

11217
64
zej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3

CENTRO MEDICO LA RAZA

I. M. S. S.

**EMBARAZO DESPUES DE ESTERILIDAD
ANALISIS DE 200 CASOS**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO EN
LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
DR. JAVIER A. PAYEN IZABAL

ASESOR DE TESIS:

DR. JAIME ROSAS ARCEO



IMSS

MEXICO, D. F.

1987

**TESIS CON
FALLA EN COPIA**



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 está 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.

I N D I C E

| | Página |
|-------------------------------------|--------|
| I. INTRODUCCION | 1 |
| II. MATERIAL Y METODOS | 2 |
| III. RESULTADOS | 3 |
| IV. COMENTARIOS | 23 |
| V. RESUMEN Y CONCLUSIONES | 29 |
| VI. BIBLIOGRAFIA | 30 |

I. INTRODUCCION.

En el año de 1979 publicamos los resultados de 77 pacientes embarazadas con antecedentes de esterilidad estudiadas en el Servicio de Biología de la Reproducción del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del Centro Médico - La Raza, y se concluyó, que si bien el embarazo en la mujer previamente estéril debe ser considerado como de alto riesgo, bien vigilado y manejado adecuadamente no representa serios peligros y que la resolución de los mismos está determinada por varios factores personales y obstétricos, no debiendo ser obligadamente por vía abdominal, como algunos autores han recomendado (16).

Los avances recientes en cardiotocografía y la monitorización por ecosonografía han demostrado que estas pacientes se deben de considerar como embarazos de alto riesgo - por lo que la resolución de estos se realiza por vía abdominal, y la morbimortalidad se abate.

El presente trabajo se realizó en un intento de investigar y determinar la evolución clínica e incidencia de complicaciones durante el transcurso de la gestación y la vía de resolución de este tipo de paciente, y corroborar - si esta situación prevalece en nuestro medio.

II. MATERIAL Y METODOS.

Se revisaron mediante un protocolo previamente establecido los expedientes de 200 pacientes embarazadas — con antecedentes de esterilidad primaria o secundaria, — del Servicio de Biología de la Reproducción del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del Centro Médico La Raza. — A cada paciente se le estudiaron los siguientes parámetros:

- Edad
- Tipo de esterilidad
- Tiempo de esterilidad
- Tratamiento médico
- Tratamiento quirúrgico (microcirugía)
- UESG
- Prueba de condición fetal
- Evolución clínica del embarazo
Aborto, embarazo ectópico, parto prematuro, embarazo múltiple y normoevolutivo
- Vía de resolución

III. RESULTADOS.

La edad de las pacientes osciló entre 20 y 35 años siendo el promedio de 27.5 años. Sólo hubo 7 pacientes mayores de 37 años, lo que correspondió al 3.5% de los casos, como puede apreciarse en la tabla I.

El tipo de esterilidad fué primaria en el 54.0% y esterilidad secundaria en 46.0% de los casos, como se puede apreciar en la tabla II.

En la tabla III se puede observar que el promedio de esterilidad fué de 4.5 años

Respecto a las causas de esterilidad agrupadas por factores se puede apreciar que el factor endocrino-ovarico ocupó el 47.0% de los casos y el factor tuboperitoneal se encontró en segundo lugar 35.5% como puede apreciarse en la tabla IV, el factor vaginocervicoespermático y uterino ocuparon el 11.5% y el 6.0% de los casos.

La tabla V analiza a las pacientes con factor endocrino-ovarico; los tipos de tratamiento utilizados, la e-

volución del embarazo, la vía de resolución del mismo y el estado de los recién nacidos.

TABLA I

DISTRIBUION DE PACIENTESSEGUN EDAD

| <u>AÑOS</u> | <u>No. PACIENTES</u> | <u>%</u> |
|---------------|----------------------|----------|
| 20-25 | 68 | 34.0 |
| 26-30 | 87 | 43.5 |
| 31-35 | 38 | 19.0 |
| Mayores de 36 | 7 | 3.5 |
| Total | 200 | 100.0 |

TABLA II

TIPO DE ESTERILIDAD

| <u>ESTERILIDAD</u> | <u>No. PACIENTES</u> | <u>%</u> |
|--------------------|----------------------|----------|
| Primaria | 108 | 54.0 |
| Secundaria | 92 | 46.0 |
| Total | 200 | 100.0 |

TABLA III

7

DURACION DE LA ESTERILIDAD

| AÑOS | No. PACIENTES | % |
|-------|---------------|-------|
| 2 | 25 | 12.5 |
| 3 | 22 | 11.0 |
| 4 | 28 | 14.0 |
| 5 | 21 | 10.5 |
| 6 | 20 | 10.0 |
| 7 | 22 | 11.0 |
| 8 | 17 | 8.5 |
| 9 | 19 | 9.5 |
| 10 | 14 | 7.0 |
| 11 | 7 | 3.5 |
| 12 | 5 | 2.5 |
| Total | 200 | 100.0 |

Promedio= 4.5 años de esterilidad

TABLA IV

EMBARAZO DESPUES DE ESTERILIDAD

ANALISIS DE 200 CASOS

CAUSAS DE ESTERILIDAD AGRUPADAS POR FACTORES

| <u>FACTOR</u> | <u>No. PACIENTES</u> | <u>%</u> |
|--------------------------------|----------------------|----------|
| Endocrino-ovarico | 94 | 47.0 |
| Tubo-peritoneal | 71 | 35.5 |
| Vagino-cervico- espermatico | 23 | 11.5 |
| Uterino | 12 | 6.0 |
| Total | 200 | 100.0 |

EMBARAZO DESPUES DE ESTERILIDAD
FACTOR ENDOCRINO OVARICO

| | |
|---|--------|
| No. de casos | 94 |
| Esterilidad primaria | 51 |
| Esterilidad secundaria | 43 |
| Tratamiento | |
| Citrato de clofifeno | 72 |
| Progestagenos | 6 |
| HMG y HCG | 6 |
| Bromocriptina | 9 |
| Antitiroideo | 3 |
| Evolución del embarazo | |
| Abortos | 12 |
| Amenaza de aborto | 3 |
| Embarazo ectópico | 2 |
| Embarazo gemelar * | 5 |
| Toxemia | 1 |
| Parto prematuro | 8 |
| Normoevolutivo | 63 |
| Via de resolución | |
| Parto eutócico | 41 |
| Parto distócico | 6 |
| Cesàrea por DCP | 4 |
| Cesàrea por producto valioso | 11 |
| Cesàrea por baja reserva fetal (PCF) ** | 9 |
| Cesàrea por gemelar | 5 |
| Cesàrea por toxemia | 1 |
| Cesàrea por pèlvico | 3 |
| Recièn nacidos | |
| Sexo masculino | 46 |
| Sexo femenino | 39 |
| Peso promedio | 3.125g |

* Embarazos gemelares diagnosticados por ecsonografia en el 1er. trimestre.

** Baja reserva fetal diagnosticada por PCF en productos de término que condicionò resolución del embarazo por via abdominal.

Respecto a la evolución de los embarazos podemos apreciar que hubo complicaciones del embarazo en 17 pacientes, siendo los problemas de aborto las complicaciones más frecuentes.

Hubo 5.35% de embarazo gemelar cifra alta en relación a los demás factores, prematuros 8.51% en contraste con la evolución normal de las pacientes en el 67.02%.

Respecto a la vía de resolución del embarazo 47 pacientes tuvieron parto eutócico 58.65% y la operación cesárea se practicó en 33 pacientes 41.25% como se puede apreciar en la tabla VI.

En la tabla VII se muestra la resolución del factor tuboperitoneal de esterilidad, el tipo de tratamiento, la evolución del embarazo, el tipo de parto y el estado del recién nacido. Es de llamar la atención la baja reserva fetal diagnosticada por PCF en productos de término que condicionó interrupción del embarazo por vía abdominal.

La evolución de los embarazos con factor tuboperitoneal mostró que los problemas de aborto se presentaron en pocos casos, a diferencia de los embarazos ectópicos que se pre-

sentaron en una proporción del doble de lo encontrado en el factor neuroendocrino tabla VIII. A pesar de ello el embarazo fué normoevolutivo en el 66.19% de los casos, 7 pacientes se encuentran aún en control.

La operación cesárea se realizó en el 79.66% de los casos, 12 pacientes tuvieron parto eutócico 20.33%.

En la tabla IX se muestran los resultados del factor vaginocervicospERMÁTICO. El tipo de esterilidad, los tratamientos utilizados, la evolución del embarazo, el tipo de parto y el estado de los recién nacidos.

Se notó que los problemas de aborto se elevaron considerablemente, la evolución de los embarazos fué normal en el 56.52% y el 73.33% de la resolución de los embarazos se resolvieron por parto eutócico como puede apreciarse en la tabla X.

La tabla XI muestra el embarazo en pacientes tratadas por factor uterino de esterilidad, en él llama la atención la placenta previa que condicionó cesárea histerectomía por acretismo placentario. Nuevamente se encontró baja reserva fetal diagnósticada por prueba de condición fetal en productos

de termino que condicionó interrupción del embarazo por vía abdominal.

La vía de resolución de este factor fué la operación cesárea como se aprecia en la tabla XII.

TABLA VI

EMBARAZO DESPUES DE ESTERILIDAD

FACTOR ENDOCRINO-OVARICO

EVOLUCION DE LOS EMBARAZOS

| Aborto | Amenaza de aborto | Embarazo ectópico | Embarazo gemelar | Prematuros | Evolución normal |
|--------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|--------------------------|
| 12 Pacientes (12.76%) | 3 Pacientes (3.19%) | 2 Pacientes (2.12%) | 5 Pacientes (5.31%) | 8 Pacientes (8.51%) | 63 Pacientes (67.02%) |

TIPO DE PARTO

| Parto | Operación cesárea |
|--------------------------|--------------------------|
| 47 Pacientes (58.75%) | 33 Pacientes (41.25%) |

TABLA VII
EMBARAZO DESPUES DE ESTERILIDAD

14

FACTOR TUBOPERITONEAL

| | |
|---|--------|
| No. de casos | 71 |
| Esterilidad primaria | 35 |
| Esterilidad secundaria | 36 |
| | |
| Tratamiento | |
| Médico (Antinflamatorio-antimicrobiano) | 15 |
| Salpingoovariolisis | 33 |
| Salpingoovariolisis + Salpingostomía distal | 4 |
| Salpingoovariolisis + Fimbrioplastia* | 5 |
| Anastomosis término terminal | 12 |
| Anastomosis tubo-cornual | 2 |
| | |
| Evolución del embarazo | |
| Aborto | 1 |
| Amenaza de aborto | 3 |
| Embarazo ectópico | 4 |
| Parto prematuro | 9 |
| Embarazo normal** | 54 |
| | |
| Tipo de parto | |
| Parto eutócico | 10 |
| Parto distócico | 2 |
| Cesárea por DCP | 3 |
| Cesárea por producto valioso | 36 |
| Cesárea por baja reserva fetal*** | 8 |
| | |
| Recién nacidos | |
| Sexo masculino | 27 |
| Sexo femenino | 32 |
| Peso promedio | 2.950g |

* Presentaron cuatro embarazos ectópicos

** Siete pacientes en control prenatal normoevolutivo

*** Baja reserva fetal diagnosticada por PCF en productos de término que condicionó interrupción del embarazo por vía abdominal.

TARJA VIII

EMBARAZO DESPUES DE ESTERILIDAD

FACTOR TUBOPERITONEAL

EVOLUCION DE LOS EMBARAZOS

| Aborto | Amenaza de aborto | Embarazo ectópico | Parto prematureo | Embarazo normal | Control |
|-----------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------|
| 1 Paciente (1.40%) | 3 Pacientes (4.22%) | 4 Pacientes (5.63%) | 9 Pacientes (12.67%) | 47 Pacientes (66.19%) | 7 Pacientes (9.85%) |

TIPO DE PARTO

| Operación cesárea | Parto |
|--------------------------|--------------------------|
| 47 Pacientes (79.66%) | 12 Pacientes (20.33%) |

TABLA IX

EMBARAZO DESPUES DE ESTERILIDAD
FACTOR VAGINOCERVICOESPERMATICO

| | |
|----------------------------------|--------|
| No. de casos | 23 |
| Esterilidad primaria | 17 |
| Esterilidad secundaria | 6 |
| Tratamiento | |
| Calendario coital | 23 |
| Antinflamatorios | 23 |
| Electrofulguración o criocirugía | 16 |
| Evolución del embarazo | |
| Aborto | 8 |
| Parto prematuro | 2 |
| Evolución normal | 13 |
| Tipo de parto | |
| Parto eutócico | 9 |
| Parto distócico | 2 |
| Cesárea por DCP | 1 |
| Cesárea por producto valioso | 1 |
| Cesárea por baja reserva fetal* | 2 |
| Recién nacidos | |
| Sexo masculino | 7 |
| Sexo femenino | 8 |
| Peso promedio | 3.025g |

* Baja reserva fetal diagnosticada por PCF en productos de término que condicionó resolución del embarazo por cesárea.

EMBARAZO DESPUES DE ESTERILIDADFACTOR VAGINOCERVICOESPERMATICOEVOLUCION DE LOS EMBARAZOS

| Aborto | Parto prematuro | Evolución normal |
|-------------------------|------------------------|--------------------------|
| 8 Pacientes (34.68%) | 2 Pacientes (8.69%) | 13 Pacientes (56.52%) |

TIPO DE PARTO

| Parto | Operación cesárea |
|--------------------------|-------------------------|
| 11 Pacientes (73.33%) | 4 Pacientes (26.66%) |

TABLA XI

EMBARAZO DESPUES DE ESTERILIDADFACTOR UTERINO

| | |
|---|--------|
| No. de casos | 12 |
| Esterilidad primaria | 5 |
| Esterilidad secundaria | 7 |
| Tratamiento | |
| Micsectomía | 3 |
| Lisis de adherencias por vía vaginal (Aplicación de material plástico y DIU) | 7 |
| Lisis de adherencias por histerotomía | 2 |
| Evolución del embarazo | |
| Aborto | 2 |
| Embarazo ectópico | 1 |
| Placenta previa | 3 |
| Evolución normal | 6 |
| Tipo de parto | |
| Cesárea por cicatriz previa | 4 |
| Cesárea por baja reserva fetal* | 2 |
| Cesárea por producto valioso | 1 |
| Cesárea-histerectomía por acretismo placentario | 1 |
| Cesárea-histerectomía por atonía uterina | 1 |
| Recién nacidos | |
| Sexo masculino | 6 |
| Sexo femenino | 3 |
| Peso promedio | 2.850g |

* Baja reserva fetal diagnosticada por PCF en productos de término que condicionó interrupción del embarazo por vía abdominal.

TABLA XII

EMBARAZO DESPUES DE ESTERILIDADFACTOR UTERINOEVOLUCION DE LOS EMBARAZOS

| Aborto | Embarazo ectópico | Placenta previa | Evolución normal |
|-------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|
| 2 Pacientes (16.66%) | 1 Paciente (8.33%) | 3 Pacientes (25.0%) | 6 Pacientes (50.0%) |

TIPO DE PARTO

| Operación cesárea | Cesárea-histerectomía |
|-------------------------|-------------------------|
| 7 Pacientes (77.77%) | 2 Pacientes (22.22%) |

La tabla XIII muestra los resultados globales del presente estudio.

Respecto a las pruebas de condición fetal, de las 163_ pacientes de esta serie susceptibles de realizar monitoriza_ ción fetal (PCF) se practicó en 81 pacientes 49.69% y de estas, en 19 pacientes hubo interrupción del embarazo por_ vía abdominal, por indicación absoluta del estudio, lo que incrementó el índice de operación cesárea en un 11.65% co_ mo se puede apreciar en la tabla XIV la cual muestra los - resultados de las pruebas de condición fetal.

TABLA XIII
EVOLUCION DEL EMBARAZO EN MUJERES ESTERILES
RESULTADOS GLOBALES

| Factor de esterilidad | No. de casos | Aborto | Embarazo ectópico | Prematuros | Evolución normal | Complicaciones durante el embarazo | Tipo de parto* | | |
|----------------------------|--------------|------------|-------------------|------------|------------------|------------------------------------|----------------|-----------|------------|
| | | | | | | | Eutócico | Distócico | Cesárea |
| Vaginocervico_ espermático | 23 | 8(34.68%) | 0 | 2(8.69%) | 13(56.52%) | 10(43.47%) | 9(60.0%) | 2(13.33%) | 4(26.67%) |
| Uterino | 12 | 2(16.66%) | 1(8.33%) | 0 | 6(50.0%) | 6(50.0%) | 0 | 0 | 9(100.0%) |
| Tuboperitoneal | 71 | 1(1.40%) | 4(5.63%) | 9(12.67%) | 47(66.19%) | 17(23.94%) | 10(16.95%) | 2(3.39%) | 47(79.66%) |
| Endocrino_ ovarico | 94 | 12(12.76%) | 2(2.12%) | 8(8.51%) | 63(67.02%) | 25(26.59%) | 41(51.25%) | 6(7.50%) | 33(41.25%) |
| Total | 200 | 23(11.5%) | 7(3.5%) | 19(11.65%) | 129(64.5%) | 58(29.0%) | 60(36.81%) | 10(6.13%) | 93(57.06%) |

* Total de partos 70(42.94%)
 Total de cesáreas 93(57.06%)

TABLA XIV

RESULTADOS PRUEBAS DE CONDICION FETAL
CRITERIOS DIAGNOSTICOS EN CARDIOTOCOGRAFIA

| Factor de esterilidad | Trazo reactivo | Trazo no reactivo * | Trazo sinusoidal | Trazo no satisfactorio | Total |
|---|----------------|---------------------|------------------|------------------------|-------|
| Factor endocrino ovarico | 19 | 9 | 0 | 4 | 32 |
| Factor tuboperitoneal | 16 | 8 | 0 | 2 | 26 |
| Factor vaginocevic _o espermático | 13 | 2 | 0 | 1 | 16 |
| Factor uterino | 5 | 2 | 0 | 0 | 7 |
| Total | 53 | 21 | 0 | 7 | 81 |

* PCF trazos no reactivos en embarazos de termino que en 19 pacientes condicionaron interrupción del embarazo por via abdominal.

IV. COMENTARIOS.

La evolución objetiva de los embarazos en mujeres pre
viamente estériles, ha sido motivo de investigación a ni -
vel mundial, no obstante existen pocos estudios al respec -
to en la literatura (4, 10, 18).

Se menciona que dichos embarazos presentan una mayor -
incidencia de complicaciones durante el transcurso de la -
gestación (5, 7, 10). Por lo que son considerados como de -
alto riesgo, motivo por el cual pocas veces se les dá opor
tunidad de realizarlos vía vaginal por el miedo a que se -
presente alguna complicación, considerándolos como "produc
tos valiosos".

A pesar de que los resultados globales respecto a fre
cuencia de aborto, embarazo ectópico y partos prematuros -
no muestran un aumento significativo en relación a los de -
la población general. Cuando se analizan los diferentes ti
pos de factores encontramos que al analizar en factor vagi
nocervicoespermático el porcentaje de abortos es de casi -
el triple de lo observado en la población general (10, ---
17). Esto ya había sido observado por nosotros en el estu
dio previo (16) y lo explicamos a alteraciones estructura -
les del espermatozoide que condiciona aborto. Igualmente -

las complicaciones del embarazo fueron altas ya que se encontró un 43.47% de complicaciones como aborto y parto prematuro. La resolución del embarazo es eminentemente por vía vaginal ya que no hay ninguna razón, excepto la baja reserva fetal o justificación obstétrica.

Respecto al factor uterino llama la atención un alto porcentaje de complicaciones del embarazo del tipo de la placenta previa y la placenta acreta, complicaciones serias que ameritaron interrupción del embarazo por cesárea y tratamiento radical con cesárea-histerectomía.

En nuestro hospital las causas más frecuentes de esterilidad involucrados son el factor neuroendocrino y el factor tuboperitoneal como ya ha sido demostrado en un estudio previo (1).

Al analizar el factor tuboperitoneal encontramos que la frecuencia de embarazos ectópicos es muy alta, sobre todo al analizar el tipo de microcirugía realizada, observando que en la salpingoovariolisis con fimbrioplastia 4 de 5 pacientes presentaron dicha complicación. En estudios previos (12, 13) hemos comentado este aspecto que se correlaciona con los pobres resultados que la salpingostomía y la fimbrioplastia se reportan en la literatura así como la -

frecuencia de embarazo ectópico.

Llama la atención que en el factor tuboperitoneal a 26 de 71 pacientes se les practicó prueba de condición fetal de las cuales en 8 se practicó cesárea por baja reserva fetal. Es en este tipo de factor donde la operación cesárea alcanza su máxima frecuencia por considerarse al producto como valioso evitando con ello el trauma obstétrico que conlleva el trabajo de parto así como las complicaciones fetales.

Respecto al factor neuroendocrino el más frecuente observado en esta serie, apreciamos que el aborto ocupó el 13.0% de los casos, cifras similares a las encontradas en un estudio previo (16), a pesar que se ha mencionado que en la resolución de este tipo de factor se ha encontrado que la frecuencia de abortos se encuentra aumentada (4, 8, 15).

La frecuencia de complicaciones durante el embarazo es alta al igual que las pruebas de condición fetal que muestran baja reserva fetal, por lo que el porcentaje de cesáreas es alto ya que de 94 pacientes 33 terminaron en cesárea 41.25% cifra alta.

Igualmente resalta el aumento de embarazos gemelares lo cual se explica por la hiperestimulación ovárica por el -- tratamiento instituido por los farmacos utilizados (11).

Respecto al peso de los productos el promedio de los - diferentes grupos fué 3.125g para el factor endocrinoovari- co, 2.950g factor tuboperitoneal, 3.025g factor VCE, 2.850g factor uterino, peso promedio global 3.000g, sexo masculino 86 productos y sexo femenino 82.

Todos tuvieron peso y tallas normales y la evolución - intrahospitalaria fué satisfactoria.

La prematurez que es un problema grave en el promedio_ nos dió cifras notablemente bajas como resultado de un ade- cuado control prenatal. Esta misma razón es válida para ex- plicar la excelente tasa de embarazos de evolución normal - 64.5% cifra mucho más alta que la señalada en otros artícu- los (10).

A propósito de las complicaciones que se presentaron _ en nuestras pacientes fueron de aborto, embarazo ectópico, _ parto prematuro, así como la placenta previa y la toxemia - lo cual ya fué explicado en su oportunidad. Respecto al fn_ dice de operación cesárea este es muy alto 57.06% lo cual -

es debido a las indicaciones obstétricas, a las alteraciones en las PCF, al considerar estas pacientes como embarazos de alto riesgo, con producto valioso, lo cual favorece a un adecuado bienestar materno fetal con desarrollo de los productos óptimo desde el punto de vista psicoemocional a futuro.

De gran interés son las pruebas de condición fetal ya que permiten en un momento dado elegir la vía de interrupción del embarazo con gran seguridad para el producto. En nuestra serie 49.69% se les realizó PCF y de 81 a 19 pacientes se les practicó cesárea por indicación absoluta del estudio.

En forma resumida señalaremos que las medidas que hay que llevar a cabo son: a) Diagnóstico temprano del embarazo o determinación de subunidad beta de HCG, b) UESG pélvica en la semana 8 de la gestación para conocer el estado del feto, placenta y líquido amniótico, c) valoración del estado de salud de la madre, d) control clínico frecuente, e) evaluación del desarrollo de la gestación, f) detección temprana de embarazos múltiples, localización placentaria y posición fetal, g) valoración del estado del feto in útero, UESG, PCF, prueba de madurez pulmonar, pruebas de bienestar fetal, h) tratamiento médico adecuado, i) soporte psicológi

co, j) valoración de la interrupción del embarazo.

De acuerdo a los datos de esterilidad involucrado, de la presencia o no de complicaciones, de los resultados de las pruebas de condición fetal y de la vigilancia personal y cuidadosa del embarazo, trabajo de parto y recurriendo a la monitorización fetal las probabilidades de un recién nacido sano se incrementaran.

V. RESUMEN Y CONCLUSIONES.

Se estudió la evolución de 200 pacientes previamente -- estériles del Servicio de Biología de la Reproducción del - Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del Centro Médico La - Raza. Se encontró que el origen de la esterilidad había si - do el factor neuroendocrino en 94 casos, el factor tuboperi - toneal en 71 casos, factor vaginocervicoespermático 23 y el factor uterino en 12 pacientes. Se encontró que el 11.5% de las pacientes culminaron en aborto, que el 3.5% en embarazo ectópico que en 64.5% de las pacientes el embarazo evolucio - ñó sin complicaciones y que el porcentaje de prematuridad fué similar al de la población general.

Hubo un porcentaje de cesáreas de 57.06% y se concluyó que el embarazo de una paciente con antecedente de esterili - dad debe ser considerado como de alto riesgo, controlado - desde el inicio del embarazo con la nueva tecnología como - es la ecosonografía y la cardiotocografía que condicionan - la resolución de los mismos favoreciendo el desarrollo de - los productos con potencialidades desde el punto de vista - psicológico y emocional futuros.

VI. BIBLIOGRAFIA.

1. Cepeda, R. A. : Panorama del factor tuboperitoneal - en esterilidad. Tesis para obtener el grado de especialidad en Biología de la Reproducción. 1986 pág.31
2. Collins, J. A. y Mrixon, W. : Embarazo independiente del tratamiento en las parejas estériles. N. Engl. - J. Med. 309:1201-1206 Nov. 17, 1983
3. Gomel Victor. : Técnicas microquirúrgicas en esterilidad. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas 1980; - 4:1191
4. Hack, M. y Brish, M. : Outcome of pregnancy after - induced ovulation. J.A.M.A. 211:291. 1970
5. Hammond, M. C. y Leuko, K. H. : Factors Afecting the Pregnancy rate in Clomiphene Citrate Induction of Ovulation. Obstet Gynecol 62:196 Agosto 1983
6. Harger, J. H. y Archer, D. F. : Etiología de la pérdida recurrente del embarazo y resultados de los embarazos posteriores. Obstet Gynecol 62:574, 1983
7. Hurley, D. M. y Brian, R. J. : Inducción de ovulación con hormona liberadora de gonadotropina pulsátil subcutánea: Embarazos simples en pacientes con embarazos múltiples anteriores después del tratamien

- to con gonadotropina. Fertil Steril 40:575-579 --
Nov. 1983
8. Lunenfeld, B. y Synder, M. : Induction of ovulations by therapeutic agents. En: Gonadotropina. Ed. Saxena, B. B., Beling, C. G. New York: Wiley Interscience 1972
 9. Pérez Peña E. : Esterilidad. Infertilidad y Endocrinología de la Reproducción. Ed. Salvat Mexicana - - 1981
 10. Poulson, A. M. y Bryner, W. A. : Complicaciones Obstétricas en la paciente con infertilidad. Gineco- - Obstetricia de Postgrado 2:153, 1972
 11. Rosas Arceo J. : Patología de la Ovulación. Curso sobre Avances en Biología de la Reproducción. Ed. - Asociación Mexicana para el estudio de la Fertilidad y Reproducción Humana. México, D.F. 1985
 12. Rosas Arceo J., Dávila, G. R., Díaz S. E. Meza, V.- M., Salgado, J. y Téllez, G. E. : Resultados de la Microcirugía tubaria. Gin Obst Mex 53:221 1985. - Pag.11
 13. Rosas Arceo J. y Téllez, G. E. : Microcirugía Tubaria. Curso sobre avances en Biología de la Reproducción. Ed. Asociación Mexicana para el estudio de la

- Fertilidad y Reproducción Humana. México 1985. --
Pág. 281
14. Ruíz Velasco V.: Análisis del Tratamiento Hormo-
nal en la amenaza de aborto. Ginec Brasileira --
4:233, 1972
 15. Ruíz Velasco V. : Inducción Médica de la Ovula-
ción. Reporte de 250 casos. Ginec. Obstet. Mex. -
34:417, 1973
 16. Ruíz Velasco V. y Rosas Arceo J. : Evolución de -
los embarazos en pacientes estériles tratadas. -
Ginec Obstet Mex Vol. 45 No. 263, 1979
 17. Sprangler, D. B., Jones, C. S. y Jones, H. H. : -
Infertility due to endometriosis conservative sur-
gical therapy. Am. J. Obstet Gynecol. 109:550, --
1971
 18. Stewart, C. R. y Cooke, I. D. : Embarazo después_
de Infecundidad. Ginecología y Obstetricia. Texas
Actuales. 1:451, 1974