

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

FACTORES GRAVIDICOS CORRELACIONADOS A
VIABILIDAD FETAL

(Estudio de 1000 casos en el Hospital Roosevelt.)

TESIS

presentada a la Junta Directiva de la Facultad de
Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos
de Guatemala

por :

HUGO HAROLDO HERRERA CHACON

en el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, mayo de 1964

PLAN DE TESIS



- INTRODUCCION

- MATERIAL Y METODO

- ESTUDIO ESTADISTICO

A) ANALISIS GENERAL

- a) Edad de la Paciente
- b) Gravidez
- c) Paridad
- d) Edad Embarazo
- e) Peso del niño al Nacer
- f) Estado del Niño al Egresar

- ESTUDIO CORRELATIVO

- A) Edad estimada con peso del niño al nacer
- B) Edad calculada con peso del niño al nacer
- C) Edad calculada y estimada con la edad de la Paciente
- D) Edad de la Paciente con el Peso del niño al nacer
- E) Edad de la Paciente con su gravidez
- F) Gravidez con el peso del niño al nacer.

- CONCLUSIONES

- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

A través de la observación en los diversos aspectos de nuestra práctica obstétrica, pudimos observar la dificultad que surge en la correcta evaluación de la edad del embarazo tanto por la estimación de la altura uterina, así como el cálculo por la última menstruación de la paciente. Por otra parte, en los casos en que se plantea la necesidad de la evacuación uterina ya sea por que se sospecha un post-madurez o porque la concomitancia de complicaciones tocológicas, médicas o quirúrgicas obligan a interrumpir el embarazo cerca de su término traen siempre a la mente la posibilidad de error en la evaluación del peso fetal recurriendo a métodos radiológicos y por consiguiente, el riesgo mayor de una disminución de la vitalidad fetal por falta de viabilidad.

La revisión de literatura siempre arroja las mejores experiencias al respecto, e indudablemente la experiencia de los especialistas las ponen en condiciones de una evaluación más factoria, pero en realidad, pautas que normen o que puedan determinar en circunstancias especiales y aún ordinarias una mejor evaluación nunca las hemos encontrado específicamente especificadas. Hemos considerado que el análisis sistemático de casos sin previa selección, en el orden en que se han presentado al hospital, para su atención en constituir un muestreo y de ellos tratar de deducir, factores obstétricos como la paridad, edad de la paciente, cálculo y estimación de la edad del embarazo, etc., constituyen factores que influyan en la viabilidad fetal. Creemos que esta tesis es un estudio preliminar, y que en conjunto con trabajos serios acerca de factores ambientales, nutricionales, psico-biológicos, etc. arrojen en el

2.

futuro más luz al respecto. Debemos hacer la salvedad - que en cierta forma tanto en el Hospital Roosevelt así como en el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) ya se han hecho investigaciones que refuerzan nuestra idea.

MATERIAL Y METODO

Para la realización de la presente tesis se tomaron - las pacientes que tuvieron su parto en el año de 1956 en del Departamento de Maternidad, sin ninguna selección y en su orden correlativo sólo excluyendo los números de aquellas que por cualquier circunstancia sólo asistieron a su control pre-natal pero no llegaron a su parto o las que la expulsión del contenido uterino fue clasificado como aborto. Por ello para completar los 1000 casos que contempla este estudio fue necesario revisar 1607 registros clínicos. Una vez seleccionado el material, se procedió a tabular en columnas los datos que se juzgaron factores que pueden influir en la viabilidad fetal, tales como la edad materna, la paridad, la edad del embarazo estimada y calculada, la fecha probable del parto, y lógicamente, los datos fetales pertinentes. Terminada la tabulación se efectuaron las sumas parciales necesarias subdividiendo convenientemente por grupos de edad o paridad, etc. a las pacientes con el fin de traducir los datos a cifras estadísticas y con ellas poder presentar gráficas que sintéticamente ilustren los distintos conceptos.

Puede decirse que este estudio comprende dos partes: a) la primera que indica los datos totales traducidos a porcentaje; y b) la segunda en donde se plantean aspectos comparativos y las correlaciones entre factores maternos y fetales. En fin, en el transcurso del desarrollo se plantearon otras hipótesis que siempre en relación al objetivo, consideramos de utilidad.

ESTUDIO ESTADISTICO

De las 1607 papeletas estudiadas, fueron seleccionadas 1000, de tal suerte que cada 10 casos corresponden al 1%, es decir que se emplea un sistema decimal que permite cifras exactas y que por otra parte, por su número total (1000 casos) adquieren considerable valor estadístico.

A) Estudio General:

Seguiremos la exposición de datos en el orden en que fueron tabulados los registros clínicos:

a) Edad de las Pacientes:

Compartimos la opinión del Dr. Juan Manuel Jiménez Oliva quien en su tesis de graduación "Influencia de la Edad en el Proceso Reproductivo" 1963, concluye diciendo que "La edad de la mujer es un factor muy importante en la reproducción..." y por ello pensamos en seleccionar dicho factor como de utilidad para nuestro trabajo; ahora bien, ciñéndonos a conceptos obstétricos clásicos, para poder agrupar con facilidad a los casos y sistematizarlos, divididos en los siguientes subgrupos: 1) menores de 15 años o sea pacientes juveniles; 2) comprendidos entre los 15 y 25 años, ya que dicha edad es la que universalmente se considera como la por excelencia prolífica en la mujer; 3) de 26 a 35 años; porque la última edad consignada es la que establecen la mayoría de autores como límite para la añosidad obstétrica sobre todo en las nulíparas;

4) de 36 a 45 años de edad, en la cual por una parte se acentúan los problemas inherentes a dicha condición en obstetricia y por otra parte porque constituye el límite general de la época fértil de la vida de la mujer. 5) de más de 45 años, en que se puede considerar una excepción el embarazo.

El Cuadro No.1, resume nuestros hallazgos.

CUADRO NO.1

Pacientes de:		
Menos de 15 años	4	0.4%
de 15 a 25 años	563	56.3%
de 26 a 35 años	335	33.5%
de 36 a 45 años	82	8.2%
de más de 45 años	0	0.0%
Edad no consignada	16	1.6%
Total	1 000	100.0%

El cuadro anterior nos indica lo que anteriormente se dijo referente a la edad de la mujer embarazada.

b) Gravidez:

En la gravidez, el grupo de mayor porcentaje está representado por aquellas que tienen de 3 a 5 gestaciones.

CUADRO No.2

Pacientes:		
Primigestas	272	27.2%
Gesta 2	181	18.1%
Gesta 3 a 5	355	35.5%
Gesta más de 5	181	18.1%
Gesta no reportada	11	1.1%
Total.....	1 000	100.0%

c) Paridad:

Otro factor de importancia es la paridad en la mujer:

CUADRO No.3

Pacientes:		
Nulíparas	295	29.5%
Para 1	186	18.6%
Para 2 a 4	368	36.8%
Para más de 4	140	14.0%
Para no reportada	11	1.1%
Total.....	1 000	100.0%

En los cuadros anteriores se observa que el mayor nú

mero de paciente lo ocupa el grupo de más de 2 partos.

d) Edad del Embarazo:

Para la edad del embarazo se tomaron en cuenta no sólo la U.R. sino también la altura uterina, se consignaron los dos cuadros en conjunto agrupándolos así: a) de menos de 33 semanas, b) entre 33 y 37 semanas, c) de 38 a 42 semanas como partos a término y d) de más de 42 semanas o post-maduros.

El resultado fue el siguiente:

CUADRO No.4

Semanas de Embarazo	Por U.R.	Porcentaje	Por A.U.	Porcentaje
Menos de 33	23	2.3%	11	1.1%
de 33 a 37	145	14.5%	147	14.7%
de 38 a 42	646	64.6%	700	70.0%
de más de 42	45	4.5%	116	11.6%
No consignadas	141	14.1%	26	2.6%

El cuadro anterior tiene bastantes comentarios:

- 1) Comparando los datos de la edad calculada con la estimada, en primer lugar existe buena disparidad en lo que se

refiere a partos probablemente inmaduros; la amenorrea arroja un 2.3% mientras que por A. U. solamente 1.1%. - En segundo lugar, los embarazos post-maduros por U.R. - constituyen el 4.5% mientras que por A.U. la cifra es de 11.6%. Indudablemente esta diferencia se debe a que - por múltiples razones obstétricas, normalmente puede existir mayor A. U. sin que exista patología. En tercer lugar se observa gran cantidad de casos en que no se consigna - la edad por amenorrea, ello se debe básicamente a que muchas mujeres o no vieron su menstruación antes del embarazo o simplemente no la recordaban.

2) La disparidad existente en los datos consignados en el cuadro anterior, nos movió a tratar de establecer la edad - real del embarazo, completando a los ya referidos, otros - datos, y así comparamos la fecha probable del parto con la fecha en que se efectuó el mismo, se estableció la diferencia en días, lo cual será de suma importancia para tratar - de establecer si en realidad conforme al método clásico se puede saber con aproximación el día del parto, o si por el contrario no existe relación y sólo puede plantearse una hipótesis muy irregular.

3) Por otra parte, aunque los datos de los embarazos a término por A. U. y U.R. son similares, podría pensarse que son producto de la casualidad por ello se hizo una selección entre ellos, viendo cuantos coincidían en el mismo número de semanas, y cuantos tenían diferencia, pero estaban comprendidos entre el mismo período que se considera a término.

A continuación exponemos estos hallazgos:

Igual número de semanas	129	12.9%
Diferencia de una semana	169	16.9%
Diferencia de dos semanas	100	10.0%
Diferencia de tres semanas	34	3.4%
Diferencia de cuatro semanas	13	1.3%
Faltando un dato	<u>132</u>	<u>13.2%</u>
T o t a l.....	<u>577</u>	<u>57.7%</u>

Podemos observar que en realidad, casos que se pueden considerar a término basándose exclusivamente por los datos de amenorrea y altura uterina, sin tomar en cuenta el peso fetal, son en total 577 o sea el 57.7%, es decir, - que el coeficiente de error es grande cuando se toman sólo estos datos para referencia. Hemos tratado de acudir a - más fuentes y por ello pensamos en que guiándonos por la fecha de U.R., y de ésta la fecha probable de su parto y con este último comprobando la diferencia existente en - días con la fecha en que se realizó el mismo, se puede establecer cuantos partos se efectuaron cercanos al término - o en el período que se considera a término. El estudio de referencia se resume así:

CUADRO No. 4-a.

Parto efectuado en la fecha prevista	31 casos	3.1%
diferencia de uno a dos días	80 casos	8.0%
diferencia de tres a siete días	224 casos	22.4%
diferencia de ocho a catorce días	223 casos	22.3%
Partos efectuados a término	<u>558 casos</u>	<u>55.8%</u>
Partos antes de 38 semanas	223 casos	22.3%
Partos después de 42 semanas	60 casos	6.0%
Casos sin edad calculada	459 casos	45.9%
T o t a l.....	<u>1 000 casos</u>	<u>100.0%</u>

Antes de entrar al estudio correlativo consignaremos los datos fetales.

a) Peso del Niño:

Para el efecto se clasificaron en grupos así:

De menos de 3 libras	10 casos	0.98%
De 3 a 5 lbs. 8 oz.	198 casos	19.57%
De 5 lbs. 9 oz. a 8 lbs.	765 casos	75.18%
De 8 a 10 lbs.	42 casos	4.19%
De más de 10 lbs.	0 casos	0.00%
Peso no consignado	2 casos	0.19%

Total..... 1 017 casos 100.00%

Debe hacerse notar que por haberse analizado 1 embarazo triple y 15 gemelos la cantidad de niños es de 1017 y por consiguiente el porcentaje cambia. Sin embargo, es importante consignar que en total el 20.45% de los casos corresponden a prematuros por peso. Este dato viene a adquirir gran valor sobre todo que si se analiza en conjunto con el dato extraído de la fecha de parto por U.R. vemos que ambas son similares, 22.3% y 20.45%; es decir que puede afirmarse que más del 20% de los niños nacen en nuestro medio, prematuros por tiempo de embarazo y por peso.

b) Sexo:

En número global encontramos:

536 de sexo masculino = 51.92%
489 de sexo femenino = 48.08%

De los 536 masculinos, 95 fueron prematuros, es decir - el 17.7%; de las 489 mujeres, 113 fueron prematuras o sea el 23.5%.

Es interesante observar que la prematuridad es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino, a pesar de que nazcan más hombres que mujeres.

c) Estado del Niño al Egresar:

En total egresaron vivos 966 niños 95 %
egresaron muertos 51 niños 5%

De los 51 muertos, 30 fueron óbitos fetales y 21 murieron post-partum.

Del total de muertos 40 fueron prematuros y 11 pesaban más de 5 lbs. 8 oz. Es decir que el porcentaje corregido de muertos a término es del 1.36% mientras que para los prematuros es del 19.23%.

ESTUDIO CORRELATIVO

Se han presentado datos generales de los cuales pueden formularse conclusiones, sin embargo creemos que al efectuar un estudio correlativo materno-fetal, éstos se verán reforzados.

Nos ha llamado la atención muchísimo el hecho consignado anteriormente, que solamente un 57.77% de los embarazos estudiados podían considerarse a término tanto por edad estimada como calculada, por ello principiaremos por analizar la relación entre la altura uterina, la amenorea y el peso del niño al nacer.

Para facilitar la comprensión, se repetirán algunos datos del Cuadro No. 4:

Semanas de Embarazo	Por U.R	Porcentaje	Por A.U.	Porcentaje
Menos de 33 semanas	23	2.3%	11	1.1%
de 33 a 37 semanas	145	14.5%	147	14.7%
de 38 a 42 semanas	646	64.6%	700	70.0%
de más de 42 semanas	45	4.5%	116	11.6%
No consignados	141	14.1%	26	2.6%

El cuadro muestra el número total de embarazos de las distintas edades estimadas y calculadas pero desgraciadamente de ellos no todos tienen el peso consignado, y por ello varían los datos al comparar la edad del embarazo con el peso fetal:

CUADRO No.5

Relación de la Edad Estimada con el Peso del Niño Al Nacer.

	- de 33 sem.		33 a 37 sem.		38 a 42 sem.		+ de 42 sem.	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 3 lbs.	7	88.50%	1	12.50%	---	---	---	---
3-4.8 lbs.	3	8.57	19	54.29	10	28.57%	3	8.57%
4.9 - 5.8	0	---	59	38.07	86	55.48	10	6.45
5.9 - 8	1	0.13	67	9.11	581	79.06	86	11.70
Más de 8 lbs.	0	---	1	2.44	23	56.10	17	41.46
Total.....	11	1.12%	447	15.09%	700	71.86%	116	11.93%

CUADRO No. 6

Relación de la Edad Calculada con el Peso del Niño al Nacer.

	- de 33 sem.		33 a 37 sem.		38 a 42 sem.		Más de 42 s.	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 3 lbs.	6	66.67%	3	33.33%	0	-----	0	-----
3 - 4.8	8	29.63	7	25.92	12	44.45%	---	-----
4.9 - 5.8	5	3.62	35	25.36	93	67.40	5	3.62%
5.9 - 8	4	0.61	97	14.92	511	78.63	38	5.84
Más de 8	0	-----	3	8.57	30	85.72%	2	5.71
Total.....	23	2.67%	145	16.88%	646	75.22%	45	5.23%

Los cuadros que comparan el peso fetal con las edades estimadas y calculadas, nos señalan claramente que no solamente el 64.6% (por U.R.) y el 70.0% (Por A.U.) de los embarazos estudiados se pueden considerar a término, sino que existe un porcentaje de fetos que no han alcanzado su madurez aparente por edad de embarazo pero su peso sobrepasa las 5 lbs. 8 oz. aún con edades tan pequeñas como son los 6 registrados por A.U. y otro por U.R; es decir, que se puede establecer una curva ascendente conforme a las distintas edades del embarazo, de niños cuyo desarrollo les permite no considerarse como prematuros. Por otra parte también se observa lo contrario, pero en menor escala, ya que si bien es cierto no hay ni un solo caso de menos de 33 semanas con fetos que pesan más de 8 lbs., si hay 12 (por A.U.) y 10 por U.R. que se consideraban entre las 38 y 42 semanas pero no alcanzaron un peso satisfactorio.

De todo lo anterior, puede concluirse diciendo que sólo se pueden considerar como guías generales a las fechas de U.R. o a la A. U., para determinar la edad del embarazo, pero que el margen de error es por lo menos del 10%. También a ello puede atribuirse el hecho de que los partos no acontezcan en la fecha prevista, y desde ya, nos atrevemos a proponer que en vez de estimarse la fecha probable de parto, sólo se haga mención de la semana probable en que pueda efectuarse el nacimiento (Ver cuadro No. 4a) teniendo así un margen menor de error.

Ahora bien, nos queda la duda de saber porque en el período de gravidez no acontecen los hechos siempre bajo un mismo patrón, o por lo menos similar; por ello acudimos a otros cuadros comparativos para tratar de obtener luces al respecto.

En primer término se analizará si la edad de la paciente guarda relación con el tiempo en que se efectúa su parto. (Cuadros Nos. 7 y 8).

Antes de consignar conclusiones deben hacerse algunas explicaciones de los cuadros Nos. 7 y 8: a) en primer lugar no se tomaron en cuenta todos los casos, ya que al analizar edad de la paciente con su estimación y cálculo de embarazo, teníamos que suprimir todos los casos a los cuales les faltara algunos de los datos por tratar; b) lógicamente, los porcentajes cambiaron de índice, dejando de ser decimales para volverse por decirlo así individuales para cada una de las edades; c) al final de cada cuadro se consignó un total, que además de sumar los casos estudiados, sirve en su porcentaje de índice patrón para hacer comparaciones.

Dos tipos de comentario surgen del cuadro anteriormente aludido: a) de tipo general, y b) de tipo parcial.

a) Se ve claramente que la mayor parte de pacientes están comprendidas entre los 15 y 25 años, aproximadamente el 57% de todos los casos. Algo importante lo constituye el hecho que comparando un cuadro con el otro, se ve que por estimación hay mucho menos partos antes de la 33 semanas y muchos más de más de 42 semanas que por el cálculo de la última menstruación. Este hecho nos hace pensar que para fines prácticos, la estimación da un mejor índice en la estimación de los fetos prematuros, y que por el contrario, la U.R. es más veraz para determinar la duración máxima del embarazo.

CUADRO No.7

Relación entre Edad de la Paciente y su Edad de Embarazo Calculada:

	- de 33 sem.		33 a 37 sem.		38 a 42 sem.		+ de 42 sem.	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 15 años	0	-----	0	-----	1	100.0%	0	-----
De 15 a 25 años	13	2.72%	84	17.82%	360	75.48	20	4.19%
De 26 a 35 años	7	2.44%	44	15.39%	214	74.83	21	7.34%
De 36 a 45 años	2	3.11%	10	15.62%	49	76.57	3	4.69%
Total.....	22	2.65%	438	16.67%	624	75.36%	44	5.32%

CUADRO No.8

Relación de la Edad de la Paciente con su Edad de Embarazo Estimada:

	- de 33 sem.	33 a 37 sem.	38 a 42 sem.	+ de 42 sem.
	No.	No.	No.	No.
	%	%	%	%
Menos de 15 años	0	1	3	0
	-----	25.0%	75.0%	-----
De 15 a 25 años	7	92	394	49
	1.29%	16.97	72.69%	9.05%
De 26 a 35 años	1	38	241	41
	0.65%	11.51	75.07	12.77
De 36 a 45 años	1	16	48	15
	1.25%	20.0	60.0	18.75
Total.....	9	147	686	105
	0.95%	15.52%	72.44%	11.09%

b) El análisis parcial, en el Cuadro No.7, el índice de partos inmaduros es del 2.65% y que son más frecuentes en las pacientes de mayor edad. También nos dice que los partos prematuros tienen una ligera alza en las pacientes comprendidas entre los 15 y 25 años. Por último, que las gestaciones que se prolongan del término son menos frecuentes y por debajo del índice en las pacientes de edad avanzada así como en las de la edad más fértil (15 a 25 años). En el Cuadro No.8, los embarazos que se interrumpen antes de las 33 semanas, son relativamente pocos, pero tienen también un alza de su índice en las pacientes de edad mayor. Los partos prematuros son bastante más frecuentes en las pacientes en los dos extremos de la edad gestacional. Los embarazos a término lógicamente son la generalidad en las pacientes jóvenes y de edad promedio, mientras que guardan un lógico descenso en las mujeres mayores de 35 años hasta los 45 años. Por último el dato respecto a sobrepeso de la madurez durante el embarazo, en este caso sólo interpretamos como aparentemente alto, pero probablemente se debe a que el mayor desarrollo del volumen fetal y uterino, hacen que se aprecie mayor edad de la que en realidad existe. Quizás el análisis del siguiente cuadro correlativo nos de más luces a este respecto.

En el Cuadro No.9 puede observarse claramente que las pacientes comprendidas entre los 15 y 25 años (edad más fértil) el peso del niño va en una curva de disminución, principiando alto para la prematuridad, llegando a la normalidad en el peso a término y disminuyendo para los niños de más de 8 lbs. En las de 26 a 35 años, conservan una línea similar a su índice para la prematuridad, y luego una ligera alza para los niños de peso promedio, la cual se pro-

nuncia después en las pacientes añosas, en estas últimas también hay tendencia hacia la prematurez es decir que se bifurca la curva.

Indudablemente, otro factor determinante en el peso de los niños es el número de la gravidez de la paciente, ya que como se sabe, la edad de la paciente y el número de embarazos caminan paralelos. Hemos considerado que sólo a fuero de confirmación y para no omitir ningún dato en el trabajo, antes de plantear el cuadro de la relación del peso con la gravidez, se consignara el ya sabido de la edad de la paciente con el número de sus embarazos. (Cuadro No.10).

El Cuadro No.10 sólo demuestra claramente lo enunciado anteriormente. Ahora bien, el Cuadro No.11 tiene por objeto analizar la gravidez y peso fetales.

El Cuadro No.11 nos termina de afirmar lo ya expuesto: efectivamente la gestación tiene influencia sobre el peso del recién nacido; observemos que: los fetos inmaduros son más frecuentes en los dos extremos: gesta 1 y grandes multíparas. La prematurez tiene un alza muy ligera en las primeras gestaciones. El peso promedio de los niños se conserva invariable en su índice, con las diferentes gestaciones. Por último, los niños de mayor peso, aumentan considerablemente con el aumento de las gestaciones (del 1.10% al 7.47%). Naturalmente al analizar los últimos cuadros se ha planteado una última hipótesis: porque si el número de gestaciones, que va paralela a la edad de las pacientes, aumenta el peso de los niños, se enunció arriba que la edad tiene una curva difásica en el peso fetal, y la respuesta es de lógica conclusión:

CUADRO No.9
Correlación de Edad de la Paciente con el Peso Fetal

	- de 15 años	De 15 a 25 años	26 a 35 años	36 a 45 años
	No.	No.	No.	No.
	%	%	%	%
Menos de 3 lbs.	0	6	3	0
	-----	66.67%	33.33%	-----
3 a 4lb.8 oz.	0	25	10	4
	-----	54.10%	25.64%	10.25%
4.9 a 5.8 lbs.	1	98	54	10
	0.61%	60.12%	33.13%	6.14%
5.9 a 8 lbs.	1	428	256	61
	0.13%	57.34%	34.32%	8.18%
Más de 8 lbs.	0	21	15	5
	-----	51.21%	36.58%	12.19%
Total.....	2	578	338	80
	0.2%	57.8%	33.8%	8.0%

CUADRO No.10

Relación de la Edad de la Paciente con su Gravidez.

	- de 15 años		15 a 25 años		26 a 35 años		36 a 45 años	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Primigesta	3	1.11%	237	88.12%	26	9.66%	3	1.11%
Gesta 2	0	-----	140	76.93%	39	21.43%	3	1.64%
Gesta 3 a 5	0	-----	180	51.01%	152	43.05%	21	5.94%
Gesta + de 5	0	-----	13	7.02%	114	58.93%	58	34.05%
T o t a l.....	3	0.30%	570	57.63%	331	33.47%	85	8.60%

CUADRO No.11

Relación de la Gravez con el Peso del Niño.

	- de 3 lbs.		3 a 4.8lbs.		4.9 a 5.8lbs.		5.9 a 8 lbs.		+ de 8 lbs.	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Gesta 1	4	1.47%	11	4.04%	46	16.54%	209	76.84%	3	1.10%
Gesta 2	1	0.54	8	4.28	37	19.78	135	72.20	6	3.10
Gesta 3 a	3	0.84	12	3.37	51	14.32	271	76.13	19	5.34
Gesta + de	2	1.06	6	3.18	25	13.29	141	75.0	14	7.47
Total..10	1.0%	37	3.7%	161	16.1%	765	76.5%	42	4.2%	

Son precisamente las pacientes añosas, con pocas o con su primera gestación, quienes probablemente influyen poderosamente en la bifurcación de la curva - de peso fetal.

Se ha hecho este estudio acerca de 1000 casos, todos ellos tratados no bajo el aspecto de eutocia o distocia obstétrica, sino que en un análisis más bien de tipo general, orientado a crear luces en el pronóstico y por ende para considerar en el futuro las medidas pre-natales de importancia que disminuyan riesgos en la viabilidad fetal. Como se dijo en la introducción, mucho queda por estudiar a este respecto, y por ello lo presentamos en forma de un análisis preliminar, con la esperanza que a posteriori se orienten trabajos de magnitud en que se contemple integralmente y con una casuística de trascendencia estadística, bases socio-económicas y, en la mejor supervivencia fetal y en la conservación adecuada del esfuerzo de la mujer por ser madre.

CONCLUSIONES

- 1.- Se analizaron 1607 registros clínicos de las madres que tuvieron su parto en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt en el año 1956.
- 2.- El 89.8% de las pacientes están comprendidas entre los 15 y los 35 años de edad y aún entre estas edades, es más frecuente el embarazo entre los 15 y 25 años, en donde se encontró el 56.3% de todos los casos.
- 3.- Atendiendo a la clasificación hecha, la paridad más frecuente está comprendida en el grupo de 2 a 4 nacimientos (36.8%).
- 4.- Solamente el 57.7% de los casos estudiados tuvieron su parto tanto por estimación como por cálculo, en el límite del tiempo considerado como "a término" (entre las 38 y las 42 semanas).
5. Solamente el 33.5% de las pacientes tuvieron su parto entre los dos días anteriores o posteriores a la fecha calculada atendiendo a su última menstruación.
- 6.- Tomando como límite la prematurez por peso a 5 lbs. 8 oz. el 20.45% de los niños nacidos fueron prematuros.
- 7.- Para los niños a término, la mortalidad neonatal fue del 1.36% mientras que para los prematuros fue del 19.23%.

- 8.- Del estudio correlativo de la edad estimada y calculada, con el peso del niño al nacer, se puede afirmar que existe un coeficiente de error del 10%, en la apreciación de la madurez fetal y por consiguiente el pronóstico de peso fetal con sólo estos metodos, debe ser tomado con reserva.
- 9.- La edad estimada es más ilustrativa en cuanto a prematurez se refiere, mientras que el cálculo por U. R. orienta más en la diferenciación de post-madurez.
- 10.- La edad de la paciente tiene influencia en el peso fetal, existiendo más prematurez en las dos edades extremas, pacientes juveniles y añosas; por otra parte, el sobrepeso fetal se ve que aumenta con la edad de la paciente.
- 11.- Las pacientes añosas participan de los dos extremos a) tendencia de niños de peso elevado; y b) frecuencia alta de niños con peso bajo.
- 12.- Los niños de mayor peso, aumentan con el número de gestaciones de las madres, se observó el 1.1% de niños mayores de 8 lbs. en primigestas mientras que en las pacientes de más de 5 gestaciones se observó el 7.47%.

Hugo Haroldo Herrera

Vº. Bº.

Dr. Ernesto Alarcón E.
Asesor

Vº. Bº.

Dr. Eduardo Fuentes
Revisor

Vº. Bº.

Dr. Carlos Armando Soto
Secretario

Imprímase:

Dr. Carlos M. Monsón Malice
Decano

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Archivos del Departamento de Registros Médicos del Hospital Roosevelt.
- 2.- Figueroa, Oscar: "Parto Prematuro en Guatemala, - sus causas y profilaxis". Tesis de Graduación. Agosto de 1963.
- 3.- Jiménez, Juan M.: "Influencia de la Edad en el Proceso Reproductivo". Tesis de Graduación. Septiembre de 1963.
- 4.- Moraguez Bernat: Clínica Obstétrica. 8a. Edición, 1960.
- 5.- Greenhill, J. P.: Principios y Prácticas de Obstetricia de Delee. 1955.
- 6.- Williams Obstetrics. Eastman, 1961.
- 7.- Duncan Reid, A Textbook of Obstetrics, 1962.
- 8.- A.J. of Obstetrics and Gynecology. Herbert M. Magram M.D. William C. Cavanagh -M.D.- The Problem of Post-Maturity. Feb. 1960, Vol.79, No.2
- 9.- A.J. of Obs. and Gyn. I.A. Perlin M.D. Post-Maturity. July 1960, Vol.80 No.1.
- 10.- H.J. of Obst. y Gyn., J.C. Mc Clure Browne. Post Maturity. March 1, 1963 Vol 85 No.5