.

El índice de mortalidad fetal es aceptable si se tiene en cuenta que muchas pacientes llegaron al servicio con trabajo prolongado y sufrimiento fetal grave.

*Parto en presentación de pelvis*. 24 casos: 14 partos espontáneos, 6 corresponden a embarazos de término, de los cuales hubo 5 niños vivos y 1 muerto por prociencia del cordón. Hubo 6 partos prematuros, con muerte de 4 niños (feto muerto y macerado; feto no viable; debilidad congénita; bronconeumonía). Hubo 2 casos de presentación de pelvis, sin edad de embarazo consignada, con muerte del feto (uno muerto y macerado y otro muerto por anoxia).

Por tanto es bueno el pronóstico para los partos espontáneos a término en presentación de pelvis. En los prematuros existe el peligro de muerte del recién nacido por su mayor propensión a la infección y por atelectasia pulmonar.

Las características del parto espontáneo en los grupos II, III y IV quedan expuestas en el siguiente cuadro:

	Grupo de 28 a 33	Grupo de 34 a 39	Grupo de 40 a 45
Partos espontáneos .....	62,21%	44,37%	42%
Duración trabajo .....	22 h. 59 m.	26 h. 1 m.	33 h. 17 m.
Rupt. Prem. Membranas .....	31,57%	46,83%	28,57%
Hemorrag. Alumbram. ....	7	2	0
Extrac. Man. Placenta .....	5	2	0
Mortalidad fetal .....	7,71%	8,98%	0%
Mortalidad materna .....	0%	0%	0%
Peso promedio .....	2.793	2.800	2.237
Partos de pelvis .....	De 8: 3 muer.	De 2: 1 muer.	0 pelvis.

### e) Parto intervenido. Forceps.

*Forceps en el primer grupo.* Comentarios generales. Porcentaje de aplicaciones: 20%. Promedio de duración del trabajo: superior a 26 horas. Las principales indicaciones fueron estas: trabajo prolongado; distonías uterinas; espasmos cervicales; falta de rotación de la presentación; un caso de forceps profiláctico; un forceps en preeclampsia y dos aplicaciones en feto muerto.

Número de forceps altos: 7; de los cuales resultaron 5 fetos muertos: dos de éstos tenían trabajos prolongados.

Mortalidad fetal: 15,50%. Esta es una cifra muy alta. Se explica por la gran cantidad de pacientes que llegan al servicio con trabajo prolongado y sufrimiento fetal.

Mortalidad materna: un caso, por shock obstétrico en forceps alto. Porcentaje: 0,86%.

*Forceps en el segundo grupo.* Porcentaje de aplicaciones: 19,68%. Promedio de duración del trabajo: superior al grupo anterior; varió de 31 horas a 45 horas. La indicación más frecuente fue el trabajo prolongado y el sufrimiento. Le siguen las distonías uterinas, toxemia gravidica y falta de rotación.

Aplicación de forceps: 4. Hubo un feto muerto.

Mortalidad materna: nula.

Mortalidad fetal: 14,6%.

*Forceps en el tercer grupo.* Porcentaje de aplicaciones: 28,19%.

Por la excesiva duración del trabajo, de 21 horas a 41 horas, hay que pensar que se mezquina con frecuencia el forceps o no hay lugar a aplicarlo por ingresar demasiado tarde la paciente. En esta forma si se aplica, se hará en forma tardía y por tanto con pocas posibilidades de éxito. Aquí vemos también la mayor frecuencia de indicación para el trabajo prolongado y el sufrimiento fetal, asociados a distocias del cuello, que han requerido incisiones, o a variedades de posición transversas y posteriores.

Una sola aplicación de forceps alto en este grupo dio un feto muerto.  
Mortalidad materna: nula.  
Mortalidad fetal: 38,8%.

*Forceps en el cuarto grupo.* Frecuencia de aplicación 37,57%. Este índice parece aumentado porque solo hubo una paciente de 43 años en la cual se practico aplicación de forceps. Pero en realidad la proporción de aplicación de forceps es pequeña, ya no en relación con los partos espontáneos que fueron muy escasos, sino con relación a las cesáreas que fueron practicadas en mayor número de casos. Exceptuamos si, a las primíparas de 40 años, quienes hicieron mayor número de partos espontáneos y dieron menos lugar a las intervenciones. La principal indicación fue el trabajo prolongado; sólo hubo un caso de distonía uterina. No hubo aplicaciones altas de forceps; mortalidad materna y fetal nulas, lo cual indica el buen efecto de la pronta intervención por vía alta.

**Resumen global del forceps en la primigestante vieja.** Existe un alto promedio en las duraciones del trabajo. Hay gran proporción de trabajo prolongado y sufrimiento fetal en las indicaciones de la intervención, debidos posiblemente a falta de rotación de la presentación. Es frecuente la indicación por distonía uterina. La toxemia gravídica, como indicación, aumenta progresivamente con la edad. El forceps alto, frecuente en el primer grupo, no aparece en las más viejas, pero da un porcentaje alto de mortalidad en los grupos donde se registra, pero muchas de estas aplicaciones se hicieron con trabajo prolongado y sufrimiento fetal avanzado.

Mortalidad materna: sólo un caso, como ya se anotó. La mortalidad fetal da cifras alarmantes en todos los grupos, menos en el de las más viejas, donde es nula, posiblemente por la mayor frecuencia de las cesáreas.

*Embriotomía raquídea.* Sólo hay tres casos de embriotomía, en pacientes de 25, 35 y 39 años respectivamente, por presentación de hombro abandonada, con fetos que ingresaron muertos al servicio. Anotamos estos casos para efecto de la estadística de la mortalidad fetal en la primípara vieja pues ellos son resultado de una causa obstétrica.

*Basiotripsia:* Se hizo esta intervención en los tres primeros grupos de nuestras pacientes, no observándose en las más viejas de todas. En 1.198 pacientes hubo 10 basiotripsias, lo cual da un porcentaje de 0,8%, que baja a 0,5% si se excluyen las pacientes del primer grupo. Cinco de estas pacientes ingresaron con fetos vivos pero murieron en el servicio por distintas causas: trabajo prolongado, sufrimiento fetal en presentación de frente enclavada, anomalía congénita, trabajo prolongado fuera del servicio y desproporción céfalo-pélvica.

*Extracción podálica:* La presentación de pelvis es más frecuente en los grupos de las más jóvenes:

**Primer grupo:** 23 presentaciones de pelvis. Extracción podálica: 18,11%.  
**De tres extracciones podálicas resultaron 2 fetos muertos.**

Segundo grupo: 13 presentaciones de pelvis. Extracción podálica: 75%. En tres extracciones hubo un muerto.

Tercer grupo: 5 presentaciones de pelvis sin ninguna extracción podálica.

Cuarto grupo: no hay presentaciones de pelvis.

Es menos frecuente la presentación de pelvis a medida que aumenta la edad de la paciente. También la extracción podálica se hizo menos frecuente a medida que era mayor la edad de la paciente.

El pronóstico fetal de la extracción es bastante reservado en la primípara especialmente a las viejas, ya que de 5 hubo 3 muertos, lo que da una mortalidad de 60%.

*Versión interna.* Se presentó un sólo caso por la única indicación que tiene tal vez la versión interna: el segundo feto de un embarazo gemelar. En una primípara de 40 años. Ese segundo feto pesó 2.100 gr. y nació vivo. No hubo complicaciones maternas.

*Cesáreas.* Grupo 1 (de 25 a 27 años). En estas pacientes las intervenciones fueron practicadas por causas ajenas a la edad de la paciente ya que en la mayoría fueron debidas a desproporciones y pelviciaciones. El porcentaje de las operaciones en el grupo se mantuvo a un mismo nivel (6,14%). Las presentaciones de pelvis y las presentaciones distócicas estuvieron presentes con alguna frecuencia. Sólo 4 fueron practicadas por trabajo prolongado y sufrimiento fetal; tres por distonía uterina y tres por toxicosis, una de las cuales ocasionó muerte materna por coma.

Mortalidad materna: 1,6%. Una sola paciente.

Mortalidad fetal: 5%.

Grupo Segundo (28 a 33 años). El promedio de cesáreas aumenta en este grupo (8,59%). La duración del trabajo es un poco mayor. En cuanto a indicaciones, aumentan en frecuencia los trastornos dinámicos ligados a distocias cervicales y a ruptura prematura de las membranas. Las desproporciones están unidas muchas veces a distocias cervicales. Las presentaciones de pelvis resueltas por cesárea obtuvieron éxito.

Mortalidad materna: 0%.

Mortalidad fetal: 9,6% (2 fetos muertos en cesárea por trabajo prolongado).

Grupo tercero. (34 a 39 años). El promedio de la intervención es superior (17,45%), lo que demuestra que su frecuencia aumenta con la edad. El promedio de duración del trabajo, es decir, el tiempo que se espera para la intervención aumentó también (20 a 38 horas). Las indicaciones están más relacionadas con factores atribuibles a la edad, al trabajo prolongado y sufrimiento fetal ligado a ruptura prematura de las membranas, distocias cervicales, distonías uterinas y toxicosis.

Mortalidad materna: 1,4% (una paciente fallecida por peritonitis).  
Las presentaciones de pelvis sometidas a cesárea obtuvieron éxito.  
Mortalidad fetal: 8,3%.

Grupo cuarto. (40 a 45 años). En este grupo de tan pocas observaciones por la rareza del embarazo en estas edades se observa el mayor promedio de la intervención (26,32%). El promedio de duración del trabajo disminuye considerablemente tal vez por que la edad de estas pacientes solamente asocia al pensamiento la indicación de cesárea, o por el concepto que se tiene acerca del trabajo en la primípara vieja o tan solo por el deber social de asegurarles su primero, y con mucha seguridad, su único hijo.

Mortalidad fetal: 0%.

Mortalidad materna (global) 1,9% (sobre 105 intervenciones).

Mortalidad fetal (global): 5,07%.

#### CUADRO QUE HACE UNA COMPARACION ENTRE LAS TERMINACIONES DEL PARTO SEGUN LOS GRUPOS

Edad .....	25-27	28-33	34-39	40-45
Casos .....	586	442	149	19
Parto espontáneo	431 (73.54%)	312 (70.59%)	77 (51.67%)	8 (42.105)
Forceps .....	119 (20.30%)	87 (19.68%)	42 (28.19%)	6 (31.57%)
Basiotrip. ....	4 (0.68%)	5 (1.13%)	1 (0.67%)	0 (0%)
Extrac. Pod. ...	3 (0.51%)	2 (0.45%)	0 (0%)	0 (0%)
Versión int. ....	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5.26%)
Embriot. Raq. ..	1 (0.17%)	0 (0%)	2 (1.34%)	0 (0%)
Cesárea .....	36 (6.14%)	38 (8.59%)	26 (17.45%)	5 (26.32%)

f) *Pronóstico materno.* Depende de estos factores:

1.—La duración del trabajo. El trabajo prolongado determina extenuación de la madre tanto física como psíquicamente, e inercia uterina. También se han anotado trabajos demasiado rápidos los cuales pueden traer consecuencias tan graves como los más prolongados. Nuestras pacientes en una apreciable proporción, entran al servicio con trabajos muy prolongados y mal atendidos por comadronas o por médicos sin experiencia.

2.—La ruptura prematura de las membranas. Es bastante frecuente (40% aproximadamente), de ahí el gran número de trabajos irregulares anotados en nuestra estadística: inercias uterinas, espasmo y edema cervical. Se anota también que su frecuencia aumenta con la edad de la paciente.

3.—Mortalidad materna. Para tan gran número de casos la mortalidad materna es escasa. Entre las entidades de Patología general predomina la sífilis en las más jóvenes, y en las más viejas, los miomas uterinos y algunas veces las cardiopatías. Del lado obstétrico es frecuente la toxicosis en todas las edades, pero más frecuente a mayor edad; las infecciones puerperales, en especial la endometritis. Desde 1946 disminuyen considerablemente las infecciones por in-

fluencia de los antibióticos. Se encuentran con escasa frecuencia placentas previas, hidramnios y puerperios subfebriles.

4.—Las intervenciones. El número de intervenciones se hace mayor en la mayor edad de la paciente. De ahí que el riesgo de las intervenciones sea desfavorable para el pronóstico de la salud o la vida de la madre.

5.—La primiparidad. El parto en la primípara vieja es más difícil y oscurece el pronóstico.

6.—Mortalidad materna. En 1.198 pacientes hubo 12 muertes. Porcentaje: 1%. Porcentaje depurado: 0.5% (al excluir causas no obstétricas: nefritis, meningitis, shock anestésico, etc.). La muerte por peritonitis operatoria frecuente antes, ha desaparecido hoy con el uso de los antibióticos.

g) *Pronóstico fetal.* Depende del grado de traumatismo obstétrico. Sus principales factores son:

1.—Sufrimiento fetal. Producido en nuestras estadísticas, con bastante frecuencia, por el trabajo prolongado.

2.—Las presentaciones. Es especialmente distócica la presentación de pelvis. Pero en general se anota que en la primípara vieja aun las presentaciones más eutócicas tienden en general a presentar trabajos prolongados y sufrimiento fetal.

3.—Tamaño fetal. Nuestra primípara mayor de 25 años no tiene tendencia a hacer fetos grandes. Si los hubo, fueron muy pocos. Este es un factor favorable para la primípara vieja entre nosotros.

4.—El traumatismo obstétrico. Es muy frecuente ya en el parto intervenido y en el espontáneo pues nuestras primíparas llegan al servicio con trabajos descuidados.

5.—La mortalidad infantil. La mortalidad fetal anotada en este trabajo no es atribuible toda al servicio, ya que incluimos en ella fetos muertos fuera del hospital por causas obstétricas; se incluyen los fetos llegados vivos al servicio pero con sufrimiento avanzado por las causas ya conocidas. Pero también es cierto, y esto sería una crítica constructiva, hay casos en que en nuestros servicios se ha esperado demasiado el triunfo del parto espontáneo, no se ha intervenido oportunamente y la resultante de ello ha sido la muerte fetal.

Porcentaje de mortalidad fetal: 8.5%.

No es consolador el pronóstico fetal en nuestras primíparas viejas. Es necesario una campaña seria para inculcar en las gentes la importancia de la consulta prenatal oportuna, y en los médicos y enfermeras el delicado pronóstico que implica el embarazo y el parto de la primípara añosa.

#### h) *Conceptos y estadística extranjera.*

Los argentinos Linger y Boronstein dan estos datos en primíparas de más de 30 años: Porcentaje: 5,8%. Frecuencia del parto prematuro: 6,5%.

Mayoría de presentaciones cefálicas de vértice: 81,7%.

Presentaciones de pelvis: 4,24%.

Presentaciones de frente, cara y hombro: 0,94%.

Embarazos gemelares: 4,5%.

Frecuencia del parto espontáneo: 79,4%.

Forceps: 14,1%.

Cesárea: de 3,8% a 9,3%.

Anotan, sin precisar frecuencia, basiotripsias. Gran extracción pelviana y versión interna como casos de excepción.

Mortalidad materna: 0,84 a 8,4%.

Los americanos Arnold y Donald Nelson consideran como primípara vieja a la mayor de 35 años y dan estos datos:

Frecuencia del parto espontáneo: 52%.

Forceps: 41,9%.

Cesáreas: 9,5%.

Mortalidad materna: 1,2%.

Mortalidad fetal: 8,96%.

Lo mismo que los argentinos, anotan la mayor frecuencia del trabajo prolongado, de la ruptura prematura de las membranas y de las variedades posteriores.

Tienen el concepto de la gran tendencia a la hemorragia del alumbramiento.

Hawking, Coley y Tierney. Traen estos datos:

Porcentaje de primíparas mayores de 35 años: 1,2%.

Frecuencia del embarazo a término: 92,7%.

La frecuencia de la toxemia en las viejas es 4 veces mayor que en las jóvenes.

Frecuencia del parto espontáneo: 29,5%.

Forceps: 63,3%.

Cesárea: 16%, pero en las mayores de 40 años es de: 42,1%.

Mortinatos: 2,6%.

Mortalidad neonatal: 1,6%.

Greenhill dice que en las primíparas viejas hay tendencia al trabajo prolongado, es más frecuente la toxemia, las hemorragias del alumbramiento y las operaciones. Sostiene que cada caso debe ser individualizado y que a pesar de estos riesgos, es más deseable el parto por vías naturales.

## CONCLUSIONES

1.—No hemos podido establecer una edad determinada para saber a los cuántos años debe considerarse vieja una primípara, pues estamos seguros que existen múltiples factores individuales que influyen sobre la evolución y desarrollo del parto, su mecanismo y duración. Creemos sin embargo, que entre nosotros pudiera tomarse como edad medida la de 25 años, ya que de ahí en adelante hemos consultado en nuestras historias y las dificultades han aparecido en todas las edades, aumentando, eso sí, al ser mayor la paciente.

II.—Frecuencia. Sobre 17.722 partos encontramos 8.133 primíparas de las cuales 1.198 pasaban de los 25 años, lo que da una frecuencia de 6,7% de primíparas viejas.

Encontramos una frecuencia de 74,4% para los partos a término; para los partos prematuros, 25,6%. Presentaciones cefálicas de vértice: 92,48%; presentaciones de pelvis: 2,69%. Presentaciones de frente, hombro y cara: 4,44%. Embarazos generales: 1,05%. Existen los mismos órdenes de frecuencia clásicos, para posiciones y variedades de posición.

III.—Los fenómenos maternos y ovulares del parto, están alterados en el trabajo de la primípara vieja, de ahí que son frecuentes las disincias, las incias uterinas dinámicas, las disincias del cuello, la miomatosis uterina que motifica la capacidad conáctil y retráctil del miometrio, esclerosis vulgo-vaginitis perineales, ruptura prematura de las membranas, todo lo cual compromete los fenómenos activos y pasivos del parto espontáneo, y sus tiempos clínicos: encajamiento, descenso, rotación y expulsión.

IV.—Por lo anterior no siempre es posible el parto espontáneo y el trabajo se prolonga demasiado. El índice global del parto espontáneo es de 56,96%; pero hay diferencias en los grupos estudiados, de acuerdo con sus edades así: para las de 25 a 27 años: 73,2%; b) para las de 28 a 33: 68,21%; c) para las de 34 a 39 años: 44,37%, y d) para las de 40 a 45 años: 42%.

El índice global de la duración del trabajo es de 31 horas 6 minutos, con las consabidas diferencias para los grupos, así: a) para las de 25 a 27 años: 22 horas 7 minutos; b) para las de 28 a 33: 22 horas 59 minutos c) para las de 34 a 39 años: 26 horas 1 minuto; d) para las de 40 a 45 años: 33 horas 17 minutos.

Además comprobamos en todas las edades ser muy frecuente la ruptura prematura de las membranas, mayor que los tipos de ruptura espontánea y artificial.

V.—Guarda relación el parto espontáneo con el tipo de presentación, posición y variedad de posición, y será más factible en las de vértice que en las de pelvis, y entre las primeras más en las variedades anteriores que en las posteriores, tal como puede ocurrir en toda primípara, pero es más notorio lo anterior en la primípara vieja.

VI.—El parto intervenido tuvo una frecuencia global de 43.05% y se distribuye así: Forceps: 24.93%; basiotripsia: 0.8%; Embriotomía Raquídea: 0.38%; Versión interna: 0.08%; Extracción podalica: 0.24%; Cesárea: 14.62%.

VII.—El balance de estas intervenciones corresponde a las normas clásicas, pero llamamos la atención acerca de los peligros del forceps alto, versión y extracción podalica con dilatación artificial del cuello y los beneficios de una cesárea oportuna.

VIII.—La cesárea constituye una preciosa indicación materno fetal por pura edad avanzada y sus consecuencias, en toda primipara vieja, ya que comprobamos su mayor frecuencia en las edades más avanzadas, así: a) para las de 25 a 27 años: 6.14%; b) para las de 28 a 33: 8.59%; c) para las de 34 a 39: 17.45%; d) para las de 40 a 45 años: 26.32%.

IX.—El pronóstico materno. La morbilidad materna está influenciada, porque comprobamos la frecuencia de toxicosis gravídica que aumentan en los grupos así: a) para las de 25 a 27 años: 2.58%; b) para las de 28 a 33: 3.2%; c) para las de 34 a 39: 6.4%; d) para las de 40 a 45: 15.8%.

Fueron frecuentes los desgarros perineales de primero a segundo grado, escasos los de tercero, pocas las Episiotomías; con los antibióticos disminuyeron las infecciones puerperales en las pacientes de 1946 a 1952 y llamó la atención el hecho de haber sido esporádicas las hemorragias de alumbramiento y las extracciones manuales de la placenta.

La mortalidad materna fue globalmente de 1% pero depurada, bajó a 0.5%.

X.—El pronóstico fetal. Encontramos índices de morbilidad y mortalidad fetales directa o indirectamente por primiparidad añosa; ligados a sufrimiento fetal por trabajo prolongado, por traumatismo obstétrico en el parto espontáneo y especialmente en el intervenido, y de ahí las lesiones superficiales esqueléticas y viscerales, estas últimas principalmente como hemorragias intracraneanas. Establecimos una mortalidad fetal global de 8.5%.

XI.—Los índices de pronóstico materno fetal desfavorable en nuestra estadística disminuyen con la operación cesárea; aclarando que la mortalidad atribuible a esta intervención es baja si se descartan los casos que no son directamente imputables a ella.

#### BIBLIOGRAFIA

##### **Estadística del Servicio de Maternidad del Profesor Rodríguez Aponte. 1941 a 1952.**

- 1.—**Pérez Manuel Luis.**—Primiparidad tardía. Tratado de Obstetricia. IV Ed. Tomo I, p. 347.
- 2.—**Linger Borosteln.** — Obstetricia y Ginecología Latinoamericanas: 110-113. Marzo-Abril, 1951.

- 3.—**Ahumada Jorge L.**—El parto pelviano en la primípara añosa. *Obstetricia y Ginecología Latinoamericanas*. 28 a 34. Enero-Febrero, 1950.
- 4.—**West J. Surg.**—No. 59. 13-18. Enero, 1951.
- 5.—**Practitioner.**—166: 133 a 142. Febrero, 1951.
- 6.—**Nubiola Zárate.**—Tratado de Obstetricia: Pronóstico del Parto. 1ª Ed. Tomo I. 1951. p. 437.
- 7.—**Nubiola Zárate.**—Tratado de Obstetricia: Duración del Parto. 433 y 434.
- 8.—**Peralta C. Rafael.**—Tesis de Grado. Facultad Nacional de Medicina.
- 9.—**Peralta C. Rafael.**—La presentación de pelvis en obstetricia. Etiología. Pronóstico y conducta. Tesis de grado. Facultad Nacional de Medicina. 1940.
- 10.—**Greenhill.**—Year Book of Obst. and Gyn. 1951. pp. 155 a 159.
- 11.—**Greenhill.**—Year Book of Obst. and Gyn. 1951. pp. 155 a 159.
- 12.—**Acosta Sarmiento H.**—Conferencias de Obstetricia.
- 13.—**Peralta C. Rafael.**—Conferencias de Obstetricia.