

VICTOR MANUEL GIORDANO NAVARRO

PLAN DE TESIS

- 1.- TITULO
- 2.- HIPOTESIS
- 3.- OBJETIVOS Y PROPOSITOS
- 4.- JUSTIFICACIONES
- 5.- ANTECEDENTES
- 6.- MATERIAL Y METODOS
- 7.- GRAFICAS
- 8.- INTERPRETACION DE GRAFICAS
- 9.- CONCLUSIONES
- 10.- RECOMENDACIONES
- 11.- BIBLIOGRAFIA

**INCIDENCIA DE POLIHIDRAMNIOS EN EL
HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE DE QUETZALTENANGO
EN LOS AÑOS 1,975 - 76 - 77 - 78 Y 79.**

OBJETIVOS Y PROPOSITOS

HIPOTESIS

- 1.- El Polihidramnios es más frecuente en primigestas .
- 2.- El 40% de Polihidramnios tienen anomalías congénitas .
- 3.- La mayoría de pacientes que presentan este problema son del área rural .
- 4.- El Polihidramnios es más frecuente en pacientes desnutridas .

- 1) Que el estudiante de medicina, así como el médico en su afán de investigación se de cuenta de la magnitud de este problema.
- 2) Conocer el origen, naturaleza, síntomas, signos, tratamiento, diagnóstico de la embarazada con Polihidramnios .
- 3) Que se adquiera conocimientos sobre las manifestaciones clínicas del Polihidramnios .
- 4) Refuerce conocimientos sobre alteraciones materno-fetales y forma de diagnosticarlo .
- 5) Que conozca las edades, antecedentes obstétricos, estado nutricional y procedencia en los cuales es más frecuente el Polihidramnios .
- 6) Conocer cuales son los tipos de anomalías congénitas que más acompañan al Polihidramnios .
- 7) Que se comprendan e interpreten las frecuencias y porcentajes dados .

ANTECEDENTES

JUSTIFICACIONES

- 1) El presente trabajo se justifica porque el problema de Polihidramnios no ha sido estudiado en el hospital General de Occidente de Quetzaltenango.
- 2) Además porque es una enfermedad que afecta a las mujeres en edad reproductiva.
- 3) Este hecho señala la posibilidad de que el médico, en su práctica general, se vea enfrentado en cualquier momento con problemas de salud de las embarazadas.
- 4) Este riesgo se manifiesta con elevadas tasas de morbi-mortalidad fetal, perinatal e infantil.

El Polihidramnios también llamado Hidramnios, consiste en una cantidad excesiva de líquido amniótico. El volumen normal cerca del término de la gestación es de aproximadamente 1000 cc. En general puede considerarse excesiva la cantidad superior a 2,000 cc.

El Hidramnios (Polihidramnios) se divide en:

- a) Hidramnios Crónico: cuando el aumento de líquido amniótico es progresivo.
- b) Hidramnios Agudo: Cuando el líquido aumenta de manera muy brusca y el útero puede quedar intensamente distendido en pocos días.

El líquido del Hidramnios es igual en su aspecto y composición, al del líquido amniótico de los casos normales.

INCIDENCIA: Son frecuentes los hidramnios no muy voluminosos, 2, a 3, 1, pero los grados más acentuados resultan más raros. Debido a la dificultad de recoger el líquido amniótico en su totalidad, el diagnóstico se basa casi siempre en la impresión clínica y se confirma con la cantidad de líquido exagerado que se observa durante el parto.

Las cifras publicadas en cuanto a incidencia, varían mucho desde 1 en 62 partos a 1 en 754.

El hidramnios agudo es raro ya que se presentó en estudios efectuados 13 veces en 46,805 partos (0.03%). Es elevada la in-

cidencia de Hidramnios asociado a malformaciones fetales, sobre todo del sistema nervioso central y del tubo gastrointestinal.

Por ejemplo el Hidramnios acompaña casi a la mitad de casos de anencefalia y a casi todos los casos de atresia esofágica; - en los embarazos gemelares también es frecuente el exceso de líquido amniótico (siendo más en gestaciones gemelares monocigóticos), así como en la variedad Hidrópica de la Eritroblastosis y en los embarazos complicados con Diabetes.

ETIOLOGIA: Se sabe muy poco acerca del mecanismo que produce el Hidramnios. Aunque se supone que el líquido amniótico se produce en el epitelio del amnios, en el caso de Hidramnios, - no se han encontrado alteraciones histológicas en el amnios ni alteraciones químicas en el líquido amniótico. En los casos de anencefalia y espina bífida se cree por lo general; que el aumento de trasudación del líquido desde las meninges, que está el descubierto, hacia la cavidad amniótica constituye un factor etiológico.

Otra explicación de la frecuencia de Hidramnios en la anencefalia se basa en la teoría de que el aumento de líquido es debido a una excesiva excreción urinaria producida por el estímulo de los centros cerebrales que han quedado desprovistos de cubiertas protectoras. Como el feto deglute constantemente y normalmente líquido amniótico, se ha supuesto que este mecanismo es una de las maneras con que se regula el volumen del líquido. La teoría se refuerza por la presencia casi constante de Hidramnios cuando la deglución está impedida como por ejemplo, en los casos de atresia esofágica en el Hidramnios; generalmente el peso de la placenta tiende a ser elevado.

SINTOMAS: Los síntomas que acompañan al hidramnios se deben a causas puramente mecánicas y han sido ocasionados por la pre-

sión que ejerce el útero sobredistendido sobre los órganos vecinos.

Pueden ser muy llamativos los efectos sobre las funciones respiratorias, cuando la distensión es excesiva, la paciente suele sufrir de una intensa disnea y ciánosis, en casos extremos solo puede respirar en posición de pie, es frecuente el edema en especial en las extremidades inferiores, la vulva y la pared abdominal.

El Hidramnios Agudo tiene tendencia a producirse en períodos más precoces de la gestación que la forma crónica, a menudo ya en el 4º. ó 5º. mes y rápidamente dilata el útero hasta un tamaño enorme. Por regla general, el hidramnios agudo provoca el parto antes de la vigésima octava semana o los síntomas se hacen tan graves que se hace indispensable la intervención.

DIAGNOSTICO: En general el aumento del útero (tamaño) acompañado de dificultad en palpar las partes fetales pequeñas y percibir los tonos cardíacos fetales, y la facilidad en el peloteo del feto son los principales signos diagnósticos.

Estos signos hacen necesaria una inmediata exploración radiológica del abdomen para excluir anomalías fetales o un embarazo múltiple. La diferenciación entre Hidramnios, Ascitis y un gran Quiste del Ovario se realiza sin dificultad por radiografía ya que de los tres sólo el hidramnios está asociado con una gestación.

PRONOSTICO: En los casos de hidramnios muy voluminosos las probabilidades referente al niño son evidentemente malas. Aunque las radiografías pongan de manifiesto un feto en apariencia normal, el pronóstico tiene que ser reservado. La incidencia de malformaciones fetales, muchas de ellas incompatibles con la vi-

da es al menos del 20%. Además existe un aumento de la mortalidad perinatal ya que la frecuencia de partos prematuros asociado al hidramnios es más de dos veces mayor que la tasa de conjunto. También contribuyen a la tasa de mortalidad el prolapsode del cordón umbilical, la eritroblastosis y las dificultades que tienen que sufrir los niños nacidos de madres diabéticas.

Como resultado de estos factores, el total de pérdidas perinatales en el hidramnios excede al 50%. En general, cuanto más voluminoso es el hidramnios, más elevada es la mortalidad perinatal.

Las complicaciones maternas más frecuentes son el desgarro de la placenta, la disfunción uterina y la hemorragia postpartum.

Las presentaciones anormales son más frecuentes y las intervenciones operatorias resultan necesarias más a menudo.

TRATAMIENTO: Los Hidramnios poco voluminosos raras veces necesitan tratamiento. Si existe disnea, dolor abdominal, o edema de la pared del abdomen, o dificultad para la marcha, se hace necesaria la hospitalización. No existe otro tratamiento satisfactorio del hidramnios sintomático que la extracción del líquido amniótico excesivo, el reposo en cama con la aplicación de sedantes puede hacer soportable la situación, pero raras veces ejerce ningún efecto sobre la acumulación de líquido. También son ineficaces los diuréticos y la restricción de sal. Si las molestias se hacen agudas a consecuencia del aumento del volumen uterino puede llevarse a cabo la amniocentesis ya sea a través del cuello uterino o mediante la paracentesis abdominal.

Los peligros de la amniocentesis abdominal son teóricos en gran parte, y consisten en lesiones de una asa intestinal adherida

o la punción de un vaso fetal. Se debe extraer más o menos 500 cc. en una hora y al haber extraído más o menos 1,500 cc. generalmente se obtiene alivio de los síntomas.

El objetivo principal de la amniocentesis consiste en el alivio de la paciente y en este aspecto el resultado es del todo satisfactorio. Sin embargo es frecuente que promueva el parto con rapidez, incluso cuando solo se ha extraído parte del líquido.

La amniocentesis también puede ser útil para evitar la disfunción uterina que, a menudo, acompaña al parto cuando existe Hidramnios.

1. Tesis presentada en el año 1,964
Título: Polihidramnios
Autor: García Córdova Juan Diego

Realizada en el Hospital Roosevelt en los años: 10. de enero de 1,957 al 31 de diciembre de 1,961.

El autor encontró clasificados 27 casos en los cinco años y el total de partos fue de 45,028.

Llegando el mencionado autor a las siguientes conclusiones:

- 1.- Incidencia de Polihidramnios fue de un caso por cada 1,677 embarazos, sobre 48,028 partos, 27 casos en total lo que dio un porcentaje de 0.06%.
- 2.- La afección es más frecuente en pacientes jóvenes.
- 3.- Se confirma que con la multiparidad se presentó la afección con mayor frecuencia.

4.- Después de la 28 semana fue mayor el número de casos.

A CONTINUACION MENCIONARE ALGUNAS DE LAS EXPERIENCIAS DE AUTORES DE LA BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

Hidramnios: Cuando aumenta la cantidad de líquido amniótico por encima de 1,500 a 2,000 Cms. cúbicos; puede aparecer sin causa visible, pero con frecuencia se asocia con uno de los estados siguientes:

- 1) Malformaciones fetales de la cabeza o del tubo digestivo.
- 2) Enfermedades fetales o maternas que predisponen a una Hidropesía Fetal (diabetes, prediabetes, enfermedad hemolítica).
- 3) Insuficiencia renal de la madre.
- 4) Embarazos múltiples sobre todo mono-amnióticos.

Según esto ante la presencia de un hidramnios hay que pensar en una de las complicaciones del embarazo mencionadas o en un embarazo múltiple.

El mecanismo causal del hidramnios no está completamente aclarado, tampoco sería el mismo en todos los casos, según Hutchinson y colaboradores, la magnitud absoluta del recambio hidroelectrolítico sería igual en un hidramnios que en condiciones normales, pero la participación fetal en el recambio hídrico estaría muy restringida y ascendería tan solo al 7 ó 15%.

Las enfermedades cardíacas y renales de la madre producen

a veces edema de la placenta con filtración hacia la cavidad amniótica. Por ello éstas afecciones se han considerado como factores etiológicos.

Se cita a la sífilis como causa habitual de hidramnios, determinante de una amnioitis, que condicionaría un pasaje exagerado o una falta de reabsorción de líquido.

La infección de la decidua básica y de los lagos sanguíneos permite a la espiroqueta llegar al feto por la vía umbilical, provocando una flebitis funicular, lesiones en el hígado, bazo, pulmones y corazón. El Hidramnios se debería a trastornos de la permeabilidad vascular.

Pero la sífilis hereditaria puede sospecharse en el 20% de los casos y hereditaria y adquirida puede demostrarse en otro 20% de los casos. Es grande, pues, el porcentaje de los casos en los cuales la sífilis no está presente.

Se acepta que todos los trastornos de la circulación sanguínea en el sentido placento fetal es capaz de determinar hidramnios: Obstáculo a nivel de la placenta, torsiones y circulares - del cordón, etc.

Pronóstico: Para la madre generalmente es benigno; en la forma aguda durante el parto: las contracciones uterinas suelen ser deficitarias por inercia, debido a la hiperdistensión sostenida y prolongada son frecuentes las hemorragias copiosas por falta de retracción y contracción del útero.

Para el feto el pronóstico es en general malo: Presentaciones atípicas, procedencias de cordón, prematuridad. Cuando la sífilis existe ensombrece el pronóstico fetal.

El Dr. Berhrman clasifica el hidramnios en tres grupos

- a) Ligero b) Moderado c) Grave.

No por la edad de embarazo en que se inicia, sino por el grado de crecimiento uterino.

HIDRAMNIOS CLASIFICADO DE ACUERDO CON EL GRADO DE SEVERIDAD:

	# de niños	# de niños salvados	# de mortinatos y muertes neonatales
Ligera	17 (2 gemelos)	16 (95%)	1
Moderada	21	15 (56%)	6
Severa	21 (5 gemelos)	6 (30%)	15

RELACION ENTRE LAS ANORMALIDADES Y EL GRADO DE HIDRAMNIOS

	# de anomalías	# de anomalías incompatibles con la vida	Anomalías compatibles con la vida.
Ligero	5 (30%)	1 (20%)	Hidrocefalia Mongolismo, Paresia espástica, Hidrocele
Moderado	8 (61%)	5 (61%)	Retardo Mental S. de Eisenmenger Hernia Inguinal B.
Severo	11 (55%)	7 (72%)	Labio Leporino Completo, Tetralogía de Fallot, Reborde Cervical Bilateral

El polihidramnios se asocia a varias malformaciones congénitas y se presenta en casi el 80% de niños con trisomía 18. La atresia de la porción alta del intestino impide, como fácilmente se comprende, la resorción de líquido amniótico ingerido; en los fetos con anomalía del sistema nervioso central se ha defendido - la teoría del defecto de (liberación) o formación de hormona antiurética fetal en el mecanismo patogénico del hidramnios.

Malformaciones Congénitas en 287 niños con Hidramnios Materno

Anencefalia	59
Otras malformaciones del sistema nervioso central ...	14
Fisura palatina y labio leporino	8
Atresia Esofágica	7
Hidrops Fetal	6
Acondroplasia	5
Malformación o hernia diafragmática	4
Otras	15
Total	118 (41%)

Adaptado de K. A. Rahimutulla: Hydramnios in Relation to Foetal Mortality. Arch. Dis. Childhood, 36:418, 1,961.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

El material que se usó fueron cinco fichas en total, de pacientes diagnosticadas como polihidramnios, en los años: 1,975 76-77-78-79, en el archivo general, sección de maternidad del Hospital General de Occidente de Quetzaltenango.

METODO:

Se utilizó el método científico:

- a) Inductivo-Deductivo; se tomaron en cuenta los siguientes parámetros: edad, antecedentes obstétricos: gestas, partos, abortos; días de estancia hospitalaria, edad de embarazo, diagnósticos definitivos, control prenatal, peso, talla, anamalias congénitas, estado del recién nacido (vivo, muerto) tipo de tratamiento, rayos X u otros métodos diagnósticos, y origen y procedencia de la paciente.

Con los resultados anteriores (todo), se analizaron en partes (tablas y gráficas), para llegar a las conclusiones que están descritas posteriormente.

RECURSOS:

Departamento de Maternidad del Hospital General de Occidente de Quetzaltenango.
Departamento de Estadística.
Archivo General.

FRECUENCIA (NUMERO) Y PORCENTAJE DE POLIHIDRAMNIOS RESPECTO A EDAD EN LOS AÑOS: 1,975-76-77-78-y 79

Edad	#	%
15-19	1	20
20-24	0	0
25-30	3	60
31-35	0	0
36-38	1	20
Totales:	5	100

FRECUENCIA (NUMERO) Y PORCENTAJE DE POLIHIDRAMNIOS RESPECTO A NUMERO DE EMBARAZOS EN LOS AÑOS: 1,975-76-77-78 y 79

	#	%
Primigestas	1	20
Secundigestas	0	0
Multigestas	4	80
Totales	5	100

PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA POR PACIENTE EN LOS AÑOS: 1,975-76-77-78 y 79.

2.4 = 2 días por paciente.

NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES QUE TUVIERON CONTROL PRENATAL EN LOS AÑOS: 1,975-76-77-78 y 79.

	#	%
	1	20

NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES QUE NO TUVIERON CONTROL PRENATAL EN LOS AÑOS: 1,975-76-77-78 y 79.

	#	%
	4	80

NUMERO Y PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS CON ANOMALIAS CONGENITAS

#	%
3	60

NUMERO Y PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS SIN ANOMALIAS CONGENITAS

#	%
2	40

NUMERO Y PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS MUERTOS

#	%
3	60

NUMERO Y PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS VIVOS

#	%
1	20

NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES QUE NO TUVIERON PARTO

#	%
1	20

NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO MEDICO

#	%
1	20

NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO MEDICO-ASISTENCIAL

#	%
4	80

NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO QUIRURGICO O MEDICO-QUIRURGICO.

#	%
0	0

NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES A QUIENES LES FUERON TOMADAS PLACAS DE RAYOS X DE ABDOMEN.

#	%
3	60

NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES A QUIENES NO LES FUERON TOMADAS PLACAS DE RAYOS X DE ABDOMEN

#	%
2	40

ORIGEN Y PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE POLIHIDRAMNIOS

	#	%
AREA URBANA	2	40
AREA RURAL	<u>3</u>	<u>60</u>
TOTAL	5	100

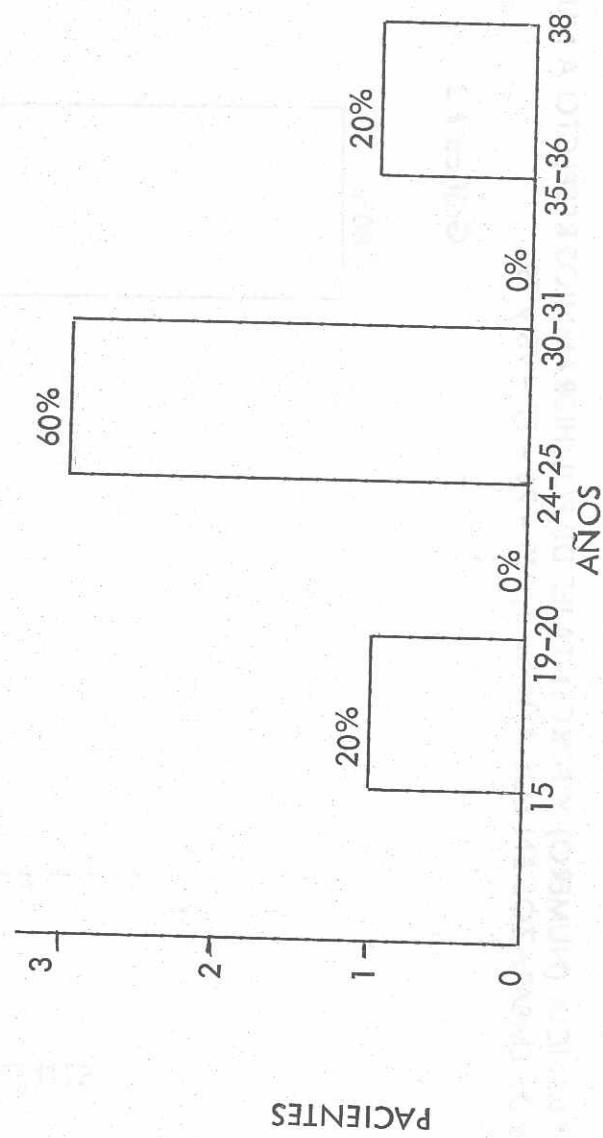
PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON PROBLEMA DE POLIHIDRAMNIOS EN LOS AÑOS

1,95 - 1,976 - 1,977 - 1,978 y 1,979

Edad.	Ant. Obst. G. P. A.	D. de E. H.	Dx. Definitivos	C. P.	Anomalía C.	R. N.	Tipo de Tx.	Rayos X
15a.	1 0 0	2	Polihidramnios, feto vivo, Emb. 42s. X A.U.	no	Sin parto		Médico	Rx. abdomen
25a.	4 3 0	5	P.E.S. Polihidramnios alumbramiento N.C.	no	Pie Equino varus bilateral	muerto	Médico Asistencial.	Rx. abdomen
28a.	6 5 0	3	P.E.S. Polihidramnios puerperio H.N.	no	Anencefalia	muerto	Médico Asistencial.	Rx. Abdomen
30a.	6 4 1	1	Polihidramnios, parto prematuro, P.E.S. puerperio H. N.	si	ninguna	vivo	Médico Asistencial.	no
38a.	8 7 0	1	P.E.S. Polihidramnios Alumbramiento N.C.	no	Dextrocardia	muerto	Médico Asistencial	no

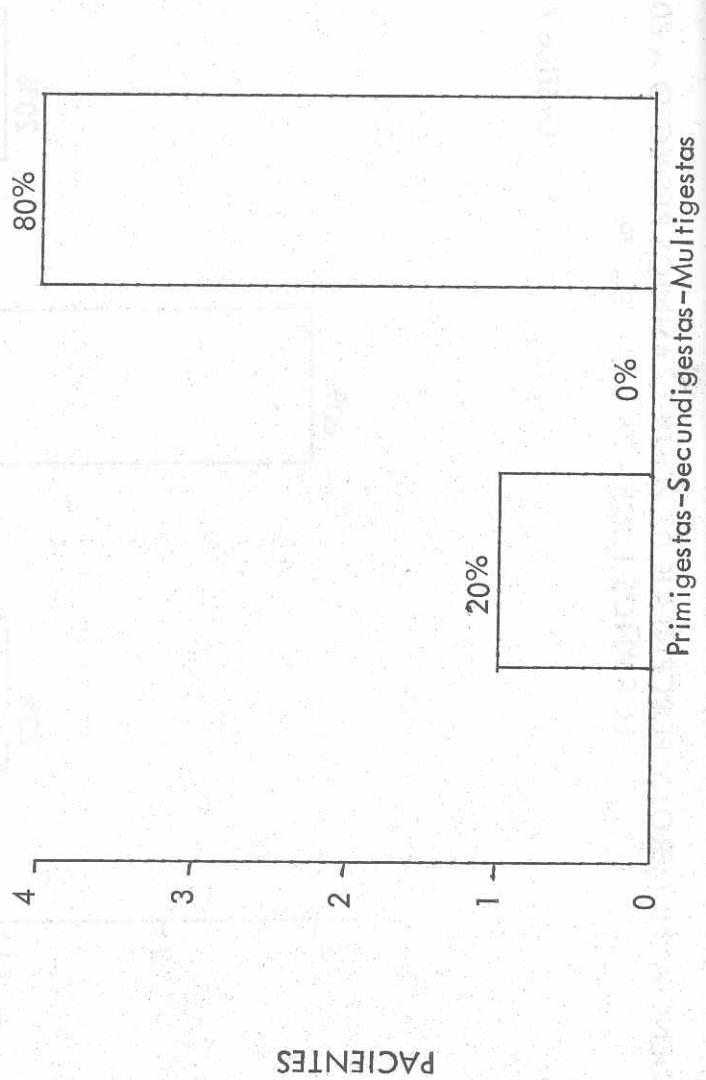
FRECUENCIA (NÚMERO) Y PORCENTAJE DE POLIHIDRAMNIOS RESPECTO A EDAD EN
LOS AÑOS 1,975 - 76 - 77 - 78 y 79.

Gráfica # 1



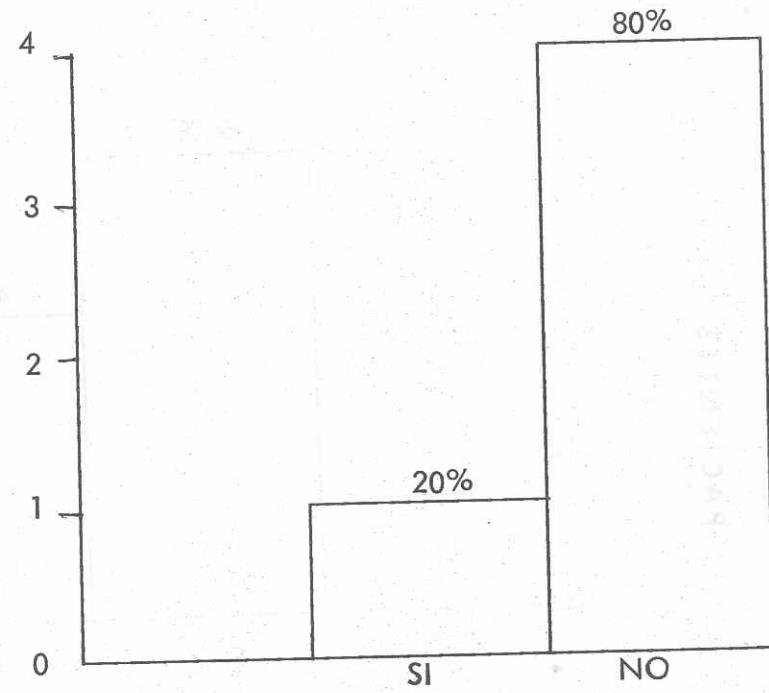
FRECUENCIA (NUMERO) Y PORCENTAJES DE POLIHIDRAMNIOS RESPECTO A NÚMEROS DE EMBARAZOS EN LOS AÑOS: 1, 975 - 76 - 77 - 78 y 79.

Gráfica # 2



NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON Y SIN CONTROL PRENATAL EN LOS AÑOS: 1, 975 - 76 - 77 - 78 y 79.

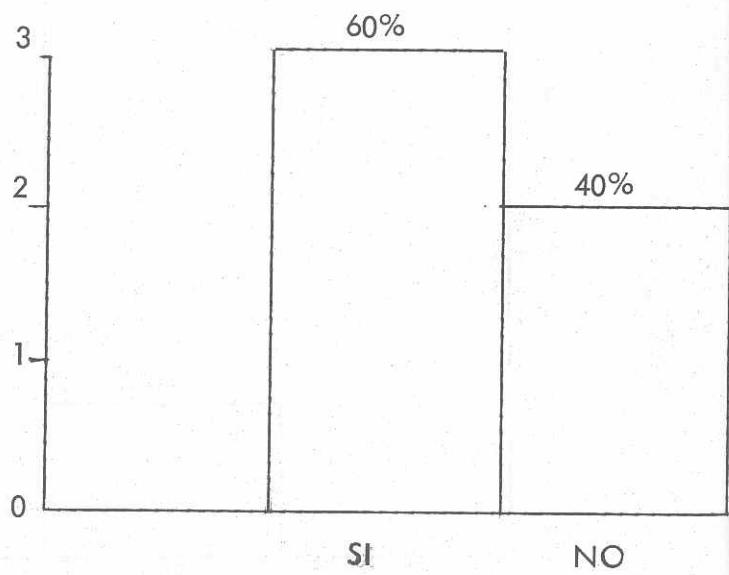
Gráfica # 3



NUMERO Y PORCENTAJE DE RECIENTE NACIDOS CON Y SIN ANOMALIAS CONGENITAS

Gráfica # 4

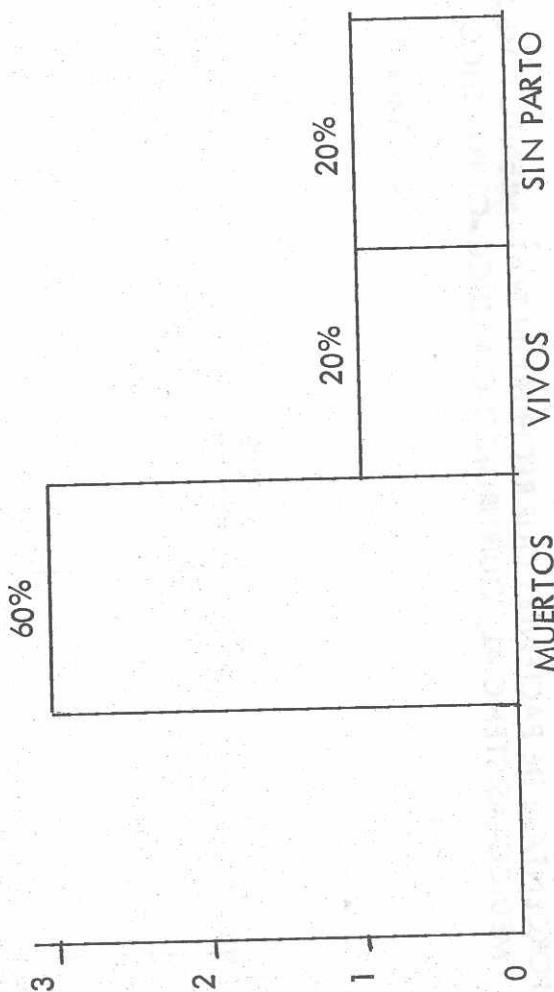
PACIENTES



NUMERO Y PORCENTAJE DE RECIENTE NACIDOS MUERTOS, VIVOS Y PACIENTES SIN PARTO

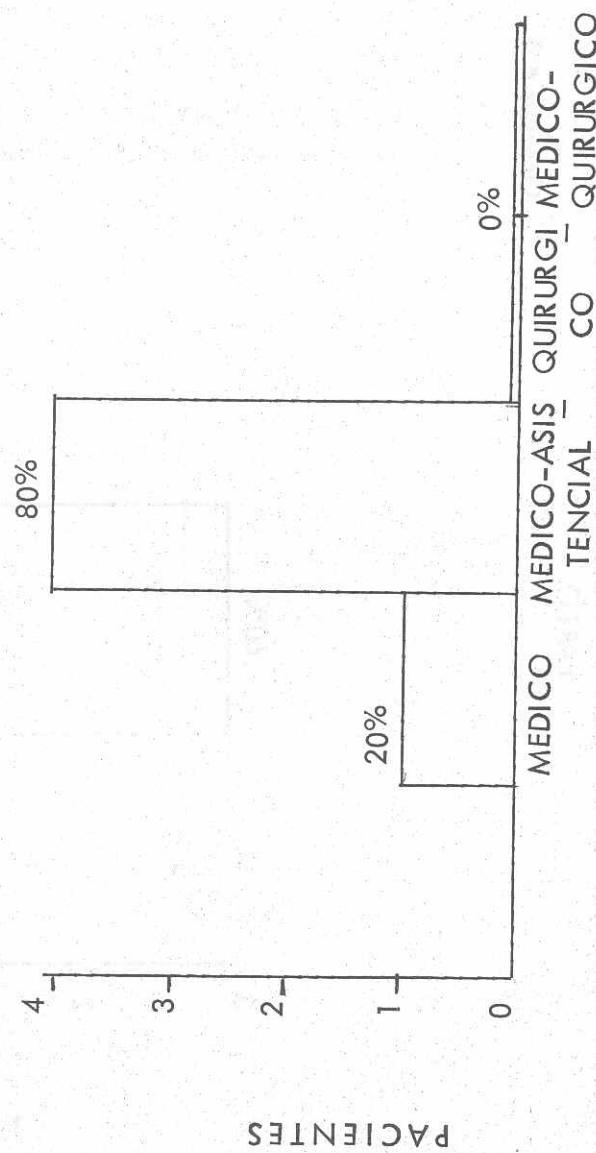
Gráfica # 5

PACIENTES



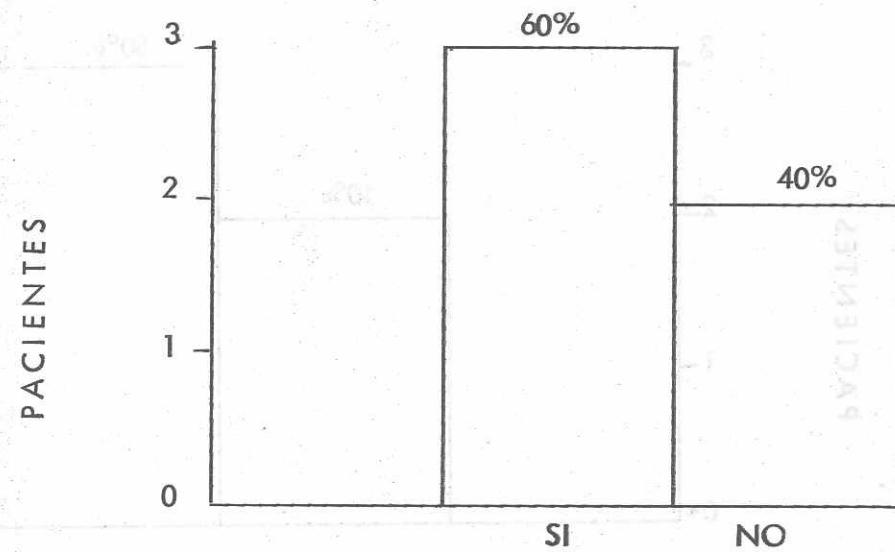
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO: MEDICO,
MEDICO-ASISTENCIAL, QUIRURGICO O MEDICO-QUIRURGICO

Gráfica # 6



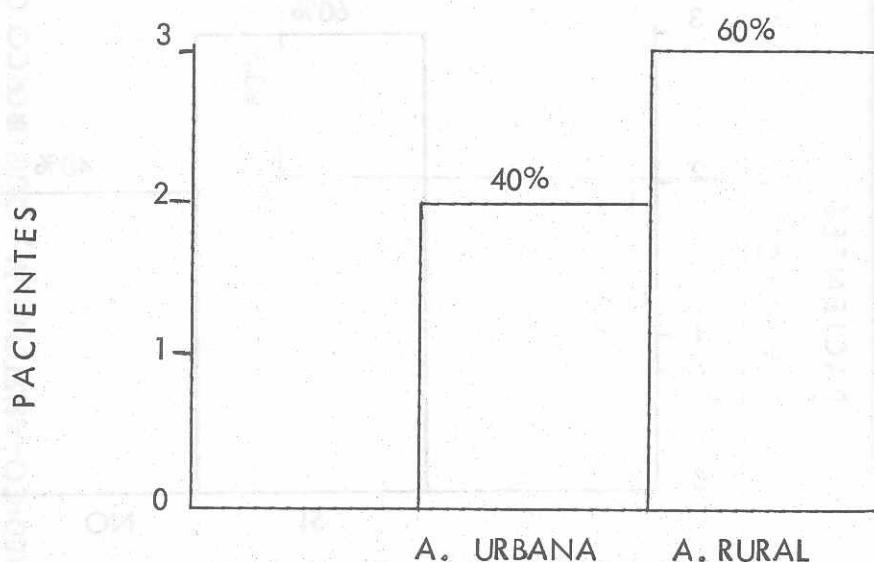
NUMERO Y PORCENTAJE DE PACIENTES A QUIENES LES TOMARON Y NO LES TOMARON RAYOS X DE ABDOMEN.

Gráfica # 7



ORIGEN Y PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE POLIHIDRAMNIOS

Gráfica # 8



INTERPRETACION DE GRAFICAS

Gráfica # 1: Esta representa la frecuencia y porcentaje de Polihidramnios respecto a la edad en los años: 1, 975-76-77-78 y 79, resultando 1 paciente entre las edades de 15 a 19 años y asimismo 1 paciente entre las edades de 36 a 38 años, correspondiendo un porcentaje de 20% para cada grupo; entre las edades de 25 a 30 años; 3 pacientes haciendo un porcentaje del 60% siendo éste grupo el más afectado.

Gráfica # 2: Esta representa la frecuencia y porcentaje de Polihidramnios respecto al número de embarazos en los años: 1975-76-77-78- y 79: correspondiendo a las multigestas el número mayor (4), haciendo un porcentaje del 80%; luego las primigestas con 1 caso igual al 20% y por último a las secundigestas con cero casos igual al 0%.

Gráfica # 3: Esta representa al número y porcentaje de pacientes con y sin control prenatal en los años: 1, 975-76-77-78 y 79: Donde podemos observar, que 1 paciente que representa el 20% si tuvo control prenatal; mientras que 4 pacientes que representan el 80% no tuvieron control prenatal, probablemente por ser del área rural.

Gráfica # 4: Esta se refiere exclusivamente al recién nacido, al número y porcentaje que al nacer tenían o no alguna anomalía congénita; siendo 3 los que tuvieron anomalía congénita que representa el 60% (anencefalia, pie equinus varus bilateral, dextrocardia); y sin anomalía congénita 2 que representan el 40%.

Gráfica # 5: Representa el número de recién nacidos muertos, vivos y pacientes sin parto; correspondiendo 3 recién nacidos muer

tos que hacen un 60%, 1 recién nacido vivo y una paciente sin parto, correspondiendo a cada uno un 20%.

Gráfica # 6: Representa número y porcentaje de pacientes que recibieron tratamiento: médico, médico-asistencial, quirúrgico o médico-quirúrgico; correspondiendo el 20% a quien recibió tratamiento médico y el 80% a quienes recibieron tratamiento médico-asistencial.

Gráfica # 7: Representa el número y porcentaje de pacientes a quienes les tomaron y no les tomaron rayos X de abdomen; correspondiendo el mayor porcentaje (60%), así como en número de 3 a quienes si les tomaron y el 40% (2 pacientes) a quienes no les tomaron.

Gráfica # 8: Representa el origen y procedencia de las pacientes con diagnóstico de polihidramnios: correspondiendo el 40% (2 pacientes) del área urbana y el 60% (3 pacientes) del área rural.

CONCLUSIONES

- 1.- El Polihidramnios, problema que se presenta en mujeres embarazadas, en el estudio efectuado en el Hospital General de Occidente de Quetzaltenango durante los años de 1975-76-77-78 y 79, en relación al número de partos que fue durante ese período de tiempo de 8,979, tuvo una incidencia de 0.05%, o sea 1 caso por cada 1,795 partos; en comparación con trabajo efectuado en el Hospital Roosevelt, es bastante semejante siendo el resultado de 0.06%; pero con investigaciones extranjeras es bajo.
- 2.- De acuerdo al estudio efectuado, nos infiere que el Polihidramnios es más frecuente entre las edades de 25 a 30 años en el Hospital General de Occidente.
- 3.- Estadísticamente se demuestra que un alto nivel de significancia, el Polihidramnios es más frecuente en multigestas que en relación a primigestas, con lo cual se negativiza la primera hipótesis.
- 4.- De las pacientes diagnosticadas con problema de Polihidramnios, un alto porcentaje (80%) no tuvo control prenatal.
- 5.- De los Recién Nacidos productos de pacientes con Polihidramnios, el 60% manifestó algún tipo de anomalía congénita, con lo cual la hipótesis número 2 se confirma.

- 6.- Los Recién Nacidos productos de pacientes con Polihidramnios y que presentan anomalías congénitas, el 60% nacen muertos, o fallecen en las primeras horas o días.
- 7.- En el estudio efectuado el 60% de pacientes con polihidramnios eran del área rural, con lo cual se confirma la tercera hipótesis.
- 8.- La cuarta hipótesis no se puede negar o afirmar, debido a que en las papeletas de los pacientes no se encontraron pesos ni tallas que serían los parámetros necesarios para tal estudio.

RECOMENDACIONES

- 1.- Adicionarle a las fichas de ingreso, parámetros de peso y talla, ya que éstos son o pueden ser necesarios para futuras investigaciones.
- 2.- Efectuar estudios radiográficos de abdomen a todas las pacientes que presenten polihidramnios, para comprobar las anomalías congénitas fetales que puedan existir.
- 3.- Practicarle necropsia al recién nacido fallecido, producto de embarazo con diagnóstico de polihidramnios para comprobar la frecuencia de anomalías congénitas del sistema gastro intestinal, que según investigaciones extranjeras es alto (100%), para que una próxima investigación sea más significativa.
- 4.- Tratar de efectuar un estudio como continuación del presente, para determinar la razón del mayor porcentaje de polihidramnios en multigestas.
- 5.- Efectuar estudios comparativos con hospitales nacionales - sobre el mismo problema, para así tener un mejor concepto de lo que es y representa este problema en nuestro pueblo.
- 6.- Que los estudiantes así como médicos anoten en los sumarios de las papeletas de las pacientes, todos los problemas que le sean encontrados durante su estancia hospitalaria y no dejar pasar por alto algunos, aunque sea en forma involuntaria.

BIBLIOGRAFIA

1.- Williams.

OBSTETRICIA.
Capítulo 22 Pags. 522-526
Cuarto Reimpresión. Salvat Editores
Impreso en México.

2.- Schwarcz Ricardo.

OBSTETRICIA.
Pags. 536-542
Tercera Edición (cuarta reimpre-
sión)
Editorial: Librería El Ateneo
Impreso en Argentina.

3.- O., Kaser Francfort. del
M. y Colaboradores.

GINECOLOGIA Y OBSTETRI-
CIA
Editora: Salvat S.A.
Editada en México.

4.- Beck Alfredo C.

PRACTICA DE OBSTETRICIA
Tercera Reimpresión. Pags. 421-
422
Marzo de 1,965.
Editora: La Prensa Médica Me-
xicana
Impresa en México.

5.- Moragues Bernat Jaime

CLINICA OBSTETRICA
Pags. 664-668 Editora: Librería
el Ateneo Editorial.
Impreso en Argentina.

6.- Berhrman Sj.

GINECO-OBSTETRICIA
Volumen XV Pags. 141-152
Editora: México.
Impresa en México. Año: 1,960

7.- Directores:
Palomares de Francisco
German y Medina Murillo
José E.

REVISTA COLOMBIANA DE
OBSTETRICIA Y GINECOLO-
GIA
Volumen XXI # 4 Pags. 377-397
Primera Edición. Año: 1,970.

8.- Nelson, Vaughan y
Mc Kay

TRATADO DE PEDIATRIA
Capítulo VII Pag. 342
Editora: Salvat Editores S.A.
Sexta Edición.
Impresa en España. Año: 1,974.

Dr.

Victor Manuel Giordano Navarro

Dr.

Revisor.

Dr. HEBERTO ROCAY DE LEON OCHOA
MEDICO Y CIRUJANO

Dr.

Secretario

Raul A. Castillo R.

Dr.

Decano.

Rolando Castillo Montalvo.

Vo. Bo.