

35 204



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"  
I.S.S.S.T.E.

## **HISTORIA REPRODUCTIVA EVALUACION DE FORMATO**

### **TESIS DE POSTGRADO**

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN:  
LA ESPECIALIDAD DE  
GINECO OBSTETRICIA  
P R E S E N T A:

**DR. ISIDRO DE LA CERDA RAMIREZ**



**ISSSTE**

ASESOR DE TESIS:  
**DR. JUAN MIRANDA MURILLO**  
DIRECTOR DE TESIS:  
**DR. CARLOS VARGAS GARCIA**

MEXICO, D. F.

1988

**TESIS CON  
FALLA DE CALIDAD**



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.

# C O N T E N I D O

	Págs.
INTRODUCCION . . . . .	1
JUSTIFICACION . . . . .	10
HIPOTESIS . . . . .	11
OBJETIVOS . . . . .	12
MATERIAL Y METODOS . . . . .	13
RESULTADOS . . . . .	15
DISCUSION . . . . .	26
CONCLUSIONES . . . . .	29
RESUMEN . . . . .	30
BIBLIOGRAFIA . . . . .	32
AGRADECIMIENTOS . . . . .	36

- I N T R O D U C C I O N -

Durante la última década se ha observado una disminución notable de la mortalidad perinatal gracias al aumento de los conocimientos y a la identificación de trastornos -- que clasifican a la madre y al feto como de "alto riesgo" y a los métodos modernos de vigilancia del bienestar materno-fetal, así como los progresos de los métodos especializados de cuidados intensivos aplicados por los neonatólogos a los lactantes.

Sin embargo se estima de acuerdo con los datos disponibles (17), que alrededor del 22% del total de recién nacidos en México, presentan algún defecto al momento de nacer. Ello representa aproximadamente 550 000 problemas cada año, 1500 cada día y 1 cada minuto. Las repercusiones en cuanto a la angustia que causa a los padres el costo a la familia y a la sociedad son incalculables.

"GEN. define como defecto al nacimiento a toda alteración orgánica o funcional, presente en el momento de nacer, notoria o latente, que impide la correcta adaptación del individuo al medio extrauterino en los aspectos biológicos-psíquicos y sociales, ocasionando la muerte o incapacidad para crecer y desarrollarse en las mejores condiciones(15).

El 7 de noviembre de 1978 fué constituido Grupo de estudios de Defectos al Nacimiento A.C. (GEN) como asociación

civil, cuyos objetivos son crear conciencia social e institucional sobre la existencia y magnitud del problema de los defectos al nacimiento, así como colaborar en el desarrollo de las acciones que conduzcan a una mejor comprensión y solución del mismo. Estimulando e interviniendo directamente en la información y la difusión de estos problemas e indirectamente en el estudio, la educación y la investigación, incrementando el conocimiento sobre los defectos congénitos en diferentes grupos de población(17).

El formato de encuesta de historia reproductiva creado por el GEN nos permite conocer, recabar y evaluar las características del proceso reproductivo en nuestra población, detectando factores de riesgo que tienen implicaciones obstétricas.

El crecimiento del ser humano obedece a un complejo -- multifactorial entre otros los genéticos de los cuales la mitad son maternos y la mitad fetales, factores ambientales la mitad originados del matro y micro-ambiente y la otra mitad del macro-ambiente y de origen desconocido (18).

El parto pretérmino es un defecto importante porque se presenta con una frecuencia del 12% de todas las gestaciones y es causa del 70% de las muertes perinatales (19) y -- contribuye en forma importante en la morbilidad perinatal, fundamentalmente en aquella en que se producen problemas -- neurológicos que pueden dejar secuela en la esfera intelectual (21), definiendo como parto pretérmino aquel que se -- produce entre la semana 29 y la 36.6 cuyo peso del producto

oscila entre 1000 y 2499 g(20).

Existen situaciones asociadas a las que por ello se les da categoría de determinantes o predisponentes (22,23), aumentando el riesgo de parto pretérmino, en 1969 Emile Papirnik (20) elaboró una tabla de registro de los factores principales con elevada utilidad de valor predictivo, valorando antecedentes como: Dos o mas niños sin ayuda en casa, bajo nivel socioeconómico, no casada, menor de 18 años o mayor de 35, menos de 1.50 mts de talla y menor de 45kg de peso; Historia reproductiva como: legrados previos, corto intervalo entre los embarazos muerte perinatal, pielonefritis; Modo de vida como: trabajo fuera de casa, mas de 3 pisos o tramos de escalera sin ascensor, largos traslados diarios, ejercicio no habitual trabajo cansado y Signos clínicos como: - Fatiga no habitual, menos de 5 kgs de ganancia de peso en la semana 32 albuminuria, hipertensión, hemorragia durante el 1er trimestre, segmento inferior del utero adelgazado, con contracciones uterinas embarazo múltiple, placenta previa, hidramnios, cada uno de los factores por sí mismo tiene una incidencia mayor de parto pretérmino que la población general, cuando existen varios se suman, acumulando puntos y aumentando considerablemente el riesgo de parto pretérmino.

El feto o neonato con retardo del crecimiento intrauterino o pequeño para su edad gestacional es aquel que pesa menos de 2 desviaciones standard del peso promedio para su edad gestacional, o menos del percentil 10 (124), tiene una mortalidad que va de 5 a 8 veces mayor que la de un produc-

to de término normal (25), hasta un 48% de estos productos - tendrán algún grado de asfixia intraparto (3), los problemas neonatales incluyen, aspiración de meconio, hipoglicemia, hi pocalcemia, policitemia e inestabilidad en la regulación de - la temperatura (25), se han identificado factores de riesgo - para RCIU como son: antecedentes de producto pequeño para - su edad gestacional, enfermedades maternas como: Hiperten - sión, D.M. con compromiso vascular, enfermedad cardíaca cia - nótica, anemia de células falciformes, abuso de drogas, taba co, alcohol, nutrición materna deficiente, altitud sobre el - nivel del mar elevada, madre menor de 20 años, gestación múl tiple, infección congénita, aumento de peso menor de un kg - por mes, deficiencia del crecimiento del fondo uterino menos de 2 cms.en 4 semanas después de la semana 30 (5,8,13,18) - el pronóstico depende del grado de retraso del crecimiento, - la presencia y el grado de asfixia intraparto o anteparto - (2), la presencia o ausencia de una asistencia neonatal apro piada (26), la ausencia o presencia de anomalías fetales cromosómicas o infecciones congénitas, aproximadamente el - 35-38 % de los embarazos con RCIU se deben resolver por me - dio de cesárea principalmente por sufrimiento fetal demostra ble mediante la determinación de la frecuencia cardíaca fe - tal y/o acidosis fetal (27).

El evento hipóxico en la etapa perinatal genera séveras alteraciones en todos los órganos de la economía, el grado y extensión del daño a cualquier nivel depende entre otros facto - res de la edad de la gestación, la duración y la severidad -

de la hipoxia y el cuidado perinatal (2,16,13). Las secuelas neurológicas inmediatas son básicamente edema y necrosis de las áreas periféricas y dorsales de la corteza cerebral y núcleos basales denominada como encefalopatía hipóxica isquémica (2,3,6). En la mayoría de los casos se refiere una historia de asfixia intraparto, trabajo de parto anormal, valoración de apgar menor de 5 y aplicación de maniobras de reanimación (2). Pero es importante reconocer que no todos los neonatos con encefalopatía hipóxica isquémica fueron calificados con apgar bajo (16). Las manifestaciones clínicas del daño cerebral ocasionado se han agrupado en 3 grados o etapas que corresponden tanto al edema como a la necrosis:

Etapa o grado I, o edema cerebral leve, es una situación -- que persiste por 48-72 horas, disminuyendo después progresivamente, de los 5-8 días el examen neurológico es normal y su desarrollo en estudios de seguimientos normal: Etapa o grado II, con escaso daño celular que se prolonga a través de la primera semana de vida y la recuperación es mucho mas lenta, tiene una mortalidad de un 12-25%, pero el riesgo de secuelas se incrementa notablemente, presentándose en estudios de seguimiento retraso en el desarrollo psicomotor, trastornos de aprendizaje y problema culmotores: Etapa III, -- corresponde a la necrosis celular generalizada, la posibilidad de muerte se eleva a un 50% y en el estudio de seguimiento de los sobrevivientes se ha observado hasta un 90% de secuelas como diplejía espástica, retraso psicomotor severo, -- microcefalia y ceguera cortical (2,3,6,15). Afortunadamente-



la vigilancia prenatal adecuada y la superación en el manejo obstétrico en los últimos años ha disminuido notablemente la incidencia de ésta tercera etapa.

Las malformaciones en nuestro país se presentan con una incidencia de un 2 % (16,17,29). El desarrollo del producto es un proceso evolutivo continuo, pero se ha fragmentado - por su sensibilidad para fines de estudio en gametopatías, - blastopatías, embriopatías, fetopatías (17) entre las causas de las malformaciones congénitas las alteraciones cromosómicas ocupan un 3-5% (29) de la que a su vez se desconocen las causas, viéndose que la frecuencia de productos con trisomías especialmente la 21, por ser la más frecuente aumenta - considerablemente con la edad materna especialmente después de los 35 años, las mutaciones genéticas con una incidencia de 20% muchas de ellas son espontáneas sin que se encuentre una correlación directa de alguna causa, se ha visto que el índice de mutaciones en células en cultivo humanas aumenta - con el uso de radiaciones ionizantes como son los rayos X, - luz ultravioleta, agentes químicos como alquilantes, actinomicina-D, mitomicina, puromicina, colchicina, la herencia - multifactorial se presenta en un 60-70% de frecuencia como - causa de malformación congénita, denominadas así por los defectos en el desarrollo causados por varios genes (poligénicas) en los que también influye para que se manifieste la - presencia de factores ambientales Vgr. labio leporino paladar hendido, defectos de cierre de tubo neural, luxación congénita de cadera, pie bott, etc., otro ejemplo es la D;M, en la-

que influye mucho tener una carga genética pero si además no nosotros propiciamos un ambiente favorable para que se desarrolle la enfermedad como sobre-peso, una dieta rica en carbohidratos, situaciones de stress físico emocional, por ejemplo muchos embarazos, es más fácil que se desarrolle dicha enfermedad. Se sabe que múltiples agentes químicos, físicos, biológicos, maternos y mecánicos, pueden alterar el desarrollo normal del embrión y producir malformaciones congénitas, se les denomina teratógenos; de los físicos las radiaciones son causa del 1% de incidencia, con dosis de 12,5 rads a 50-rads producen muy frecuentemente lesiones en ojo y con dosis de 100 a 200 r aparece una amplia gama de malformaciones, los hallazgos más frecuentes en seres humanos provienen de las primeras décadas del siglo cuando no se comprendían bien los efectos de las radiaciones, entre las lesiones descritas encontramos nistagmos, amaurosis, microoftalmia, coloboma, cataratas, retinitis, anquiblefaron, estrabismo, defectos de coordinación, deficiencia mental, defectos de osificación craneana, hidrocefalia, microcefalia, hendidura de paladar, espina bífida, pie zambo y enfermedades de los antebrazos (16, 29), existen evidencias de que la hipertermia puede influir en el desarrollo normal del embrión observándose una relación entre hipertermias prolongadas y elevadas y defectos de cierre del tubo neural (16) los agentes biológicos afectarán al feto por una de 2 vías posibles, la hemática transplacentaria y la amniótica transovular, de los virus los que se han encontrado que ocasionan malformaciones están

los del sarampión, rubeola citomegalovirus, herpes simple, - tipo II, Sfilis, toxoplasmosis, malaria con un patrón variado de manifestaciones clínicas (malformaciones congénitas) - al nacimiento (19,29). Factores maternos, las enfermedades - endócrinas o metabólicas pueden el desarrollo del embrión y - repercutir en patología fetal Vgr. hiperiroidismo, D.M. me-  
dicamentos y agentes químicos, en la actualidad se ha demos-  
trado que algunos medicamentos son teratógenos y se sospecha  
de alguno más que los sean; relación establecida: alcohol, -  
difenilhidantofna, antagonistas del ácido fólico, yoduros -  
inorgánicos, litio, esteroides sexuales, estreptomcina, te-  
traciclinas, talidomida, compuestos de tiourea, trimetadiona,  
warfarina; relación probable: alquilantes, dizepam kanamici-  
na; relación dudosa=anfetamin s clorodiacépxido D penicili-  
na, etionamida, anestesia general, gonadotrofinas LSD, mepro-  
bamato, metronidazol, hipoglucemiantes orales, quinina, fen-  
otiazinas, tabaquismo; factores mecánicos: el desarrollo -  
fetal puede alterarse por la acción de fuerzas mecánicas -  
aberrantes Vgr. embarazo múltiple, oligoamnios (18,19).

El intervalo perinatal es el lapso de vida fetal y neo-  
natal, el período perinatal I va desde la semana 28 de gesta-  
ción hasta los primeros 7 días de vida (30). El peligro para  
la vida es mayor durante el intervalo perinatal que en cual-  
quier tiempo ulterior, de las muertes que ocurren durante el  
1er. año de vida el 70% ocurren durante ésta etapa (17,30), -  
en casi la mitad de las muertes tardías fetales no puede de-  
terminarse la causa, de las que sí se detecta el 60% son de-

origen placentario y umbilical (infección, compresión de cordón, prolapso de cordón, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, insuficiencia placentaria, cerca del 10% son relacionadas con malformaciones congénitas, 7% relacionadas con enfermedades del feto vgr. eritoblastosis fetal), el 3% restante debido a otras causas (17,30), la mortalidad neonatal es inversamente proporcional al peso del producto, los lactantes de bajo peso al nacer comprenden el principal grupo de mortalidad (19,22), cerca del 20% del parto prematuro es secundario a ruptura prematura de membranas, la enfermedad hipertensiva tiene una doble ocurrencia de parto prematuro (18,30).



- J U S T I F I C A C I O N -

- 1).- No se conoce en nuestro medio cual es la repercusión - que tiene la historia reproductiva en el proceso subsecuente de embarazos, partos y recién nacido.
  
- 2).- No se conoce la verdadera significación del medio socio económico y cultural sobre la historia reproductiva -- familiar o por áreas de población definidas.
  
- 3).- Para conocer la historia reproductiva se requiere llevar a cabo una encuesta que sirva para detectar los problemas generados por diferentes factores de riesgo que se relacionan con ella.
  
- 4).- Al conocer la relación de factores intrafamiliares o intraregionales por niveles socioculturales con el proceso reproductivo, nos permitirán elaborar planteamientos específicos para resolver los problemas que generen.

- H I P O T E S I S -

Mediante la aplicación de un formato de encuesta se puede analizar y evaluar la historia reproductiva en relación con las implicaciones obstétricas y los problemas perinatales que se generan por los antecedentes de defectos al nacimiento detectados en el mismo.

- O B J E T I V O S -

1).- PRIMARIOS:

- a).- Validar un formato de encuesta para conocer las características del proceso reproductivo de nuestra población.
- b).- Conocer el grado de asociación entre la historia reproductiva y la repetición de resultados anómalos en el presente embarazo.

2).- SECUNDARIOS:

- a).- Si el formato es confiable se aplicará a una población mayor para estudio epidemiológico de las funciones de la reproducción.
- b).- Crear un instrumento que sirva para recabar, evaluar y validar la historia reproductiva y sus implicaciones obstétricas.



## - MATERIAL Y METODOS -

Se realizó un estudio observacional, transversal prospectivo, descriptivo y abierto.

Para cumplir el objetivo 1 se valoraron por el método habitual del expediente clínico 100 pacientes embarazadas que acudieron para atención obstétrica al servicio de tocología del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, durante el 20 de septiembre al 20 de diciembre de 1987. El único criterio de exclusión son aquellas pacientes que no puedan proporcionar los datos en forma adecuada.

Las pacientes fueron divididas en 2 grupos:

1o.) 50 pacientes con antecedentes de defectos al nacimiento en su historia reproductiva como son:

- a) Prematurez
- b) Bajo peso del Recién nacido
- c) Hipoxia
- d) Malformaciones congénitas
- e) Muerte perinatal

Este grupo se denominó "grupo con riesgo"

2o.) 50 pacientes sin estos antecedentes, grupo denominado "grupo sin riesgo".

Para cumplir el objetivo 2, se llevó a cabo estudio es-

estadístico ( $\chi^2$ ) comparativo de los 2 grupos para establecer - el grado de asociación de antecedentes de defectos al nacimiento con los resultados del presente embarazo para estos - mismos defectos.

Se llevó a cabo análisis de los resultados.

## - R E S U L T A D O S -

### OBJETIVO 1.

Correlación entre datos obtenidos por medio de la historia clínica habitual y los datos obtenidos mediante el formato de historia reproductiva.

Se encontró coincidencia en el 100% de los casos lo cual significa que el formato de encuesta de historia reproductiva es confiable para detectar defectos al nacimiento en la historia reproductiva de la madre.

### OBJETIVO 2.

En relación a la detección de defectos al nacimiento en la población general se detectó una incidencia de 28 (28%) correspondiendo 10 (20%) al "grupo sin riesgo" y 18 (36%) al grupo de "riesgo elevado" (gráfica 1). Estadísticamente no fue significativa ( $\chi^2 = 3.85$ ,  $gl = 1$ ,  $P = 0.07$ ) con un 93% de posibilidades (tabla 1).

Se encontró una incidencia de 6 (6%) prematuros en la población general, correspondiendo 1 (2%) al grupo sin riesgo, y 5 (10%) al grupo considerado de riesgo elevado (gráfica 2). En relación a la incidencia de prematuridad en pacientes con antecedentes de prematuridad, fue estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 3.85$ ,  $gl = 1$ ,  $P = 0.05$ ) (tabla 2).

En la población general se encontró una incidencia de productos con bajo peso al nacer de 5 (5%), de los cuales -

1 (2%) corresponde al grupo sin riesgo y 4 (8%) al grupo de riesgos elevado (gráfica 3). La incidencia de productos con bajo peso al nacimiento en pacientes con antecedentes de productos con bajo peso es estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 7.896$ ,  $gl = 1$ ,  $P = 0.01$ ) (tabla 3).

Solamente una paciente refirió antecedentes de hipoxia, con resultado normal del embarazo actual, la mayoría no recuerdan este antecedente y no proporcionan el dato preciso.

En 6 pacientes se encontraron antecedentes de malformación congénita, con una incidencia de defectos al nacimiento de 2 (33.3%), siendo un producto prematuro y otro con hipoxia, no repitiéndose algún tipo de malformación en el embarazo actual. Se realizó análisis estadístico el cual no es significativo ( $\chi^2 = 0.00$ ) (tabla 4).

En relación a las muertes perinatales se detectaron en la población general (2%), correspondiendo ambas al grupo de riesgo elevado (4%) (gráfica 4), 17 pacientes tienen antecedentes de pérdidas perinatales con una incidencia de defectos al nacimiento de 4 (23.4%), 2 productos prematuros y 2 abortos, no repitiéndose la pérdida en el embarazo actual y estadísticamente sin significancia ( $\chi^2 = 0.413$ ,  $gl = 1$ ,  $P = 0.60$ ) (tabla 5).

I. S. S. S. T. A.

HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

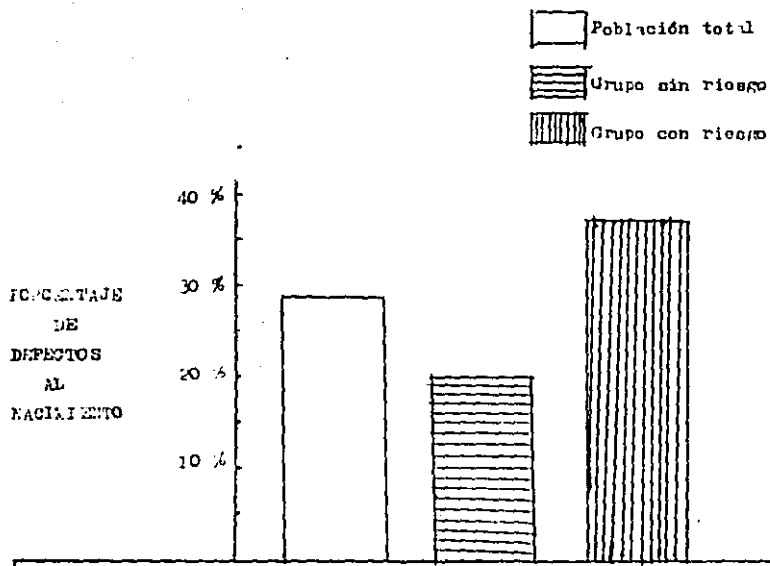
SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA

HISTORIA REPRODUCTIVA

		A N T E C E D E N T E S		
		SIN RIESGO	CON RIESGO	TOTAL
EMBARAZO  ACTUAL	- SIN DEFECTOS	40	32	72
	- CON DEFECTOS	10	18	28
	- TOTAL	50	50	100
$\chi^2 = 3.174, \text{gl} = 1, P = 0.07$				

Tabla 1.- Correlación de la historia reproductiva con embarazo actual, con defectos al nacimiento.

I. S. S. S. T. E.  
HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA  
SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA  
HISTORIA REPRODUCTIVA



Gráfica 1.- Correlación de porcentaje de detección de defectos al nacimiento entre la población general y grupos "con y sin riesgo".

I. S. S. T. E.  
 HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA  
 SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA  
 HISTORIA REPRODUCTIVA

		ANTECEDENTES DE PREMATUREZ		
		AUSENTE	PRESENTE	TOTAL
EMBARAZO ACTUAL PRODUCTOS PREMATUROS	-AUSENTE	86	8	94
	-PRESENTE	4	2	6
	-TOTAL	90	10	100
$\chi^2 = 3.85, \text{gl} = 1, P = 0.05$				

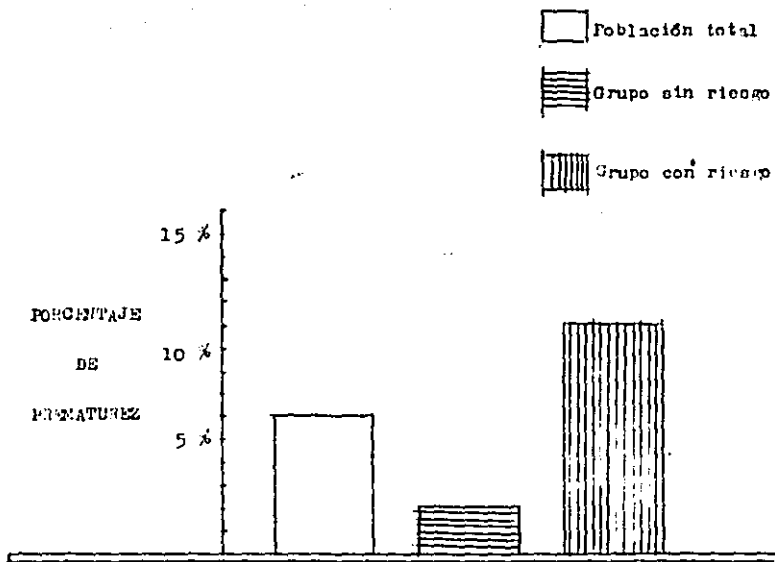
Tabla 2.- Asociación entre antecedentes de prematuridad e incidencia de productos prematuros en el embarazo actual.

I.S.S.T.R.

HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA

HISTORIA REPRODUCTIVA



Gráfica 2.- Correlación de porcentaje de detección de prematuras - entre la población general y grupos "con y sin riesgo".



I. S. S. S. T. E.

HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

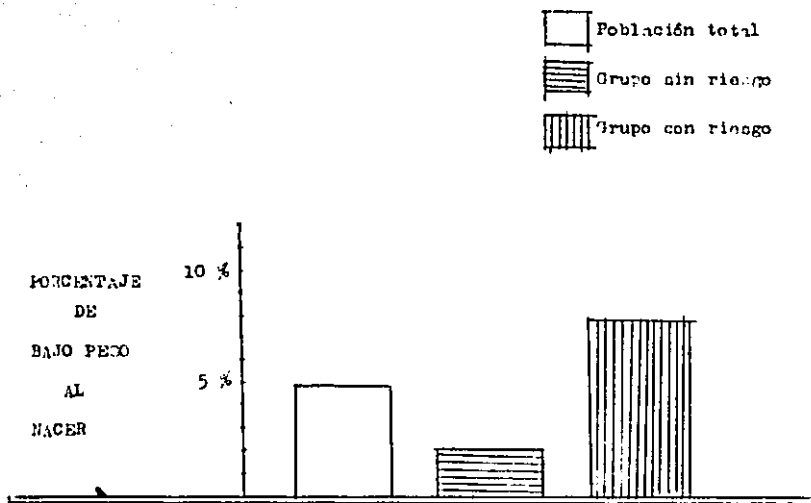
SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA

HISTORIA REPRODUCTIVA

		ANTECEDENTES DE BAJO PESO AL NACER		
		AUSENTE	PRESENTE	TOTAL
EMBARAZO ACTUAL PRODUCTOS CON BAJO PESO AL NACER	-AUSENTE	81	14	95
	-PRESENTE	1	4	5
	-TOTAL	82	18	100
$\chi^2 = 7.896, gl = 1, P = 0.01$				

Tabla 3.- Asociación entre antecedentes de productos de bajo peso al nacer e incidencia de productos con bajo peso en embarazo actual.

I. J. S. S. T. E.  
HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA  
SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA  
HISTORIA REPRODUCTIVA



Gráfica 3.-Correlación de detección de productos con bajo peso al nacer entre la población general y grupos "con y sin riesgo".

I. S. S. S. T. E.  
 HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA  
 SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA  
 HISTORIA REPRODUCTIVA

		ANTECEDENTES DE MALFORMACION CONGENITA		
		AUSENTE	PRESENTE	TOTAL
EMBARAZO ACTUAL PRODUCTOS CON MALFORMACION CONGENITA	-AUSENTE	94	6	100
	-PRESENTE	0	0	0
	-TOTAL	94	6	100
$\chi^2 = 0.00.$				

Tabla 4.- Correlación entre antecedentes de malformación congénita y productos con malformación congénita en el embarazo actual.

I.S.S.S.T.E.

HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA

HISTORIA REPRODUCTIVA

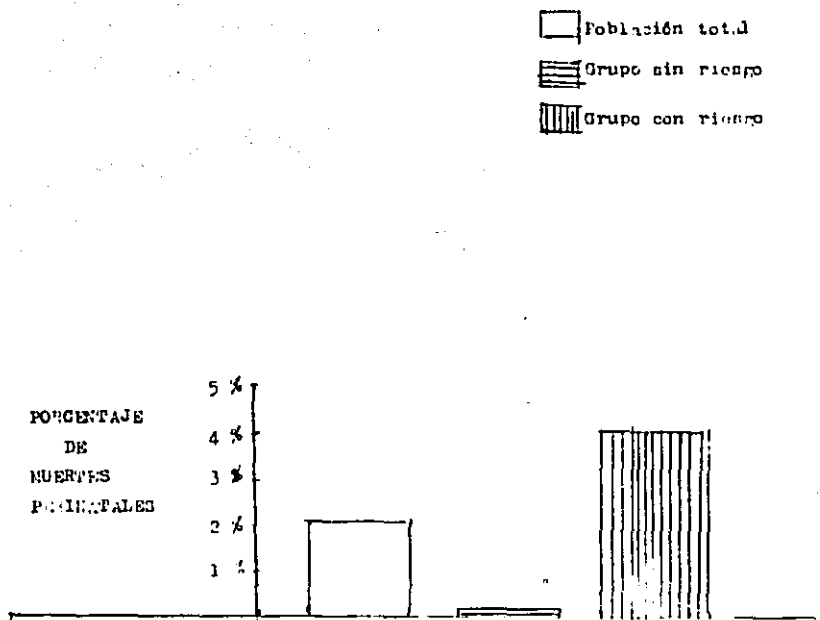


Gráfico 4.- Correlación de porcentaje de detección de muertes perinatales entre la población general y grupos "con y sin riesgo".

I. S. S. S. T. F.  
 HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA  
 SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA  
 HISTORIA REPRODUCTIVA

		ANTECEDENTES DE MUERTE PERINATAL		
		AUSENTE	PRESENTE	TOTAL
EMBARAZO ACTUAL MUERTE PERINATAL	-AUSENTE	81	17	98
	-PRESENTE	2	0	2
	-TOTAL	83	17	100
$\chi^2 = 0.413, gl = 1, P = 0.60$				

Tabla 5.- Correlación de muerte perinatal e incidencia de muerte perinatal en el embarazo actual.

- D I S C U S I O N -

En la evaluación de formato de encuesta de historia reproductiva nos propusimos analizar la correlación de los antecedentes registrados en el mismo con los problemas perinatales que se presentan.

Es evidente que para poder generar acciones preventivas hay que conocer las causas de una determinada patología. Hay una correlación positiva alta entre la insuficiencia y pérdida reproductiva previa o subsiguiente (7,16,19).

Así una revisión de los antecedentes obstétricos y factores predisponentes que impliquen problemas obstétricos y perinatales nos sitúa en la complejidad del problema y nos permite visualizar las posibilidades de prevención.

En este estudio se ha demostrado la sensibilidad y especificidad del formato de encuesta de historia reproductiva para detectar la incidencia de productos con defectos al nacimiento. Mediante él se pudieron detectar y agrupar pacientes consideradas como de alto riesgo por los antecedentes recabados y registrados en el mismo.

Al correlacionar los datos obtenidos en la Historia Clínica con los del formato de encuesta se demostró su confiabilidad (100%) para detectar defectos al nacimiento.

En la población está estudiada la incidencia de los defectos al nacimiento (28%) es un 6% más elevada que los re -

portes de otros estudios en el país (22 %) (17), ésta diferencia es atribuible a las características de la población que acude al servicio de ginecoobstetricia de este hospital, se ha demostrado la incidencia de alteraciones obstétricas y perinatales en determinadas áreas y regiones en el país condicionadas por factores socioeconómicos y culturales, biofísicos, etc. (16, 17, 18).

Se observó una elevada asociación mediante análisis estadístico entre los antecedentes en la historia reproductiva y la repetición de resultados anómalos en el presente embarazo, en pacientes con antecedentes de productos con bajo peso se demostró una elevada significación (99 %), la persistencia de factores condicionantes en el mismo grupo de población, ocasiona la repetición del defecto (13, 16, 17).

En pacientes con antecedentes de prematuraz se observó una incidencia estadísticamente significativa (95 %) y en nuestro estudio el defecto mas frecuente encontrado, también condicionado por los mismos factores en un mismo grupo de población.

No ocurrió el mismo resultado en pacientes con antecedente de malformación congénita, las detectadas en el grupo estudiado son poligénicas multifactoriales con una baja incidencia en la población general (17, 29, 30).

La hipoxia no se valoró en este estudio por no contar con los datos suficientes para análisis.

La incidencia de muerte perinatal con fué estadfstica- mente significativa en la correlación analftica, no obstan- te las 2 muertes perinatales se encontraron en el grupo de alto riesgo (4 %), y en las pacientes con antecedentes de - pèrdidas perinatales hubo incidencia de otros defectos ---- (23.4 %).

Al correlacionar la incidencia de defectos en ambos -- grupos se encontró estadfsticamente muy cerca de ser signi- ficativa (93 %) en el grupo de alto riesgo. Los datos de la incidencia de defectos observada en este estudio se encuen- tran muy cerca de las cifras proporcionadas por otros auto- res en la literatura nacional y mundial (16, 17, 18), que - son polifacéticas y atribuibles a diversas variables.

Este estudio es una evaluación preliminar en el que se validó la confiabilidad del formato de historia reproductiva mediante el análisis estadfstico de los datos obtenidos.

Queda abierta la aplicabilidad para nuevos trabajos con fines de investigación en una población mayor en el futuro.



- C O N C L U S I O N E S -

1.- Con el análisis de la correlación estadística de los datos obtenidos, se demostró la validez del formato de encuesta de historia reproductiva para detectar la incidencia de defectos al nacimiento en pacientes con antecedentes de resultados anómalos en embarazos previos.

2.- El formato de encuesta es una fuente de datos amplia, de fácil aplicación de la historia reproductiva.

3.- El análisis de los antecedentes obstétricos nos permite detectar pacientes de alto riesgo reproductivo, que se demostró tienen una mayor incidencia de defectos al nacimiento.

4.- Con el mejor conocimiento del riesgo en la historia reproductiva se facilitará prever la incidencia de problemas obstétricos y perinatales, con lo que se mejorará el acceso profiláctico-terapéutico a distintos niveles.

5.- Se validó estadísticamente la operatividad del formato, quedando abierta la aplicabilidad para nuevos trabajos e investigaciones en el futuro.

- R E S U M E N -

El desconocimiento de las características de la historia reproductiva de la población que asiste al servicio de obstetricia y la forma de como evaluarla, requiere llevar a cabo una encuesta que sirva para detectar los problemas generados por diferentes factores de riesgo que se relacionan con ella, que nos permitirán elaborar planteamientos específicos para resolver los problemas que genera cuyos objetivos primarios son validar un formato de encuesta y conocer el grado de asociación entre la historia reproductiva y la repetición de resultados anómalos en el presente embarazo, si es confiable se aplicará a una población mayor.

Se realizó un estudio observacional, transversal, prospectivo, descriptivo y abierto, valorándose 100 pacientes que acudieron al servicio de toco-cirugía durante el 20 de septiembre al 20 de diciembre, dividiéndose en 2 grupos uno denominado "con riesgo" por los antecedentes de defectos al nacimiento como son, prematuridad, bajo peso del recién nacido, hipoxia, malformaciones congénitas y muerte perinatal, otro grupo de 50 pacientes denominado "grupo sin riesgo", - llevándose a cabo estudio estadístico ( $\chi^2$ ) comparativo de los 2 grupos para establecer el grado de asociación de antecedentes de defectos al nacimiento con los resultados del presente embarazo.

Al correlacionar los datos obtenidos por medio de la historia clínica habitual y datos obtenidos mediante el for

mato, se encontró coincidencia de 100 %, lo que significa - que es confiable para detectar defectos al nacimiento en la historia reproductiva de la madre, en la población estudiada se detectó una incidencia de defectos al nacimiento de - 28 % correspondiendo 10 al grupo "sin riesgo" y 18 al "grupo con riesgo", hubo una elevada asociación en pacientes -- con antecedentes de productos con bajo peso y repetición del resultado en el embarazo actual con un 99 % de signifi-- cancia estadística. En antecedentes de prematuridad hubo una incidencia estadísticamente significativa de 95 % de repeti-- ción del defecto, no ocurrió el mismo resultado en antece-- dentes de malformación congénita, hipoxia y muerte perina-- tal, al correlacionar la incidencia de defectos en ambos -- grupos se encontró estadísticamente muy cerca de ser signifi-- cativa (93 %) en el grupo de alto riesgo.

Concluyendo que el formato de encuesta es una fuente - de datos amplia, de fácil aplicación, que permite detectar pacientes de alto riesgo que tienen mayor incidencia de defectos al nacimiento, facilitando prever la incidencia de - problemas obstétricos y perinatales, validándose estadísticamente la operatividad del formato.

## - B I B L I O G R A F I A -

- 1).- Joseph A., Spinato B.M., Shaven D.C., Anderson G.D." Inexactitud de la edad gestacional por el método de - Dubowitz en los niños de bajo peso natal. 63:491, --- 1984.
- 2).- Nigel P. y Raymond I. S.: Parálisis cerebral y retardo mental en relación con los indicadores de asfixia perinatal: panorama epidemiológico: Am. J. Obstet. -- Gynecol 147:960, Dic. 15, 1983.
- 3).- Grauz J.P. y Heimler R. (Med. College of Wisconsin, - Milwaukee): Asfixia y edad gestacional: Obstet, Gynecol 62:175, Agosto 1983.
- 4).- Hadlock F.P. Russel L.D., Harrist R.B., Roecker E., y Park S.K. (Houston): La relación entre el largo del - fémur y la circunferencia abdominal: su uso para predecir el retardo del crecimiento intrauterino, con independencia de la fecha. AJR 141:979, Nov. 1983.
- 5).- Pérez Segura J. "Riesgo perinatal del embarazo en la adolescencia. Rev. Méx. Pediatría, 48:79, 1981.
- 6).- Mac Donald H.M. et al: Neonatal Asphyxia J. Pediat. - 96:898, 1980.
- 7).- W.L. Heinrichs R.: Riesgo reproductivo en el trabajo y en el hogar: Clínicas Obstétricas y Ginecológicas - Vol 2:515, 1983.

- 8).- Shepard T.: Consejos a las mujeres gestantes expuestas durante el embarazo a agentes potencialmente peligrosos. Clin. Obstet. y Ginecol. Vol.2:577, 1983.
- 9).- Encuesta nacional sobre práctica de prevalencia de la terapia de rehidratación oral S.S.A. 1987.
- 10).- Peso corporal y función reproductora. Clin. Obstet. y Ginecol. Vol. 3, 1985.
- 11).- Encuesta nacional sero-epidemiológica; Secretaría de salud 1987.
- 12).- El centro de investigaciones en salud pública. Boletín informativo del Instituto Nacional de Salud Pública de la Secretaría de Salud, 1987.
- 13).- Howie P.W. and Patel N.; Directores invitados: "El Bebé pequeño. Temas Actuales de Ginec. y Obstet. Vol-2 1984.
- 14).- Harley JM.G., Director huésped: Orientación obstétrica antes del embarazo; Temas actuales, Ginec. y Obstetricia, Vol-1, 1982.
- 15).- Grupo de estudios del nacimiento A.C. "Manejo integral de los defectos del nacimiento": IV Simposim Memorias, Abril de 1986.
- 16).- Grupo de estudios del nacimiento A.C. " Prevención de los defectos al nacimiento". LI Simposio, Memorias; - Octubre de 1981.

- 17).- Grupo de estudios al nacimiento A.C. "Los defectos al nacimiento como problema de salud pública en México" I Simposio, Memorias, Noviembre de 1979.
- 18).- Grupo de estudios al nacimiento A.C. "El feto y su ambiente", III Simposio, Memorias, Noviembre de 1983.
- 19).- Rush P.K.; An analysis of preterm singleton deliveries and associated perinatal deaths in a total population Br J. Obstet. Gynecol; 88:814, 1981.
- 20).- Papiernik E.; Propuestas para una política programada para la prevención de parto pretérmino: Clínicas Obstétricas y Ginecológicas: Vol-3:785, 1984.
- 21).- Ugartechea S.C., Jurado G.E., García M.A. y al: Detección temprana de secuelas neurológicas; Velocidad de conducción nerviosa periférica motora en R.N. Boletín médico, hospital infantil- (México), 90:304, 1983.
- 22).- Fedrick J. Anderson A: Factor associated with spontaneous preterm birth, J. Obstet, gynecol, 83:342, 1980.
- 23).- Creazy R.K. Sistem for predicting spontaneous preterm birth "Obstetr and Gynecol, 55:595, 1980.
- 24).- Wilcox A.J. " Birth Weight gestation and fetal growth curve: Am J. Obstet. and Gynecology, 39:863, 1981.
- 25).- Wilcox A.J., & Russell I.T.: Birthweight and mortality, II on Weight specific mortality, International J. Journal of Epidemiology: 12:314, 1983.

- 26).- Arellano P.M. "Cuidados intensivos en pediatria, 2a. Ed. Interamericana, 153, 1582.
- 27).- Druzín M.L., Gratacos K.A. & Pau R. "Antepartum fetal Heart rate testing, the significance of fetal bradycardia; Am. J. Obstet. Gynecol. 139, 1982.
- 28).- AMHGO- No. 3 IMSS.- Méndez Oteo Editor 2a Ed. Ginecología y obstetricia 1985.
- 29).- Raymond G. "Clasificación morfológica de los defectos congénitos, Obstetricia y Perinatología, principios y práctica Tomo I. Ed. Panamericana 1985.
- 30).- Ralph C. Benson. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos 2a. Ed. El Manual moderno, 1986.