

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

COMPLICACIONES MATERNAS Y RESULTADOS
PERINATALES DE EMBARAZOS OBTENIDOS POSTERIOR
AL TRATAMIENTO PROFERTILIDAD

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
DRA. NANCY CEBALLOS PINTOS



IMSS



ESTADO MEXICO
SECRETARIA DE SALUD
SECRETARIA DE FINANZAS Y ECONOMIA
MEXICO, D. F.

ASESOR:

DR. JUAN CARLOS HINOJOSA CRUZ

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

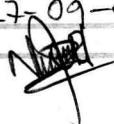
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA # 3
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA "

TITULO: COMPLICACIONES MATERNAS Y RESULTADOS PERINATALES
DE EMBARAZOS POSTERIORES AL TRATAMIENTO PROFERTILIDAD

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Nancy Ceballos
Pintos

FECHA: 27-09-04

FIRMA: 

AUTOR: DRA. NANCY CEBALLOS PINTOS
MEDICO RESIDENTE DE GINECO-OBSTETRICIA
HGO # 3, CMN, LA RAZA
ASESOR: DR. JUAN CARLOS HINOJOSA CRUZ
JEFE DE BIOLOGIA DE LA REPRODUCCION
HGO # 3, CMN, LA RAZA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

COMPLICACIONES MATERNAS Y RESULTADOS PERINATALES DE
EMBARAZOS OBTENIDOS POSTERIOR AL TRATAMIENTO PROFERTILIDAD
(No. 2003/692/024)

TESIS DE POSTGRADO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:
DRA. NANCY CEBALLOS PINTOS
RESIDENTE DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
ASESOR:
DR. JUAN CARLOS HINOJOSA CRUZ
JEFE DEL SERVICIO DE BIOLOGIA DE LA REPRODUCCION

MEXICO D. F.

2005

COMPLICACIONES MATERNAS Y RESULTADOS PERINATALES DE EMBARAZOS OBTENIDOS POSTERIOR AL TRATAMIENTO PROFERTILIDAD

Autores:

Dra. Nancy Caballos Pintos
Medico Residente del Hospital de Ginecología y Obstetricia # 3
Centro Médico Nacional La Raza

Dr. Juan Carlos Hinojosa Cruz
Jefe de Biología de la Reproducción del HGO # 3
Centro Médico Nacional La Raza

AGREDECIMIENTOS:

A Dios por el regalo de vivir.

A Carolina mi madre por su profundo amor y a quien le debo todo lo que soy.

A Lauro mi padre por enseñarme que con perseverancia se alcanzan los objetivos.

A Rodolfo mi hermano por su espíritu emprendedor y por ser mi gran motivación.

A Jaime Galván por su amor, además de apoyo y comprensión en esta etapa de mi vida. TE AMO.

Al Dr. Abel García por ayudarme a forjar el carácter y crear los cimientos para guiarme por este camino.

A Roberto Gómez, gracias por su amistad.

A mis compañeros por su apoyo en momentos difíciles.

CONTENIDO.

Resumen.....	6
Marco teórico.....	7
Justificación.....	11
Hipótesis.....	13
Objetivos.....	14
Criterios de selección.....	15
Material y métodos.....	16
Análisis estadístico.....	17
Operacionalización de las variables.....	18
Cronograma de actividades.....	21
Resultados.....	22
Análisis de resultados.....	24
Conclusiones.....	26
Bibliografía.....	27
Tablas y gráficas.....	29

**COMPLICACIONES MEDICAS Y RESULTADOS PERINATALES OBTENIDOS DE LOS EMBARAZOS OBTENIDOS POSTERIOR AL TRATAMIENTO PROFERTILIDAD.
(No 2003/692/024)**

Autores:

Dr. Juan Carlos Hinojosa Cruz (Jefe de Biología de la Reproducción).

Dra. Nancy Ceballos Pintos (Médico Residente de Ginecología y Obstetricia)

Hospital de Ginecología y Obstetricia # 3 Centro Médico La Raza, IMSS, Servicio de Biología de la Reproducción.

RESUMEN: Se reporta en la literatura mundial que aproximadamente 10-15% de parejas son infértiles. Este porcentaje tiende a aumentar debido a cambios significativos en la sociedad como son la edad promedio del matrimonio que se ha pospuesto en relación con décadas anteriores así mismo la edad para planear el 1er embarazo ya que la edad materna es determinante en el pronóstico.

El presente estudio por 113 pacientes con diagnóstico de infertilidad, adscritas al servicio de Biología de la Reproducción del Hospital de Ginecología y Obstetricia # 3 CMN, La Raza, IMSS, que reunieron criterios de inclusión al estudio y embarazo posterior al tratamiento profertilidad, en el año 2003, Se realizo seguimiento de la gestación registrando todo evento obstétrico, patología materna y condiciones del producto al momento del nacimiento. El método estadístico utilizado fue descriptivo con reporte de frecuencias y porcentajes.

Los resultados fueron los siguientes: La edad promedio de la paciente fue de 26 a 35 años en el 76.1% de los casos, el tiempo promedio de infertilidad fue de 1 a 4 años en el 73.4%, la infertilidad secundaria fue ligeramente mayor correspondiendo al 50.4%, el diagnóstico definitivo en la unidad mas frecuente fue debido al factor endocrino-ovárico, en un 48.7%, 55 pacientes del total. El manejo médico mayor utilizado fue la inducción de la ovulación directa o indirecta en 52.1% de los casos. Y no se requirió ningún tratamiento médico en 16.8% de los casos y ninguno quirúrgico en 77.9% del total.

El tipo de gestación fue única en 95.58% y múltiple en 4.42%, y la vía de resolución del embarazo fue por cesárea en 72.6% de los casos y 12.4% se les realizó LUI. Las complicaciones médicas mas frecuentemente presentadas fueron pre-eclampsia severa en 15% y diabetes gestacional en 8%. En cuanto al resultado perinatal un 69.9% de los recién nacidos fueron calificados con un Capurro mayor de 37 semanas, por lo que el resto 25.7 fue prematuro. El peso al nacimiento fue de 2500 a 4000g en el 63.8% y un 23.9% correspondió a RN con bajo peso al nacer. Un Apgar bajo menor de 6-8 se encontró solo en 5.4% de los casos el resto fue normal.

Con los resultados obtenidos se concluye que la evolución médica de embarazo y el resultado perinatal obtenido si se modifica en las pacientes con antecedente de infertilidad y que posteriormente logran la gestación.

Las complicaciones maternas en conjunto son mayores que en la población general. Además el porcentaje de prematuridad y bajo peso al nacer fue de casi el doble de lo reportado en la literatura para la población abierta. Por lo que se sugiere que estas embarazadas continúen el control y resolución del embarazo en un tercer nivel de atención.

MARCO TEORICO:

La Organización Mundial de la Salud definió la Salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades. (1). La salud reproductiva dentro de esta definición positiva abarca tres elementos básicos: capacidad, logros y seguridad.

Capacidad, significa la habilidad de la persona para reproducirse, regular su fecundidad y disfrutar de la relación sexual. Logros, indica que la reproducción resulta en la supervivencia, crecimiento y desarrollo de un niño sano. Seguridad, significa que la regulación de la fecundidad, el embarazo, y el parto, se pueden llevar a cabo sin riesgo para la salud, y por tanto, la relación sexual no tiene que ser una actividad de alto riesgo. (1).

Los determinantes de la salud reproductiva son: la constitución genética del individuo, el desarrollo socio-económico, el comportamiento personal y los servicios de atención de salud. La contribución de cada uno de estos determinantes de salud difiere no sólo entre una y otra condición de salud, sino también entre países y espacios de tiempo.

La infertilidad es uno de los problemas más importantes y determinantes a nivel mundial para lograr una adecuada salud reproductiva. La infertilidad por si misma no afecta de manera adversa la salud física del hombre o la mujer, pero si tenemos en cuenta la correcta definición de salud propuesta por la OMS, los efectos psicológicos de la infertilidad no se pueden ignorar. (1).

El trastorno tiene distintas implicaciones identificadas como graves en las esferas psicológica, biológica y social por las parejas afectadas: esto es el contexto de salud definido por la Organización Mundial de salud. Las pacientes afectadas han equiparado el problema de la no reproducción a la pérdida de un familiar, un infarto al miocardio o un padecimiento grave. (1).

La infertilidad es la entidad caracterizada por la falta de embarazo posterior a 12 meses de relaciones sexuales con adecuada técnica coital, sin la utilización de método anticonceptivo. (2). La definición de la entidad ha tenido distintos ajustes en la última década.

En primer lugar, existe una tendencia creciente en denominar a esta entidad como infertilidad, en un intento de homogeneizar la nomenclatura a nivel mundial. En segundo lugar, el término esterilidad debería reservarse a aquellas parejas, en donde no se han cumplido las expectativas de embarazo, secundario a la gravedad del propio padecimiento o ante la falta de éxito reproductivo, después de haber sido sometida a tratamiento encaminados a restaurar la fertilidad. En tercer término, la definición consensuada de infertilidad tiene implicaciones diagnósticas, pronósticas y económicas en términos de cobertura de seguridad social o médica privada. (5).

La impresión general es que la incidencia de infertilidad va en aumento en la época actual con cifras que varían entre 15 y el 20%. (6). Los factores causales varían en cada población. En términos generales, el factor masculino ocupa 40% y el femenino 60%. Dentro de este último, el factor tubo-peritoneal en nuestra población llega a ser responsable de la infertilidad en alrededor de 50% de los casos, sólo o asociado a otras alteraciones reproductivas, siendo mas frecuente que el neuroendocrino, donde la falla en la ovulación puede ser de 40% quedando en bajo porcentaje el cervical o por causa no explicable. Es importante señalar, que la infertilidad puede ser causada por uno o varios factores y algunos con mejor pronóstico que otros.

En México existen limitaciones para conocer con precisión el número de parejas infértiles. A pesar del alto índice de crecimiento poblacional mexicano, hay datos que permiten suponer que el 15% es una cifra que se aproxima a la realidad y que esta va en aumento por las tensiones del mundo moderno, tendencia a posponer embarazos para edades más avanzadas, empleo indiscriminado de técnicas anticonceptivas, mayor incidencia de enfermedades venéreas, automedicación, dietas demasiado restrictivas, ejercicio extenuante, exposición a tóxicos ambientales (pesticidas, plomo, solventes, gases, pintura, radiaciones, etc.), tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, etc. (3).

Las gestaciones obtenidas posterior a un periodo de infertilidad, o embarazo después de tratamiento de reproducción asistida parecen estar asociados con un incremento de la tasa de complicaciones maternas y perinatales. Muchas de estas complicaciones pueden ser atribuidas a la elevada tasa de embarazos múltiples posterior al tratamiento para infertilidad. (7).

La alta incidencia de embarazos gemelares esta relacionada principalmente con el incremento de la difusión de técnicas de reproducción asistida, el desarrollo de estimulación ovárica con clomifeno, gonadotropinas y otras hormonas, fertilización in vitro, y transferencia intrauterina de gametos. (8).

Sin embargo, el incremento en la tasa de nacimientos pretérmino, retardo en el crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer han sido reportados también en embarazos únicos después de tratamientos de reproducción asistida. (7).

Se ha sugerido que al comparar a las parejas con otras causas de infertilidad con parejas con infertilidad inexplicable manejadas con técnicas de reproducción asistida, las últimas tienen alto riesgo de desarrollar productos con bajo peso al nacimiento. (7).

El pronóstico a largo plazo de parejas con infertilidad inexplicable es bueno, y muchos embarazos se logran espontáneamente. El peso al nacimiento de los neonatos de gestaciones únicas obtenidas posterior al tratamiento de infertilidad fue mas bajo que en las gestaciones obtenidas espontáneamente, pero los otros resultados perinatales fueron similares. (7)

JUSTIFICACIÓN

En el HGO # 3, CMN, La Raza, en el departamento de Biología de la Reproducción, se ve aproximadamente 60 parejas nuevas mensuales con diagnóstico de infertilidad, y en promedio se logran 25 embarazos por mes, tradicionalmente estos embarazos eran controlados en nuestro hospital, pero por otro lado se sabe que existen pacientes que son controladas en otro hospital y que presentan complicaciones del mismo, por lo que existe la necesidad de determinar si estos embarazos deben ser vigilados y resueltos en los servicios de perinatología de nuestro hospital, o pueden ser enviados a los hospitales de 2°. Nivel para ser resueltos allá, sin poner en riesgo al binomio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existen mayores complicaciones maternas y perinatales en los embarazos obtenidos posterior al tratamiento pro-fertilidad?

HIPOTESIS

HIPÓTESIS ALTERNA

Los embarazos obtenidos posterior al tratamiento profertilidad incrementan las complicaciones maternas y perinatales.

HIPÓTESIS NULA

Los embarazos obtenidos posterior al tratamiento profertilidad no incrementan las complicaciones maternas y perinatales.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar la existencia de complicaciones maternas y perinatales de los embarazos obtenidos posterior al tratamiento profertilidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- A) Identificar las complicaciones maternas que presentan los embarazos obtenidos posterior al tratamiento profertilidad.
- B) Evaluar la resolución obstétrica de los embarazos obtenidos posterior al tratamiento profertilidad.
- C) Evaluar el resultado perinatal de los embarazos obtenidos posterior del tratamiento profertilidad.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Pacientes infértiles
2. Pacientes que recibieron tratamiento profertilidad
3. Pacientes embarazadas posterior al tratamiento profertilidad

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes que hayan abandonado el seguimiento
2. Pacientes de las cuales no se pueda obtener el expediente o la información

MATERIAL Y METODOS

Se revisaran los expedientes de las pacientes embarazadas con antecedentes de infertilidad primaria o secundaria, durante el año 2003 del servicio de biología de la reproducción del Hospital de Ginecología y Obstetricia # 3 del Centro Médico la Raza, con vigilancia hasta la resolución del embarazo, en este y otros hospitales.

A cada paciente se le estudió:

1. Fecha de ingreso al servicio
2. Edad
3. Tipo de infertilidad
4. Tiempo de infertilidad
5. Tratamiento médico
6. Tratamiento quirúrgico
7. Tipo de gestación (única o múltiple)
8. Evolución clínica del embarazo
9. Complicaciones médicas o quirúrgicas del embarazo
10. Complicaciones obstétricas
11. Vía de resolución del embarazo
12. Peso del producto
13. Capurro del producto
14. Sexo del producto
15. Apgar del producto
16. Malformaciones congénitas del producto
17. Días de estancia hospitalaria de la paciente
18. Días de estancia hospitalaria del producto

DISEÑO

Es un estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Todas las pacientes tratadas en el servicio de biología de la reproducción del hospital de Ginecología y Obstetricia # 3, del Centro Médico Nacional, La raza, con antecedente de infertilidad primaria y/o secundaria que lograron el embarazo posterior al tratamiento establecido durante el año 2003 y que se logro recabar la información y/o el expediente.

PROCEDIMIENTO

Se realizó seguimiento a las pacientes que presentaron embarazo posterior al tratamiento pro-fertilidad, registrando todo evento obstétrico y médico presentado durante la gestación, se registró a su ingreso la edad, el tipo de tratamiento médico o quirúrgico recibido, eventos obstétricos presentados como amenaza de parto pretérmino, de aborto, embarazos ectópicos, abortos, ruptura de membranas, sufrimiento fetal agudo, y datos del producto al nacimiento, como peso, sexo, Capurro y Apgar del producto al nacimiento.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES

Tratamiento pro-fertilidad: Es todo procedimiento médico o quirúrgico encaminado a promover la fecundidad en parejas con antecedente de infertilidad.

Tipo de variable: Cualitativa nominal

VARIABLES DEPENDIENTE

Aborto: Pérdida de la gestación antes de las 20 semanas o con un peso del producto inferior a 500mg.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Parto: Expulsión de un feto viable a través de la vía vaginal.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Cesárea: Intervención quirúrgica mediante la cual se extrae el producto posterior a la semana 27 de gestación a través de laparotomía e histerotomía.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Amenaza de aborto: Presencia de sangrado trans-vaginal escaso, asociado a dolor, pero sin modificaciones cervicales.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Amenaza de parto pre-término: Es la presencia dolor obstétrico y actividad uterina entre la semana 21 y 37 de gestación, sin dilatación cervical.

Tipo de variable: cualitativa nominal

Embarazo múltiple: Desarrollo simultáneo de 2 o más fetos.
Tipo de variable: cualitativa nominal.

Apgar: Es la calificación del recién nacido al primero y cinco minutos de vida que evalúa el grado de asfixia neonatal y pronóstico del mismo.
Tipo de variable: Cuantitativa ordinal.

Anomalia congénita: Toda alteración somática o bioquímica presente en el recién nacido.
Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Capurro: Valoración del recién nacido que permite evaluar las características anatómica y funcionales para determinar la edad gestacional.
Tipo de variable: Cuantitativa ordinal.

Diabetes gestacional: Es la diabetes diagnosticada durante el embarazo, independientemente de su existencia anterior así como su evolución ulterior.
Tipo de variable: cualitativa nominal.

Pre-eclampsia: Síndrome que aparece posterior a la semana 20 de gestación que se caracteriza por hipertensión y proteinuria patológica.
Tipo de variable: cualitativa nominal.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en el HGO # 3, CMN, La Raza, con los expedientes clínicos de las pacientes tratadas en el servicio de Biología de la Reproducción durante el año 2003 con el antecedente de infertilidad primaria y/o secundaria que recibieron con éxito el tratamiento pro-fertilidad y que continuaron vigilancia y resolución del embarazo en nuestro hospital o en otros.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo con medidas de tendencia central, utilizando porcentajes, medias, tablas y gráficas.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

- 1.- Planeación de la investigación.....Del 1 al 30 de septiembre de 2004.
- 2.- Elaboración de protocolo.....Del 1 al 15 de octubre de 2004.
- 3.- Recolección de datos.....Del 15 al 31 de octubre de 2004.
- 4.- Análisis de datos.....Del 16 de Mayo al 16 de junio del 2004.
- 5.- Conclusiones y resultados.....Del 1 al 28 de julio del 2004.

RESULTADOS

Se revisaron los expedientes de las pacientes atendidas en el servicio de biología de la reproducción del Hospital de Ginecología y Obstetricia # 3 CMN La Raza durante el año 2003, que lograron embarazo posterior al tratamiento de infertilidad.

Se logro recabar información de 113 expedientes de pacientes embarazadas, de las cuales se reviso la evolución y la resolución obstétrica de la gestación así como los resultados perinatales de las mismas.

La edad promedio fue de 26 a 30 años en un 41.6% y de 31 a 35 años en un 39% lo que equivale al 76.1% del total. El resto corresponde a 20 a 25 años en 14.2% y de 36 a 40 años en un 9.7%.

El tipo de infertilidad fue en un 49.6% primaria y en 50.4% secundaria. El tiempo de evolución de la misma fue 1 año en 8.8%, de 2 años en 23%, de 3 años en 27.4%, de 4 años en 14.2%, de 5 a 6 años en 17.7% y mas de 7 años en un 10%, encontrándose que la mayoría corresponde de 1 a 4 años en 73% del total.

El diagnóstico definitivo realizado en la unidad corresponde a 55 pacientes (48.7%) al factor endocrino-ovárico, en 24 casos (21.2%) al factor tubo-peritoneal y uterino, en 11 casos (9.7%) en protocolo de estudio, en 9 pacientes (8%) al factor vagino-cervico-espermático, 8 casos (7.1%) a causa no aparente y en 6 pacientes (5.3%) al factor masculino.

El tratamiento médico utilizado fue en mayor porcentaje a los que corrigen la falla ovulatoria en un 52.1% del total (59 casos del total) que corresponden 26.5% al citrato de clomifeno, un 6.2% a la FRSr, un 9.7% a la levotiroxina y un 9.7% a la bromocriptina. En 19 pacientes 16.8% del total no se utilizó ningún tratamiento. Además en un 15.9% se utilizó antibiótico, solo y/o en conjunto con otro manejo. En 12 casos (10.6%) se utilizo inseminación artificial y el menos utilizado fue el danazol solo en 1 caso, 0.9%. En algunos casos se utilizo 2 o mas tratamientos a la vez.

El tratamiento quirúrgico mas utilizado fue adherensiolisis en un 6.2% de casos, electrofulguración de focos endometriósicos en un 5.3%, fimbrioplastía, miomectomía y cerclaje cervical fue usado en 2.7% cada uno de ellos. Y no se requirió ningún tratamiento en 88 casos que corresponden al 77.9% del total.

El tipo de gestación fue única en 108 casos que corresponden a un 95.58% del total y gemelar en 4 pacientes que corresponde a 3.54%, de los cuales 1 paciente presento aborto del primer trimestre y una gestación presento un producto diferido, y los otros 2 gemelares llegaron a término, y se presento solo 1 paciente con trillizos que corresponde a 0.88% del total.

Las complicaciones médicas mas frecuentes fueron pre-eclampsia severa en 17 casos que corresponde a 15%, diabetes mellitas gestacional en 9 pacientes que corresponde a 8%, aborto en 9 pacientes que corresponde a 8%, baja reserva fetal en 6 pacientes que corresponde a 5.3% y en 46 casos que corresponde a 40.7% no se presento ninguna complicación. Y las menos frecuentes fueron EHIE, óbito y embarazo anembriónico en 0.9% cada uno.

La vía de resolución del embarazo mas frecuente fue operación cesárea en 82 casos que corresponde a 72.6%, en 17 casos que corresponde a 15% fue eutocia y en 14 pacientes que corresponde a 12.4% LUI.

El sexo del producto fue en 46 casos masculino y en 53 casos femenino, lo cual corresponde a un 40.7% y 46.9%, respectivamente.

El Apgar en la mayor parte de los casos fue de 8-9, en 73 pacientes lo que corresponde a un 64.6% y un Apgar bajo menor a 6-8 se obtuvo solo en 5 pacientes que representa un 5.4%.

El peso del producto se encontró entre 2000 y 3500g en 81 pacientes que corresponde a un 71.7% y solo se presento en 7 casos, 6.2% un peso menor a 1500g.

La valoración de Capurro fue mayor de 37 semanas en la mayoría de los casos, 79 pacientes que corresponde a un 69.9% y de 34-36 semanas en 15 casos, 13.3%, y menores de 34 semanas en 14 casos, 12.4% del total.

ANALISIS DE RESULTADOS

En la literatura general se reporta que aproximadamente 10 a 15% de las parejas son infértiles.

En el presente estudio se encontró que en infértiles embarazadas después de algún tipo de tratamiento la etiología más frecuente es la anovulación crónica correspondiendo al 48.7% en contraste con el 40% reportado en pacientes infértiles no embarazadas.

También llama la atención que la alteración tubo peritoneal y uterina en este grupo de mujeres fue del 21.2% en contraste de lo mencionado en otras series en donde llega a ser hasta del 50% en infértiles no embarazadas.

Seguramente esta disparidad tiene que ver con la manera de analizar la etiología y traduce la efectividad de los tratamientos para inducir la ovulación contra la de los tratamientos quirúrgicos en donde la lesión es anatómica y la dificultad para corregirlos es mayor.

La misma situación puede comentarse en relación a la alteración masculina. En este estudio correspondió al 5.3% y sabemos que en parejas infértiles la responsabilidad del varón es de por lo menos 30%.

En cuanto al manejo médico empleado un 52.1% requirió inducción de la ovulación por distintos medios para lograr la gestación, siendo el fármaco más utilizado el citrato de clomifeno en un 26.5% de los casos. Y el control de otras disfunciones endocrinas como el hipotiroidismo y la hiperprolactinemia también fue muy benéfico en 22 pacientes (19.4%).

Llama la atención que pese a que el factor tubo-peritoneal y uterino fue la 2ª causa de infertilidad un 77.9% de pacientes no requirió ningún tratamiento quirúrgico y solo 11.5% necesito procedimientos sencillos como adherenciolisis y electrofulguración

El tipo de gestación fue única en el 95.58% de los casos, lo que refleja la mejor eficacia y adecuado control con los nuevos tratamientos profertilidad que ha disminuido enormemente la incidencia de embarazos de alto orden fetal.

Comentando acerca del objetivo principal de este estudio tenemos que las complicaciones médicas más frecuentes fueron en primer lugar la preeclampsia con 17 pacientes que corresponde al 15% de los casos y que no concuerda con la incidencia reportada en la literatura general que va del 2% al 15% y tampoco con lo reportado en nuestro medio que es del 8%.

La segunda complicación médica encontrada fue la diabetes gestacional en 9 pacientes (8% del total) lo cual corresponde a lo reportado en la literatura que es de 2 a 12% de todos los embarazos.

La resolución del embarazo fue en un 72.6% por vía abdominal, lo cual se encuentra por arriba de lo esperado ya que se menciona que el porcentaje de esta debe ser aproximado del 30 al 40%, sin embargo en este estudio no se logra precisar la indicación de la misma por lo que se debe investigar si se trato de causas absolutas o relativas. Además en nuestro hospital desde hace aproximadamente 4 años, se ha mantenido la misma frecuencia (72.5%) de operación cesárea en el total de las pacientes atendidas por otras causas.

En cuanto a los resultados perinatales afortunadamente se encontró que 79 recién nacidos un 69.9% del total fueron de término basadas en la valoración de Capurro la cual se encontró entre las 37 y 40 semanas, y 29 casos (25.7%) del total correspondieron a productos prematuros lo cual es mucho mayor de lo esperado en la población abierta que es de 12%.

Además se encontró que 72 recién nacidos (63.8%) de los casos presentó un peso entre 2500 y 4000g al momento del nacimiento lo cual disminuye el riesgo de complicaciones perinatales. Y el 23.9% que corresponde a 27 pacientes presentaron bajo peso al nacer. Lo cual se encuentra por arriba de lo reportado en la literatura que es solo del 12%.

En cuanto a la valoración de Apgar se encontró que solo un 5.4% presento calificación baja menor a 6-8, lo que traduce que la mayor parte de recién nacidos no presentaron asfixia neonatal.

CONCLUSIONES

1.- El factor más frecuente de infertilidad en mujeres que lograron la gestación después del tratamiento, es el factor endocrino-ovárico, por lo que es más probable lograr el embarazo con la inducción de la ovulación ya sea con métodos directos o indirectos que con otros tratamientos de infertilidad

2.- La mayor parte de las pacientes logra la gestación solo con manejo médico sin requerir ningún tratamiento quirúrgico.

3.- El 16% del total de los casos no requirió ningún tratamiento a pesar de tener 1 a 4 años comprobados de infertilidad, lo que comprueba que del 10 al 20% de las pacientes enviadas a un centro hospitalario conciben en el trayecto al mismo. Lo cual apoya la idea de la importancia de la intervención del factor psicógeno como causa de infertilidad.

4.- A pesar de que la tasa de embarazos múltiples fue similar a la población general, el porcentaje de complicaciones fue mayor ya se presentó pérdida de la gestación en la mitad de los mismos.

5.- Agrupando el porcentaje de complicaciones médicas esperadas en la población general se encontró que es casi el doble de lo encontrado en estas mujeres con el antecedente de infertilidad.

6.- La frecuencia de prematurez y bajo peso al nacer fue mayor que en la población abierta.

BIBLIOGRAFÍA.

- Fathalla MF Rosenfield A, Indriso C, Sen KP, Ratnam S. Salud reproductiva: Problemas mundiales. En Rosenfield A Fathalla MF FIGO Manual de la Reproducción humana, New York, The Parthenon Publishing group, 1994. 335-535.
- Karchmer S Cabral F Ibarquengoitia F, Mancera M. editorial Normas y procedimientos de Ginecología y Obstétrica 2002 INPER, México, Marketing y publicidad 2002. 56.
- Shohan Z. Howles CM Jacobs HS Female infertility therapy current practice. London Blackwell SC Inc 1999. 27.
- Bettendorf G The normal infertile couple. Infertility: Male and female, En Insler V. Lunenfeld B editors New York, Churchill Livingstone Publishers, 1989: 332-346.
- Crosignani PG Rubin BL Optimal use of infertility diagnosis test and treatments. The ESHRE Capri workshop group Human Reproducción, 200:15 723-732.
- Bentley GR Mascie-Taylor CGN (Eds) Infertility in the modern world: presente and future prospects. Cambridge: Cambridge University Press 2000: 1-3.
- Rita Isaksson and Tiitinen, Obstetric outcome in patients with unexplained infertility: Comparison of treatment related and spontaneous pregnancies, Acta Obstet Gynecol Scand 77 (1998) 849-853.
- Zuppa Antonio, Neonatal outcome of spontaneous and assisted twin pregnancies. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology 95 (2001) 68-72.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

- Fecha de ingreso al servicio _____
- Nombre _____
- Afiliación _____
- Teléfono _____
- Edad _____

- Tipo de infertilidad _____
- Tiempo de evolución _____
- Dx definitivo en el servicio _____
- Tratamiento médico _____
- Tratamiento quirúrgico _____
- Tipo de gestación (única o múltiple) _____
- Evolución clínica del embarazo _____
- Complicaciones médicas _____
- Complicaciones quirúrgicas _____
- Vía de resolución del embarazo _____

- Sexo del producto _____
- Peso del producto _____
- Apgar del producto _____
- Capurro del producto _____

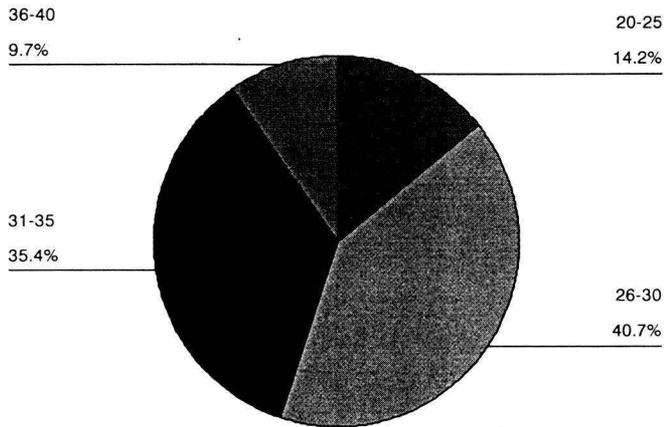
- Días de estancia hospitalaria de la paciente _____
- Días de estancia hospitalaria del producto _____

TABLAS Y GRAFICAS

EDAD

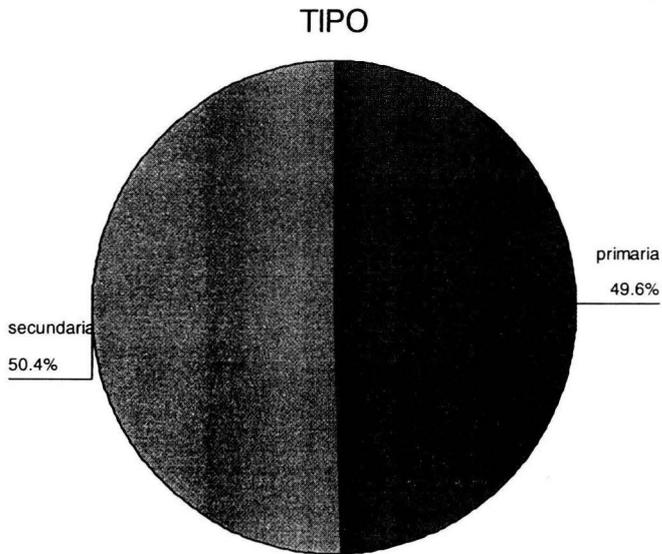
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-25	16	14.2	14.2	14.2
	26-30	46	40.7	40.7	54.9
	31-35	40	35.4	35.4	90.3
	36-40	11	9.7	9.7	100.0
Total	113	100.0	100.0		

EDAD



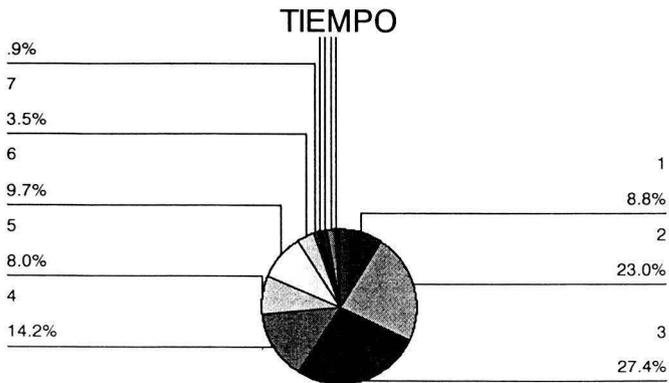
TIPO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid primaria	56	49.6	49.6	49.6
secundaria	57	50.4	50.4	100.0
Total	113	100.0	100.0	



TIEMPO

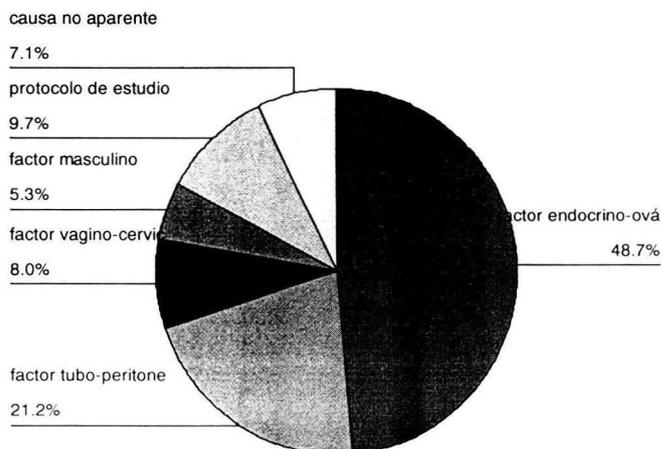
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	10	8.8	8.8	8.8
	2	26	23.0	23.0	31.9
	3	31	27.4	27.4	59.3
	4	16	14.2	14.2	73.5
	5	9	8.0	8.0	81.4
	6	11	9.7	9.7	91.2
	7	4	3.5	3.5	94.7
	8	1	.9	.9	95.6
	9	1	.9	.9	96.5
	10	1	.9	.9	97.3
	11	2	1.8	1.8	99.1
	14	1	.9	.9	100.0
	Total	113	100.0	100.0	



DIAGNOSTICO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid factor endocrino-ovárico	55	48.7	48.7	48.7
factor tubo-peritoneal y uterino	24	21.2	21.2	69.9
factor vagino-cervical-espermático	9	8.0	8.0	77.9
factor masculino	6	5.3	5.3	83.2
protocolo de estudio	11	9.7	9.7	92.9
causa no aparente	8	7.1	7.1	100.0
Total	113	100.0	100.0	

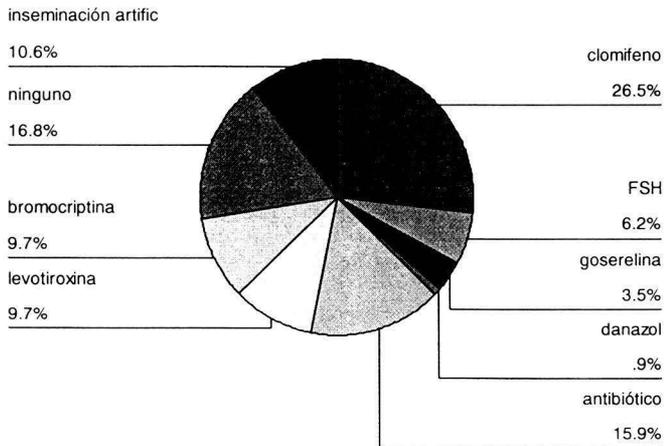
DIAGNOST



TRATAMIENTO MEDICO

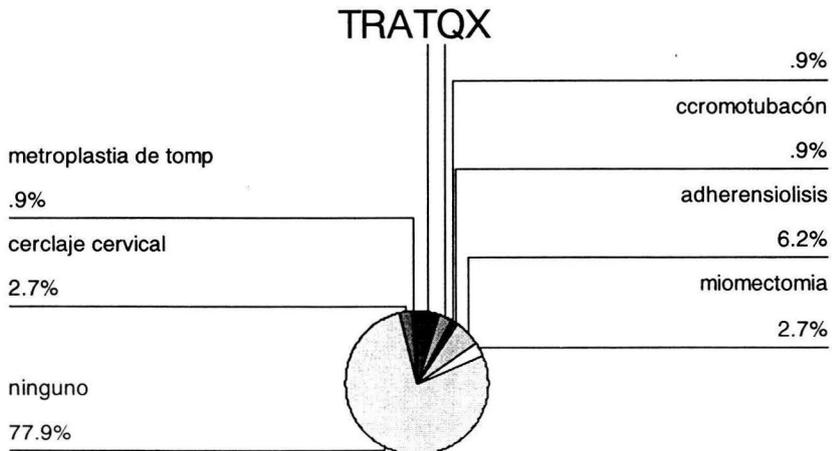
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid clomifeno	30	26.5	26.5	26.5
FSH	7	6.2	6.2	32.7
goserelina	4	3.5	3.5	36.3
danazol	1	.9	.9	37.2
antibiótico	18	15.9	15.9	53.1
levotiroxina	11	9.7	9.7	62.8
bromocriptina	11	9.7	9.7	72.6
ninguno	19	16.8	16.8	89.4
inseminación artificial	12	10.6	10.6	100.0
Total	113	100.0	100.0	

TRATAMED



TRATAMIENTO QUIRURGICO

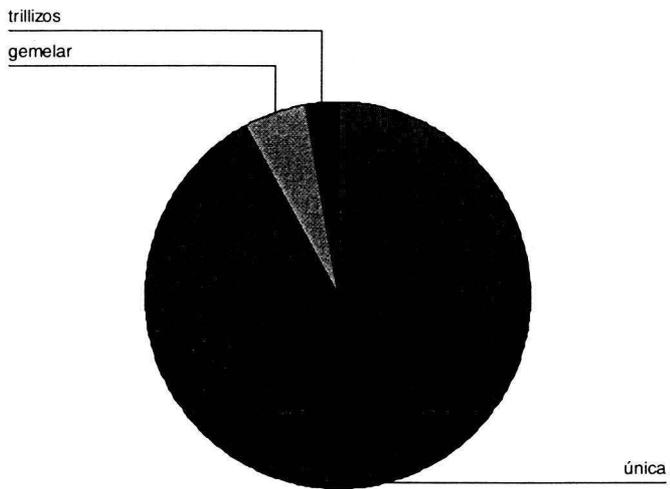
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid electrofulguración	6	5.3	5.3	5.3
recanalización	3	2.7	2.7	8.0
fimbrioplastia	1	.9	.9	8.8
ccromotubación	1	.9	.9	9.7
adherensiolisis	7	6.2	6.2	15.9
miomectomia	3	2.7	2.7	18.6
ninguno	88	77.9	77.9	96.5
cerclaje cervical	3	2.7	2.7	99.1
metroplastia de tomkins	1	.9	.9	100.0
Total	113	100.0	100.0	



TIPO DE GESTACION

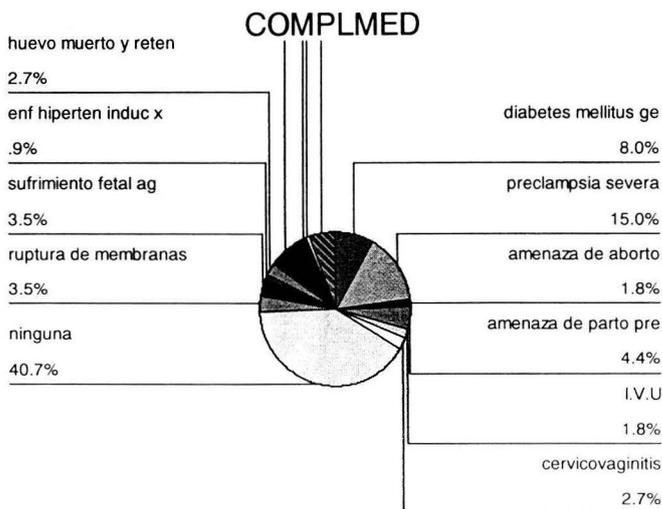
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	única	108	92.0	92.0	92.0
	gemelar	4	5.3	5.3	97.3
	trillizos	1	2.7	2.7	100.0
	Total	113	100.0	100.0	

TIPGESTC



COMPLICACIONES MEDICAS

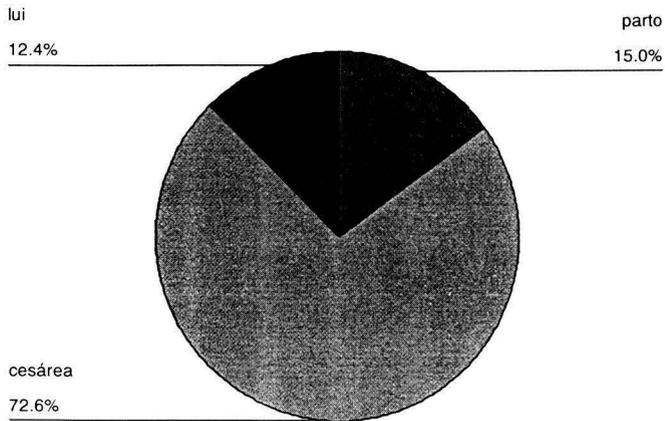
	Frequ ency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
diabetes mellitus gestacional	9	8.0	8.0	8.0
preclampsia severa	17	15.0	15.0	23.0
amenaza de aborto	2	1.8	1.8	24.8
amenaza de parto pretérmino	5	4.4	4.4	29.2
I.V.U	2	1.8	1.8	31.0
cervicovaginitis	3	2.7	2.7	33.6
Ninguna	46	40.7	40.7	74.3
ruptura de membranas	4	3.5	3.5	77.9
sufrimiento fetal agudo	4	3.5	3.5	81.4
enf hipertension inducida x emb	1	.9	.9	82.3
huevo muerto y retenido	3	2.7	2.7	85.0
Aborto	9	8.0	8.0	92.9
Óbito	1	.9	.9	93.8
anembrionario	1	.9	.9	94.7
baja reserva fetal	6	5.3	5.3	100.0
Total	113	100.0	100.0	



RESOLUCION DEL EMBARAZO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid parto	17	15.0	15.0	15.0
cesárea	82	72.6	72.6	87.6
lui	14	12.4	12.4	100.0
Total	113	100.0	100.0	

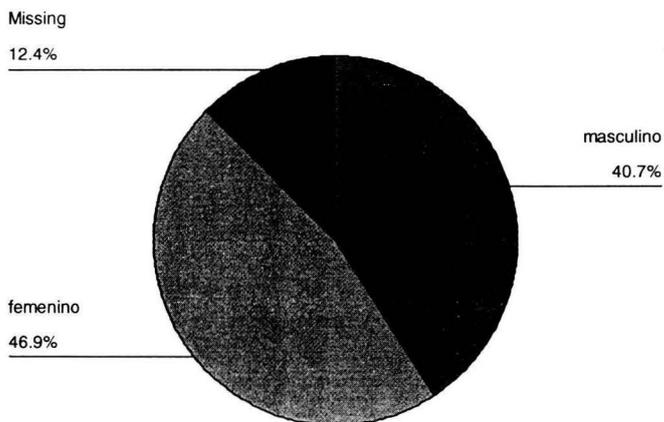
RESOLEMB



SEXO DEL PRODUCTO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	masculino	46	40.7	46.5	46.5
	femenino	53	46.9	53.5	100.0
	Total	99	87.6	100.0	
Missing	System	14	12.4		
Total		113	100.0		

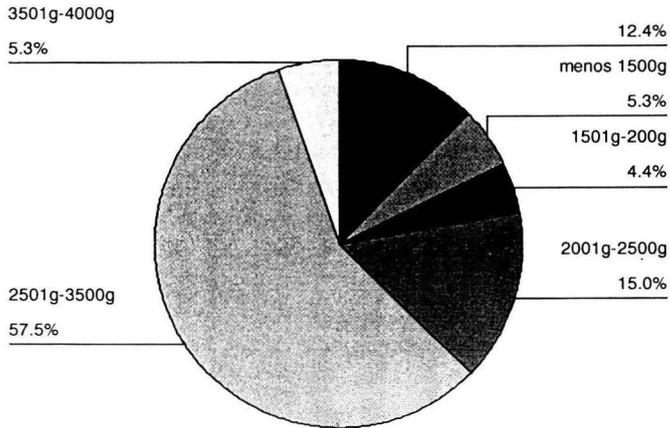
SEXOPROD



PESO

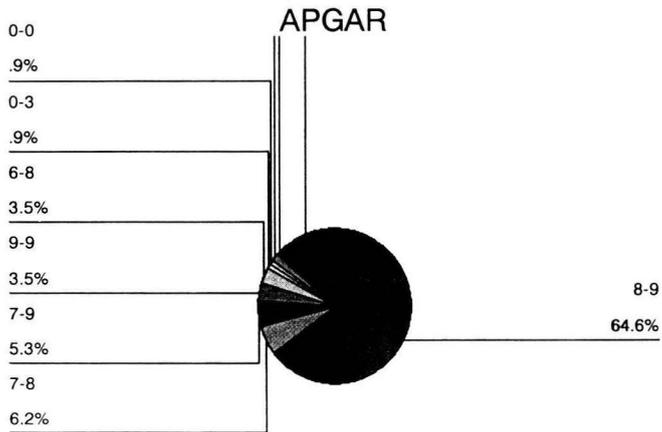
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	14	12.4	12.4	12.4
menos 1500g	6	5.3	5.3	17.7
1501g-200g	5	4.4	4.4	22.1
2001g-2500g	17	15.0	15.0	37.2
2501g-3500g	65	57.5	57.5	94.7
3501g-4000g	6	5.3	5.3	100.0
Total	113	100.0	100.0	

PESO



APGAR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	8-9	73	64.6	73.7	73.7
	7-8	7	6.2	7.1	80.8
	7-9	6	5.3	6.1	86.9
	9-9	4	3.5	4.0	90.9
	6-8	4	3.5	4.0	94.9
	0-3	1	.9	1.0	96.0
	0-0	1	.9	1.0	97.0
	8-8	2	1.8	2.0	99.0
	3-5	1	.9	1.0	100.0
	Total	99	87.6	100.0	
Missing	System	14	12.4		
Total		113	100.0		



CAPURRO

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	14	12.4	12.4	12.4
menos de 34 sem	5	4.4	4.4	16.8
34-36sem	17	15.0	15.0	31.9
37-40sem	77	68.1	68.1	100.0
Total	113	100.0	100.0	

CAPURRO

