I) DESCRIPCION DE LA POBLACION ESTUDIADA.

II) ANALISIS EPIDEMIOLOGICO. METODOLOGIA.

I) DESCRPCION DE LA POBLACION ESTUDIADA.

1.- Datos generales:

a- Edad.

b- Distribución geográfica.

c- Estudio laboral.

d- Estudio social.

e- Estudio racial.

f- Estudio del estado civil.

2.- Antecedentes:

2.1.- Fertilidad:

a- Embarazos.

b- Abortos.

2.2.- Patología:

a- Hijos con anomalías.

b- Heredofamiliar.

c- Materna previa al embarazo.

2.3.- Medicación:

a- Previa al embarazo.

b- Anticoncepción hormonal:

. Tipo de anticoncepción.

. Tiempo de ingesta.

. Intervalo ingesta embarazo.

. Efectos secundarios.

3.- Estudio del embarazo actual:

3.1.- Evolución:

a- Primera visita. Periodo gestacional.

b- Controles.

c- Ingresos:

. Mes o meses de ingreso.

. Nº días totales de ingreso.

. Motivo-s de ingreso-s.

3.2.- Hábitos:

a- Tabaco-uso.

b- Alcohol-uso.

c- Excitantes-uso.

d- Drogas-uso.

3.3.- Patología y cortejo sintomático:

a- Anemia.

b- Metrorragias.

c- Diabetes.

d- Dolores de cabeza.

e- Dolores en bajo vientre.

f- Dolores de muelas.

g- Dolor-calambre en extremidades inferiores.

h- Cólicos hepáticos.

i- Cólicos nefríticos.

j- Otros dolores.

k- Infección respiratoria.

l- Infección urinaria.

m- Infección vaginal.

n- Infección intestinal.

ñ- Hipertensión.

o- Cansancio, anorexia.

p- Nausea y vómitos.

q- Ardores-dispepsias.

r- Estreñimiento.

s- Varices.

t- Edemas en miembros inferiores.

u- Enfermedades del tiroides:

. Hipertiroidismo.

. Hipotiroidismo.

v- Alteraciones cardiacas.

w- Lesiones dérmicas.

x- Intervenciones quirúrgicas:

. Ginecológicas.

. No ginecológicas.

z- Insomnio-nerviosismo-ansiedad.

3.4.- Fármacos:

a- Tipos de fármacos consumidos:

. Vitaminas.

. Hierro.

. Calcio.

. Analgésicos-antiinflamatorios.

. Antibióticos-antisépticos.

. Diuréticos.

. Progestágenos.

. B-miméticos.

. Antieméticos.

. Antiácidos.

. Psicofármacos.

. Laxantes.

. Venostáticos.

. Corticoides.

. Insulina.

. Tiroideos.

. Cardiotónicos.

. Otros.

b- Nº de mujeres que los consumen.

c- Automedicación y prescripción.

d- Duración del tratramiento.

4.- Estudio del parto.-

a- Comienzo.

b- Final-tipo.

c- Fármacos intraparto.

5.- Objeto del parto.-

a- Sexo.

b- Edad gestacional.

c- Peso al nacer.

d- Apgar al 1º y 5º minuto.

e- Talla.

f- Perímetro cefálico.

g- Diámetro biparietal.

h- Lactancia. Tipo.

i- Resultado perinatal.

j- Morbilidad neonatal.

CARACTERISTICAS PRINCIPALES DE LA MUESTRA ESTUDIADA

(GRUPOS PREDOMINANTES)

20-25 años	36,50%
Zona rural de Granada (sur)	70,20%
S.L.	79,80%
Clase media o baja	87,80%
Raza blanca	96,00%
Casadas	95,70%
1-3 embarazos	79,00%
No abortó antes	83,70%
No enfermedad previa	80,00%
No anticoncepción oral o I.M.	71,80%
Fue al ginecólogo	98,30%
No ingresó nunca	86,90%

- Tabla 6 -

DESCRIPCION DE LA POBLACION ESTUDIADA

1.- Datcs generales:

A.- Edad: Las edades de las pacientes están comprendidas entre 14 y 44 años, y se distribuyen de la siguiente manera:

EDAD	Nº MUJERES	(%)
- 1-19 años.....	68	(6,80)
- 20-25 años.....	365	(36,50)
- 26-30 años.....	307	(30.70)
- 31-35 años.....	162	(16,20)
- 36-40 años.....	76	(7,60)
- 40 años.....	22	(2,20)

Tal y como puede apreciarse nuestra muestra está compuesta por mujeres jóvenes, ya que 740 de las 1000 encuestadas tenían 30 años o menos. (ver gráfica nº 4)

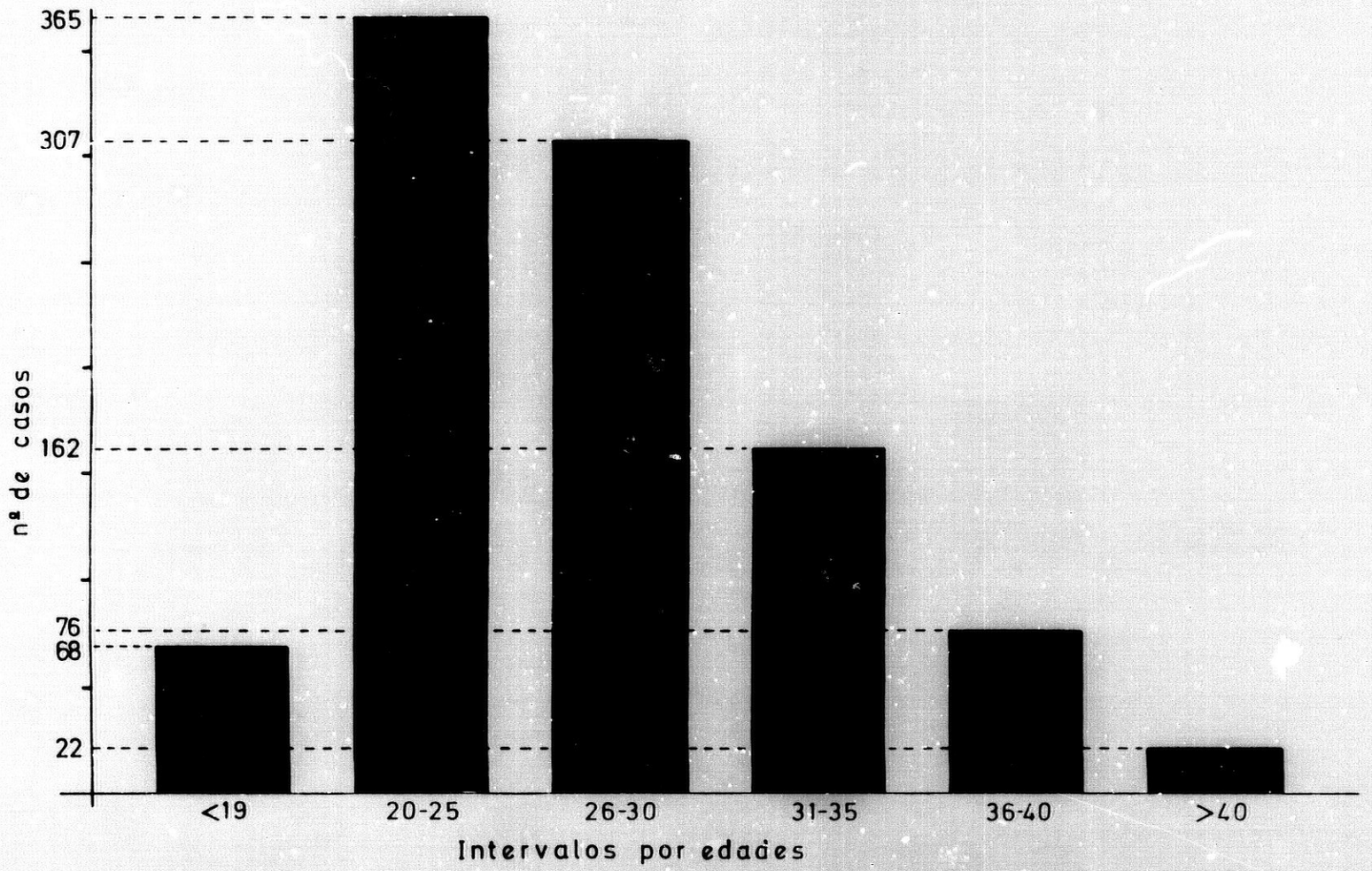

365
307
162
76
68
22
nº de casos
<19
20-25
26-30
31-35
36-40
>40
Intervalos por edades

Fig. 4

B.- Distribución geográfica:

La muestra escogida es representativa de la población granadina, pero con clara tendencia hacia la zona sur (60%), hecho explicable por llevarse a cabo en el Hospital Clínico San Cecilio la asistencia de los habitantes de esta parte de la provincia de Granada (ver mapa de Granada)

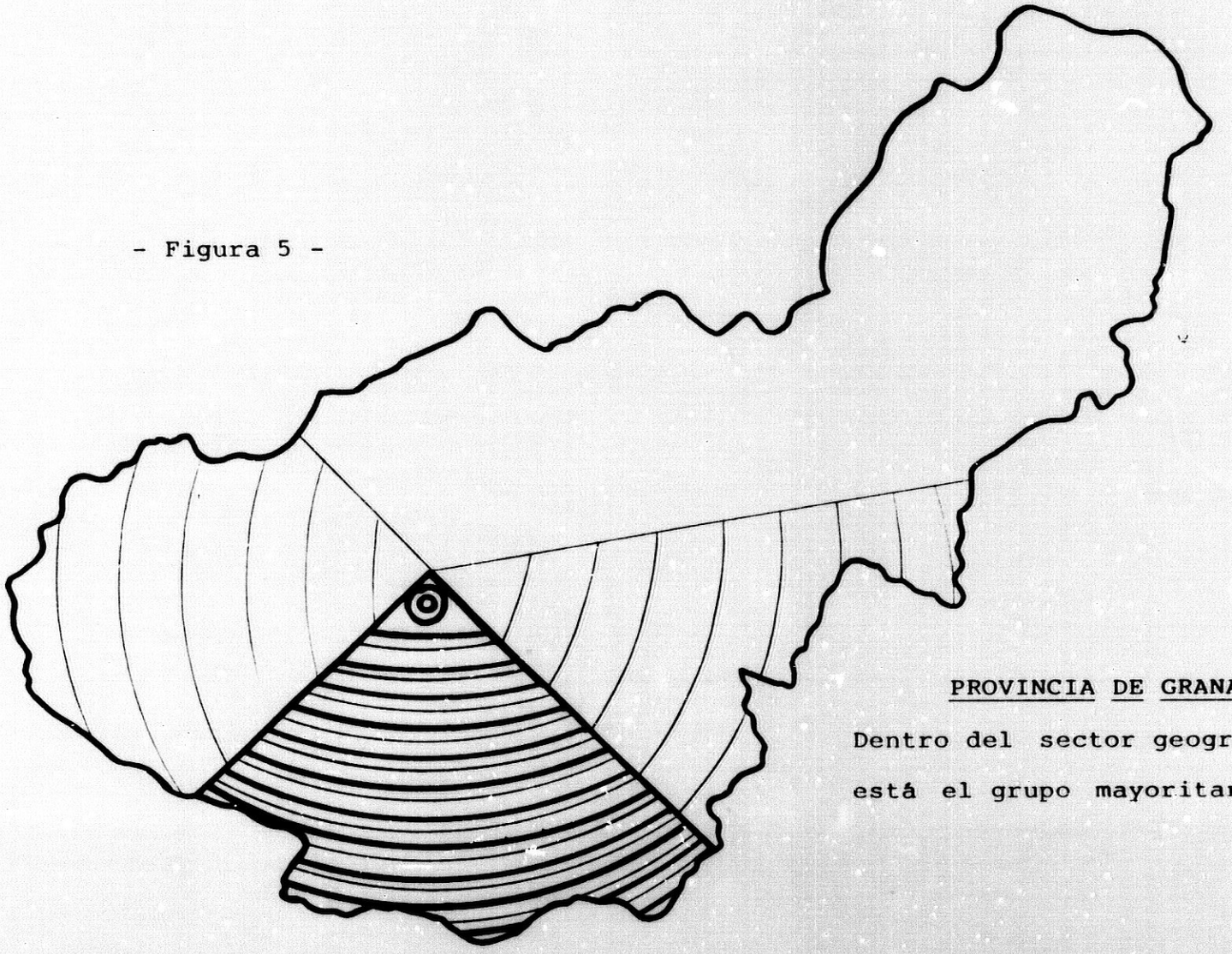
En el mapa al que hacemos mención están representados aquellos pueblos a los que corresponde mayor número de gestantes dentro de la muestra.

A continuación se establece, por orden de frecuencia, la relación de pueblos en los que permanecieron las mujeres durante la gestación:

Pueblo de Granada	Nº mujeres
- Granada capital	298
- Motril	86
- Almuñecar	49

- Orgiva 28
- Churriana de la Vega 23
- Padúl 22
- Salobreña 21
- Armilla 20
- La Zubia 19
- Dúrcal, Huetor 16
- Gabia 14
- Lanjarón 13
- Güejar-Sierra 12
- Otura, Peligros 11
- Albuñol, Alhendín, Vélez Benaudalla 10
- Cogollos, Cúllar Vega, Pulianas, Castell de Ferro, Pinos del Valle 8
- Cadiar 7
- Monachil, Atarfe, Alfacar, Ugijar 6
- Laroles, Torvizcón, La Rábita, La Herradura, Calahonda, Santa Fé, Ogijares, Maracena, Cájar, Jun 5
- Valor, Torrenueva, Lobres 4
- Belicena, Dílar, Loja, Güajar-Faragüi, Corvijón, Conchar, Mecina-Bombarón 3

- Figura 5 -



PROVINCIA DE GRANADA.-

Dentro del sector geográfico central está el grupo mayoritario estudiado

- Murtas, Soportujar, Pitres, Capileira, Albuñuelas, Pozuelo, Notaez, La Mamola, Güalchos, Quentar, Pulianillas, Pinos Genil, Huétor Santillán, Güevejar, Gojar, Gabia Chica, Fargue, Cijuela.....2

- Albolote, Sierra Elvira, La Vega, Beas, Dúdar, Lancha de Cenes, Nívar, Pinos Puente, Purchil, Albondón, Alforón, Caleta, Castaras, Güajar Alto, Güajar Fondón, Haza Mora, Lentejí, Lobras, Molvizar, Otivar, Guadix, Rubite, Vargas, Santa Cruz, Baza, Freila, Iznallos, Algarinejo, Bubión, Busquistar, Izbor, Mecina, Mondujar, Nigüelas, Saleres, Tablones, Trevelez, Berchules, Canjayar, Picena, Turón, Valor, Yegen.....1

La población estudiada procede en su mayoría de zonas rurales; sólo el 29,8% residía en Granada capital.

C.- Estudio Laboral.-

El trabajo predominante en la mujer está estremente relacionado con las labores caseras, destacando las amas de casa, seguidas de empleadas del hogar.

Como vemos, aunque la mayoría proceden del

medio rural, no suelen encargarse personalmente de las labores agrícolas.

TRABAJO	Nº MUJERES	(%)
- Empleada de hogar	45	(4,50)
- S.L.	798	(79,80)
- Agrícola	10	(1,00)
- Industria	23	(2,30)
- Administrativo	30	(3,00)
- Intelectual	39	(3,90)
- Productos Químicos	13	(1,30)
- A.T.S.	26	(2,60)
- Otros	16	(1,60)

D.- Estudio Social.-

El mayor porcentaje de encuestadas se incluyen dentro de la clase social media-baja, especialmente de los grupos laborales de la agricultura y la construcción.

CLASE SOCIAL	Nº MUJERES	(%)
- Director	79	(7,90)
- Comerciante	43	(4,30)
- Obrero especializado	153	(15,30)
- Obrero cualificado	309	(30,90)
- Obrero no cualificado	416	(41,60)

E.- Estudio Racial.-

Tenemos un pequeño grupo , perteneciente a la raza gitana.

RAZA	Nº MUJERES	(%)
- Raza blanca	960	(96,00)
- Raza gitana	40	(4,00)

F.- Estudio del estado civil.-

La mayor parte de las mujeres estudiadas estaban casadas en el momento del parto.

ESTADO CIVIL	Nº MUJERES	(%)
- Soltera	42	(4,20)
- Casada	957	(95,70)
- Separada	1	(0,10)
- Viuda	0	(-)

2.- Antecedentes.-

2,1.- Fertelidad:

A.- Embarazos:

Nº EMBARAZOS	Nº MUJERES	(%)
- 1-3	790	(79,00)
- 4-6	180	(18,00)
- 7	30	(3,00)

B.- Abortos:

La mayor parte de la población estudiada no tenía ninguna pérdida reproductiva anterior.

Nº ABORTOS	Nº MUJERES	(%)
- No	837	(83,70)
- 1	121	(12,10)
- 2 ó más	42	(4,20)

2.2.- Patología.-

A.- Hijos con anomalías:

Nº HISTORIA	ANOMALIAS HIJOS ANTERIORES
- 6	1 hijo con esferocitosis.
- 26	" " " asma.
- 33	" " muerto sin saber la causa.
- 79	1 hijo muerto por IsoRh y otro epiléptico.

- 98..... C.I.R.
- 109..... C.I.R. muerto sin saber la causa.
- 134..... Muerto por cardiopatía.
- 146..... Muerto sin saber la causa.
- 147..... Muerto por IsoRh.
- 148..... Muerto sin saber causa.
- 149..... 2 muertos malformados.
- 182..... 1 muerto por circular apretada al cuello.
- 201..... Muerto anteparto.
- 207..... 5 muertos por IsoRh.
- 224..... Hipertiroideo+Retraso mental.
- 279..... Muerto anteparto.
- 421..... Gemelos muertos en parto.
- 439..... Muerto sin saber causa.
- 476..... Hidrocefalia.
- 482..... Prematuro muerto.
- 503..... Muerto sin saber causa.
- 541..... Retraso mental tras forceps.

B.- Heredofamiliar:

En algunas familias cabía la posibilidad de

heredar alguna patología previamente presente en algún otro miembro .

De entre las 1000 mujeres en 170 sucedía lo anteriormente expuesto, destacando aquellas patologías que a continuación se exponen:

a.- Diabetes:
- 104 madres
- 48 padres
- 10 hermanos
- 2 maridos

b.- Alteraciones mentales:
- 2 madres
- 2 hermanos

c.- Otros:
- 4 casos de malformación congénita
- 1 caso de esferocitosis (marido)
- 1 caso de asma (madre)
- 1 caso de epilepsia (padre)
- 1 caso de alteración familiar del cromosoma 6.
- 1 caso de paraparesia espástica familiar.
- 1 caso de sordera hereditaria
- 2 casos de poliquistosis renal familiar.
- 1 caso de estrabismo familiar
- 1 caso de hemofilia (padre)

Curiosamente, 12 casos presentaban más de un antecedente patológico familiar, siendo siempre uno de ellos la diabetes materna.

C.- Materna, previa al embarazo:

El 20,2% de las encuestadas presentaba enfermedad previa a la gestación, que ordenadas por órganos y aparatos eran:

PATOLOGIA	Nº MUJERES	(%)
- Cardiaca	11	(1,10)
- Vascular	7	(0,70)
- Pulmonar	11	(1,10)
- Digestiva	22	(2,20)
- Nerviosa	18	(1,80)
- Renal	5	(0,50)
- Genital	13	(1,30)
- Aparato locomotor	5	(0,05)
- Endocrina	41	(4,10)
- Infecciosa	6	(0,60)
- Sangre	2	(0,20)
- Otras	61	(6,1)

Como se observa, predominan las enfermedades endocrinas seguidas de las alteraciones digestivas

y nerviosas.

2.3.- Medicaci'on:

A.- Previa al embarazo:

De las 202 mujeres que habían presentado una patología previa al embarazo, sólo 139 seguían un tratamiento adecuado a su proceso.

TRATAMIENTO PREVIO	Nº MUJERES	(%)
- Sin tratamiento	861	(86,10)
- Con tratamiento	139	(13,90)

B.- Anticoncepción hormonal:

El 28,2% de las mujeres habían hecho anticoncepción hormonal previamente o la continuaba en la actualidad.

ANTICONCEPCION HORMONAL	Nº MUJERES	(%)
- Si	282	(28,20)
- No	718	(71,80)

a.- Tipo de anticoncepción: La más usada fue la píldora combinada.

TIPO ANTICONCEPTIVO	Nº MUJERES	(%)
- Microdósis	46	(4,60)
- Normal	169	(16,90)
- Trifásica	-	-
- Secuencial	3	(0,30)
- I.M.	10	(1,00)
- No recuerda	36	(3,60)
- No tomó	718	(71,80)

b.- Tiempo de ingesta: La mayoría estuvo tomándola aproximadamente un año.

TIEMPO DE INGESTA	Nº MUJERES	(%)
- 1 mes	17	(1,70)
- 1mes-1año	155	(15,50)
- 1 año-2años	38	(3,80)
- 2años-3años	26	(2,60)

c.- Intervalo entre la ingesta y el embarazo:

Hubo 18 mujeres que tomaron anticonceptivos durante el primer trimestre del embarazo al no tener conocimiento de su estado.

INTERVALO INGESTA-EMBARAZO	Nº MUJERES	(%)
- 1 año	97	(9,70)
- 1 año-6 meses	60	(6,00)
- 5 meses-1mes	93	(9,30)
- 1 trimestre	18	(1,80)
- 2 trimestre	-	-
- 3 trimestre	-	-
- No determinado	14	(71,40)
- No tomó	718	(71,80)

d.- Efectos secundarios de los anticonceptivos:

De las 282 mujeres que tomaron anticonceptivos aproximadamente la mitad manifestó algún tipo de molestias con el uso de los mismos.

EFECTOS SECUNDARIOS	Nº MUJERES	(%)

- No.....146.....(14,60)
- Sí, objetivos..... 41.....(4,10)
- Sí, subjetivos..... 72.....(7,20)
- Ambos..... 23.....(2,30)

3.- Estudio del embarazo actual.-

3.1.- Evolución:

A.- Primera visita. Periodo gestacional:

VISITA	Nº MUJERES	(%)
-Sí	983	(98,30)
-No	17	(1,70)

FECHA 1ª VISITA	Nº MUJERES	(%)
- 1 mes	215	(21,50)
- 2 mes	209	(20,90)
- 3 mes	250	(25,00)

- 4 mes.....120.....(12,00)
- 5 mes..... 88.....(8,80)
- 6 mes..... 53.....(5,30)
- 7 mes..... 36.....(3,60)
- 8 mes..... 9.....(0,90)
- 9 mes..... 4.....(0,40)
- Dudosa..... 16.....(1,60)

B.- Controles:

Nº CONTROLES	Nº MUJERES	(%)
- Ninguno	16	(1,60)
- Escasos	361	(36,10)
- Normales	595	(59,50)
- Frecuentes	28	(2,80)

C.- Ingresos:

INGRESO	Nº MUJERES	(%)
- Sí	131	(13,10)

- No.....869.....(86,90)

---

a.- Mes o meses de ingreso:

INGRESOS	Nº MUJERES	(%)
- 1 mes	5	(0,50)
- 2 mes	9	(0,90)
- 3 mes	12	(1,20)
- 4 mes	8	(0,80)
- 5 mes	8	(0,80)
- 6 mes	14	(1,40)
- 7 mes	27	(2,70)
- 8 mes	28	(2,80)
- 9 mes	39	(3,90)

Algunas mujeres ingresaron más de una vez, así tenemos:

Nº INGRESOS	Nº MUJERES	(%)
- 0	869	(86,90)

- 1.....112.....(11,20)
- 2..... 13.....(1,30)
- 3..... 3.....(0,30)
- 4..... 2.....(0,20)
- 5..... 1.....(0,10)

---

b.- Nº días totales de ingreso:

Nº DIAS	Nº MUJERES
- 0	869
- 1	3
- 2	5
- 3	4
- 4	5
- 5	3
- 6	4
- 7	28
- 8	8
- 9	4
- 10	10

- 11.....4

- 12.....4

- 13.....3

- 14.....4

- 15.....9

- 16.....4

- 17.....2

- 18.....2

- 19.....1

- 20.....3

- 21.....1

- 22.....1

- 23.....1

- 25.....3

- 30.....5

- 33.....1

- 34.....1

- 37.....1

- 40.....1

- 41.....1

- 43.....1

- 44.....2

- 45.....1

-150.....1

c.- Motivo-s de ingreso-s:

Nº HISTORIA	Nº INGRESOS	MESES INGRESO	DIAS TOTALES DE INGRESO	CAUSA
2	1	7	1	Cólico nefrítico
6	1	9	7	Prueba de Pose
10	1	9	3	R.P.M.
15	1	7	4	A.P.P.
44	2	2,9	20	1º)A.A. 2º)Hipertensión
46	1	5	10	Cólico nefrítico y contracción
48	1	7	15	Insuficiencia istmico cervical
56	1	4	10	Tiroidectomía más linfadenectomía

67	2	6,8	9		A.P.P.
73	1	6	8		Hidramnios y contracciones
85	2	4,7	2		1º)P.P. 2º)Hidramnios y P.P.
102	1	8	7		A.P.P.
121	1	8	30		Hipertensión
128	1	9	16		A.P.P. e Infección urinaria
146	1	7	6		A.P.P. y R.P.M.
149	2	3	21		Hiperemesis
154	1	9	20		Hipertensión grave
158	1	9	20		Anemia
159	1	9	15		Preeclampsia
160	2	3,9	9		Cólico nefrítico y A.A.
167	1	5	7		A.A.
175	2	7	3		Cólico nefrítico
176	1	8	25		A.P.P.
188	1	7	7		A.P.P.

190.....	1	3	10.....	Cólico nefrítico
196.....	1	2	4.....	A.A.
201.....	1	8	14.....	A.P.P.
207.....	2	8	33.....	Transfusión de sangre por IsoRh.
211.....	1	5	1.....	Cólico nefrítico
213.....	1	9	7.....	A.P.P.
214.....	1	7	7.....	A.P.P.
218.....	1	7	12.....	Cólico nefrítico y A.P.P.
238.....	1	8	25.....	A.P.P.
242.....	1	6	13.....	A.P.P.
244.....	1	6	8.....	A.P.P.
256.....	1	3	1.....	Hiperemesis
258.....	1	9	2.....	Inducción, R.P.M.
260.....	1	8	7.....	A.P.P.

282.....	1	8	14.....	A.P.P.
284.....	1	1	7.....	Infección de orina
286.....	3	7,8	44.....	Cardiopatía reumática
289.....	3	1,7,8	43.....	Dos A.A.e infección orina.
293.....	1	9	7.....	Cesárea electiva
302.....	1	7	14.....	Cistopielitis y A.P.P.
303.....	1	5	25.....	A.P.P.
308.....	1	2	15.....	A.A.
309.....	1	6	7.....	Placenta previa
313.....	1	1	3.....	Quiste de ovario (dolor)
317.....	1	9	7.....	Cistopielitis y A.P.P.
321.....	1	9	14.....	E.P.H.
325.....	2	6,7	18.....	A.P.P.

329 ..... 1 ..... 9.....7.....Inducción

337 ..... 1..... 9..... 15..... Hipertensión

377 .....1..... 8 ..... 11..... Pielonefritis

384 ..... 1 .....9.....22..... Placenta previa 3º grado

394.....1.....9.....7..... Distocia social

409.....1.....8.....7..... Placenta previa A.P.P.

418.....1 ..... 9.....16..... Hiperglucemia

421..... 1..... 9.....13..... Prodromos

434 .....1.....9.....7..... E.P.H.

449 .....1.....5.....11..... A.R.O

454 .....1.....3..... 7.....Eritema nodoso

461 .....1.....8.....14.....Placenta previa

462..... 1.....3.....7 ..... Colico nefrítico

464..... 1.....7.....10.....A.P.P.

468..... 1.....5..... 7.....Hiperemesis

487..... 1.....9.....10.....Cesarea electiva

493	1	3	18	A.A.
499	1	7	7	A.P.P.
521	1	9	2	Sospecha de C.I.R.
523	1	8	10	A.P.P.
526	1	2	10	Posible huevo huero
531	1	6	17	Cólico nefrítico
532	1	1	6	Hiperemesis
539	2	7	19	A.P.P.
540	1	4	9	A.A.
543	2	6,7	54	Cólico nefrítico A.P.P.
554	1	7	10	A.P.P.
575	1	8	12	A.P.P.
589	1	4	15	R.?.M.
599	1	9	23	Gestosis leve. Placentabaja
605	3	2,3,8	45	Diabetes B
609	1	8	13	Hipertensión

617.....	1.....	8.....	2.....	A.P.P.
625.....	1.....	7.....	1.....	Dolor lumbar
632.....	1.....	3.....	10.....	Pancreatitis aguda
636.....	1.....	7.....	6.....	Cólico nefrítico
637.....	1.....	2.....	12.....	Dolor neurítico costal
645.....	1.....	6.....	7.....	Urticaria
685.....	1.....	9.....	2.....	Prolongación delembarazo
693.....	1.....	9.....	11.....	Cesarea electiva
703.....	1.....	9.....	15.....	Distocia social
713.....	1.....	6.....	8.....	Sífilis
718.....	4.....	2,5,7,8.....	150.....	A.A.Utero bicorne Sacralización lumbar
720.....	1.....	4.....	5.....	A.A.
721.....	1.....	3.....	4.....	A.A.
745.....	1.....	6.....	7.....	Insuf.istmico cervical
751.....	1.....	9.....	16.....	Diabetes C
779.....	1.....	9.....	16.....	Metrorragia

800.....	1.....	4.....	4.....	Hiperemesis gravídica
803.....	1.....	8.....	8.....	Cesarea electiva
809.....	1.....	7.....	7.....	A.P.P.
816.....	2.....	8,9.....	8.....	Fisura de bolsa
817.....	1.....	9.....	7.....	Hipotiroidea Hipoparatiroidea
818.....	1.....	5.....	6.....	Fibroadenoma de mama
830.....	1.....	9.....	8.....	Hipertensión
832.....	2.....	9.....	17.....	A.A.
842.....	1.....	8.....	11.....	Fisura de bolsa
851.....	1.....	7.....	8.....	Varices vulvares(hemorragia)
869.....	1.....	9.....	7.....	E.P.H.
875.....	2.....	6,7.....	37.....	P.previa .R.P.M.
893.....	1.....	9.....	7.....	Sospecha de C.I.R.
907.....	2.....	3,4.....	30.....	Esterilidad 1ª
910.....	1.....	2.....	15.....	Placenta previa
911.....	1.....	9.....	7.....	Sarna,bradic.fetal

914..... 1.....7.....15..... A.A.Tardio

920..... 1.....9..... 7..... Distocia social

952..... 1.....9..... 7..... Placenta previa

959..... 1.....7.....12..... A.P.P.

965..... 1..... 8.....30..... A.A.P.

967..... 1.....6..... 5..... A.P.P.

969..... 1.....8.....44..... A.P.P.

971..... 1.....2..... 4..... A.A.

985..... 1.....8.....30..... A.P.P.

988..... 4..... 3,5,8.....41..... Estenosis mitral

995..... 1.....9.....9 ..... Distocia social

997..... 1.....8.....5 ..... Sufrimiento fetal

3.2.- Habitos:

A.- Tabaco-uso:

TABACO Y PRECONCEPCION	Nº MUJERES	(%)
-Si	288	(28'80)
-No	712	(71'20)

TABACO Y EMBARAZO	Nº MUJERES	(%)
-Si	177	(17'70)
-No	823	(82'30)

NUMERO DE CIGARRILLOS/DIA EN LA PRECONCEPCION	Nº MUJERES	(%)
-No	712	(71'20)
- 10 cigarrillos/dia	180	(18'00)
-mas de 10 cigarrillos/dia	108	(10'80)

NUMERO DE CIGARRILLOS/DIA EN EL EMBARAZO	Nº MUJERES	(%)
-No	823	(82'30)
- 10 cigarrillos/dia	145	(14'50)
-Mas de 10 cigarrillos/dia	32	(3'20)

TABACO	PRECONCEPCION	EMBARAZO
NO	712 (71'20 %)	823 (32'30 %)
≤10 cig/dia	180 (18 %)	145 (14'50 %)
>10 cig/dia	108 (10'80 %)	32 (3'20 %)

TABLA 7

Como podemos apreciar 111 mujeres que fumaban en fechas previas al embarazo, dejaron de hacerlo durante el mismo, así que solo fumaba el 17'7% de la muestra en el transcurso de la gestación y de estas solo un 322% consumia mas de 10 cigarrillos.(Ver tabla 7)

B.- Alcohol-uso:

Durante el embarazo bebían un 48,6% de las mujeres, pero sólo el 13,1% de forma habitual.

En el periodo gestacional, 43 mujeres dejaron de tomar bebidas alcohólicas.

ALCOHOL Y PRECONCEPCION	Nº MUJERES	(%)
- Sí	529	(52,90)
- No	471	(47,10)

TIPO DE USO DEL ALCOHOL EN LA PRECONCEPCION	Nº MUJERES	(%)
- No	471	(47,10)
- Esporádico	376	(37,60)
- Habitual	153	(15,30)
- Necesario	-	-

ALCOHOL	PRECONCEPCION	EMBARAZO
NO	**471** 47'10%	**514** 51'40%
ESPORADICO	**376** 37'60%	**355** 35'50%
HABITUAL	**153** 15'30%	**131** 13'10%

TABLA 8

ALCOHOL Y EMBARAZO	Nº MUJERES	(%)
- Sí	486	(48,60)
- No	514	(51,40)

TIPO DE USO DEL ALCOHOL EN EL EMBARAZO	Nº MUJERES	(%)
- No	514	(51,40)
- Esporádico	355	(35,50)
- Habitual	131	(13,10)
- Necesario	-	-

C.- Excitantes-uso:

Durante su embarazo, 34 mujeres dejaron de tomar bebidas cafeínicas; 29,8% tomaban café de vez en cuando y 32,1% lo hacían de forma habitual.

CAFE Y PRECONCEPCION	Nº MUJERES	(%)
- Sí	653	(65,30)
- No	347	(34,70)

EXCITANTES	PRECONCEPCION	EMBARAZO
NO	**347** 34'70%	**381** 38'10%
ESPORADICO	**294** 29'40%	**298** 29'80%
HABITUAL	**359** 35'90%	**321** 32'10%

TABLA 9

TIPOS DE USO DEL CAFE EN LA PRECONCEPCION	Nº MUJERES	(%)
- No	347	(34,70)
- Esporádico	294	(29,40)
- Habitual	359	(35,90)

CAFE Y EMBARAZO	Nº MUJERES	(%)
- Sí	619	(61,90)
- No	381	(38,10)

TIPOS DE USOS DEL CAFE EN EL EMBARAZO	Nº MUJERES	(%)
- No	381	(38,10)
- Esporádico	298	(29,80)
- Habitual	321	(32,10)

D.- Drogas-uso:

Sólo 9 mujeres afirmaron haber consumido

haschis durante la gestación.

DROGAS Y PRECONCEPCION	Nº MUJERES	(%)
- Sí	18	(1,80)
- No	982	(98,20)

TIPO DE DROGA USADA EN PRECONCEPCION	Nº MUJERES	(%)
- No	982	(98,20)
- Blandas	16	(1,60)
- Duras	-	-
- Ambas	2	(0,20)

DROGAS Y EMBARAZO	Nº MUJERES	(%)
- Sí	9	(0,90)
- No	991	(99,10)

TIPO DE DROGA USADA EN EL EMBARAZO	Nº MUJERES	(%)
- No	991	(99,10)

DROGAS	PRECONCEPCION	EMBARAZO
NO	982	991
BLANDAS	16	9
DURAS	0	0
AMBAS	2	0

TABLA 10

- Blandas ..... 9..... (0,90)
- Duras ..... -..... -
- Ambas ..... -..... -

Como resumen, observamos que lo más frecuente es el consumo de bebidas cafeínicas (619 de las gestantes hacían uso de este estimulante), seguido por el consumo de bebidas alcohólicas, fundamentalmente cerveza o vino (486 de las 1000 encuestadas).

Las mujeres que fuman durante el embarazo constituyen un grupo más pequeño (177 en total), mientras que sólo eran 9 las que consumían drogas.

Otro dato que merece especial atención es el hecho de que el consumo de cualquiera de los productos mencionados disminuye desde la preconcepción al embarazo.

PATOLOGIA Y SINTOMAS PRESENTES EN EL EMBAR.

	1ª PARTE	2ª PARTE
ANEMIA	157	489
DOLORES DE CABEZA	208	86
DOLORES EN BAJO VIENTRE	13	59
DOLORES DE MUELAS	48	104
DOLOR-CALAMBRE EN EXTREM. INF.	9	77
COLICOS HEPATICOS	4	3
COLICOS NEFRITICOS	9	29
OTROS DOLORES	10	15
INFECCION RESPIRATORIA	119	148
INFECCION URINARIA	30	94
INFECCION VAGINAL	30	72
INFECCION INTESTINAL	2	5
OTRO TIPO DE INFECCION	12	14
HIPERTENSION	4	40
CANSANCIO - ANOREXIA	22	10
NAUSEAS - VOMITOS	527	114
ARDORES - DISPEPSIA	175	681
ESTREÑIMIENTO	54	86
VARICES	53	86
EDEMAS EN EXTREM. INF.	4	70
HIPOTIROIDISMO	4	4
HIPERTIROIDISMO	3	3
ENF. CARDIACA.	6	6
LESIONES DERMICAS	10	15
INTERVENCION QUIRURGICA GINECOL.	0	1
INTERVENCION QUIRURG. NO GINECOL.	1	0
INSOMNIO-NERVIOSISMO-ANSIEDAD	41	93
DIABETES	32	32

TABLA 11

- DIABETES:
  - A: 29 casos
  - B: 2 casos
  - C: 1 caso

- METRORRAGIA:
  - 1º trimestre: 105 casos
  - 2º trimestre: 15 casos
  - 3º trimestre: 14 casos

3.3.- Patologia y cortejo sintomático .-

Como podemos observar, en la primera parte del embarazo, y por orden de frecuencia, los cuadros predominantes fueron:

1.- Nauseas y/o vómitos (52,7%)

2.- Dolores de cabeza (20,8%)

3.- Ardores (17,5%)

4.- Infecciones respiratorias (11,9%)

5.- Metrorrágias del 1º trimestre (10,5%)

Mientras, em la segunda parte del embarazo, la frecuencia de las diferentes afecciones fué:

1.- Ardores-dispepsias (68,1%)

2.- Anemia (48,9%)

3.- Infecciones respiratorias (14,8%)

4.- Nauseas y/o vómitos (11,4%)

5.- Dolores de muelas (10,4%)

6.- Infección urinaria (9,4%)

- La frecuencia de las nauseas y/o vómitos y de los ardores-dispepsias va en orden inverso conforme transcurre el embarazo, pues mientras las primeras van a la cabeza en la 1ª parte del embarazo, los segundos se incrementan ostensiblemente hacia el final de la gestación. Además, hay que añadir, que muchas de las nauseas y/o vómitos que aparecen en la 2ª mitad son secundarios a los sintomas dispépticos que por entonces presentaba la embarazada.

- Los dolores de cabeza disminuyen ostensiblemente conforme transcurre la gestación, presentándose en la 2ª parte solamente en un 8,6% de las embarazadas.

- La frecuencia de la anemia se duplica durante la 2ª mitad.

- Las infecciones respiratorias mantienen una frecuencia practicamente uniforme durante todo el embarazo.

- Los dolores de cabeza, en cambio, manifiestan un incremento importante durante la 2ª mitad, dónde prácticamente se duplican.

- Con respecto a la metrorragia que aparecía en el 1º trimestre de gestación, hay que decir que en un elevado porcentaje de casos no era alarmante, sino unas manchas de sangre que probablemente se debieran a la implantación del huevo.

- En nuestro grupo, las infecciones urinarias se triplican, en la 2ª mitad de la gestación. (ver tabla)

3.4.-Farmacos.-

A.- Número de mujeres que los consumen.-

Los fármacos mas utilizados en la primera parte del embarazo son por orden de frecuencia:

1.- A.I.N.E. ..... (31,4%)

2.- Antieméticos ..... (21,5%)

3.- Hierro ..... (18,7%)

4.- Vitaminas ..... (16,1%)

5.- Otros ..... (14,9%)

6.- Antiácidos ..... (12,1%)

7.- Psicofármacos..... (11,2%)

8.- Antibióticos ..... (10,1%)

En la segunda parte los porcentajes varian:

1.- Hierro ..... (50,4%)

2.- Antiácidos ..... (41,9%)

3.- Analgésicos ..... (31,3%)

4.- Vitaminas ..... (29,9%)

5.- Antibióticos ..... (17,6%)

6.- Psicofármacos ..... (17,5%)

7.- Otros..... (15,8%)

8.- Cálcio..... (12,4%)

- Los A.I.N.E. aunque pasan del primero al tercer lugar a lo largo del embarazo siguen siendo utilizados por el mismo porcentaje de mujeres.

- Los antieméticos se consumencuatro veces

mas en la primera parte de la gestación.

- El consumo de hierro asciende notablemente en la segunda paraate del embarazo lo cual va en concordancia con la aparicifn de anemia.

- Las vitaminas tambien se consumen mas en la segunda parte.

- Los otros fármacos usados pueden verse con detalle mas adelante. De ellos un 5% del total de mujeres necesitó gammaglobulina antirubeola en la primera parte del embarazo y un 6,4% antisépticos vaginales en la segunda parte del mismo.

- El consumo de antiácidos se ve incrementado casi en cuatro veces en la segunda parte.

- Los psicofármacos ascienden algo en su utilización hacia el final.

-Los antibióticos y antisépticos van en relación con los procesos infecciosos padecidos por la embarazada.

- El consumo de calcio está en relación con la aparición de molestias bucales.

MEDICAMENTOS USADOS DURANTE EL EMBARAZO		
	1ª PARTE	2ª PARTE
VITAMINAS	161	299
HIERRO	187	504
CALCIO	88	124
ANALGESICOS-ANTIINFLAMATORIOS	314	313
ANTIBIOTICOS-ANTISEPTICOS	101	176
DIURETICOS	5	21
PROGESTAGENOS	47	12
B-MIMETICOS	15	37
ANTIEMETICOS	215	57
ANTIACIDOS	121	419
PSICOFARMACOS	112	175
LAXANTES	50	80
VENOSTATICOS	21	49
CORTICOIDES	3	11
INSULINA	2	3
TIROIDEOS	5	4
CARDIOTONICOS	4	4
OTROS	149	158

TABLA 12

OTROS MEDICAMENTOS USADOS EN EL EMBARAZO

PRIMERA PARTE DEL EMBARAZO

Hª Nº	FARMACO USADO
20	Gammaglobulina antirubeola
27	Antisépticos vaginales
28	Antisépticos vaginales
32	Gammaglobulina antirubeola
34	Antisépticos vaginales
37	Vacuna antialérgica
60	Isoxuprina
68	Antisépticos vaginales
72	Antisépticos vaginales
77	Antisépticos vaginales
85	Mucolítico
91	Antitusígeno
117	Bendofeniazina
118	Antitusígeno
128	Antisépticos vaginales
	Antitusígeno
138	Antisépticos vaginales
140	Antitusígeno

142	Infección vaginal
143	Antisépticos vaginales
146	Antisépticos vaginales
147	Hipocolesterolemiante
153	Gammaglobulina antirubeola
162	Antisepticos vaginales
	Estrógenos y gestágenos.
165	Exfoliante
166	Antihipotensor
171	Antihipotensor
175	Antisépticos vaginales
178	Antisépticos vaginales
190	Antihipotensor
203	Gammaglobulina antirubeola
208	Gammaglobulina antirubeola
215	Gammaglobulina antirubeola
225	Antihipotensor
226	Gammaglobulina antirubeola
227	Vasodilatador
228	Gammaglobulina antirubeola
246	Antihipotensor
247	Gammaglobulina antirubeola
248	Gammaglobulina antirubeola
255	B-bloqueant

258	Antigripal
259	Antihipotensor
260	Antihipotensor
261	Vasodilatador
271	Antihipotensor
274	Antisépticos vaginales
282	Gammaglobulina antirubeola
284	Gammaglobulina antirubeola
293	Gammaglobulina antirubeola
294	Fenalgín (contraindicado)
298	Gammaglobulina antirubeola
299	Expectorante
307	Exfoliantes
308	Antisépticos vaginales
310	Antiácido
311	Gammaglobulina antirubeola
322	Hipocolesterolemiante
324	Gammaglobulina antirubeola
327	B-bloqueante-Antivertiginoso
328	Antisépticos vaginales
331	Antisépticos vaginales
337	B-bloqueante
342	Antihipotensor
348	Mucolítico

355	Antihipotensor
358	Gases anestésicos
374	Gammaglobulina antirubeola
380	Antisépticos vaginales
381	Antisépticos vaginales
	Antihipotensor
382	Antisépticos vaginales
408	Gammaglobulina antirubeola
414	Antihipotensor
420	Gammaglobulina antirubeola
424	Gammaglobulina antirubeola
438	Gammaglobulina antirubeola
442	Gammaglobulina antirubeola
449	Antisépticos vaginales
450	Gammaglobulina antirubeola
451	Gammaglobulina antirubeola
459	Colagogos y coleréticos
468	Antiespasmódicos
470	Antisépticos vaginales
509	Gammaglobulina antirubeola
512	Gammaglobulina antirubeola
537	Gammaglobulina antirubeola
538	Antisépticos vaginales
540	Gammaglobulina antirubeola

541	Gammaglobulina antirubeola
544	Antihipotensor
546	Antihipotensor
551	Antihipotensor
559	Gammaglobulina antirubeola
564	Gammaglobulina antirubeola
571	Antisépticos vaginales
584	Antisépticos vaginales
600	Antihipotensor
606	Gammaglobulina antirubeola
611	Antihipotensor
614	Antisépticos vaginales
636	Gammaglobulina antirubeola
637	Antisépticos vaginales
639	Gammaglobulina antirubeola
645	Antisépticos vaginales
648	Gammaglobulina antirubeola
657	Antihipotensor
658	Gammaglobulina antirubeola
667	Vasodilatador
671	Antigripal
673	Antihipotensor
675	Gammaglobulina antirubeola
685	Gammaglobulina antirubeola

694	Gammaglobulina antirubeola
695	Gammaglobulina antirubeola
722	Antihipotensor
725	Gammaglobulina antirubeola
735	Gammaglobulina antirubeola
740	Gammaglobulina antirubeola
746	Gammaglobulina antirubeola
761	Antigripal
801	Antihipotensor
816	Antitusígeno
821	Gammaglobulina antirubeola
825	Gammaglobulina antirubeola
838	Antihipotensor
841	Gammaglobulina antirubeola
851	Antihipotensor
856	Gammaglobulina antirubeola
	Antitusígeno
862	Antigripal
867	Antihipotensor
	Antisépticos vaginales
868	Antihelmíntico
871	Gammaglobulina antirubeola
874	Antitusígeno
886	Antisépticos vaginales

909	ClH - etilmorfina
933	Antihistamínico
936	Antisépticos vaginales
938	Antisépticos vaginales
952	Antisépticos vaginales
954	Antisépticos vaginales
956	Vacuna antialérgica
963	Gammaglobulina antirubeola
975	Estrógenos y progestágenos
988	Potasio
1000	Antisépticos vaginales

SEGUNDA PARTE DEL EMBARAZO

HªNº	FARMACO USADO
27	Antisépticos vaginales
36	Antisépticos vaginales
	Lavantes
43	Antisépticos vaginales
47	Antisépticos vaginales
48	Antisépticos vaginales
50	Antisépticos vaginales
51	Antihipotensor
52	Antisépticos vaginales
59	Antihipotensor
	Isoxuprina

69	Antigripal
81	Antisépticos vaginales
86	Potasio
101	Antihistamínico
	Potasio
121	B-bloqueante
129	Antisépticos vaginales
144	Antisépticos vaginales
153	Vasoconstrictor
166	Antihipotensor
173	Antisépticos vaginales
176	Antisépticos vaginales
177	Antisépticos vaginales
189	Antisépticos vaginales
197	Vasoconstrictor nasal
	Antigripal
203	Antisépticos vaginales
208	Antihipotensor
210	Gammaglobulina antirubeola
218	Antisépticos vaginales
224	Antisépticos vaginales
235	Balsámicos antigripales
256	Flebotónico local
257	Antisépticos vaginales

264	Gammaglobulina antiparotidea
283	Gammaglobulina antirubeola
	Antihipotensor
292	Antisépticos vaginales
303	Antihipotensor
315	Espectorante
325	Antisépticos vaginales
327	Antisépticos vaginales
328	Antisépticos vaginales
331	Antisépticos vaginales
337	B-bloqueante
341	B-bloqueante
348	Mucolítico
361	Antisépticos vaginales
365	Antisépticos vaginales
374	Antisépticos vaginales
380	Antisépticos vaginales
386	Gammaglobulina antirubeola
	Flebotónico local
400	Antitusígeno-antihistamínico
407	Flebotónico local
408	Antigripal-antihistamínico
414	Antisépticos vaginales
416	Expectorante

424	Antisépticos vaginales
	mucolítico
426	Antisépticos vaginales
428	I.D.U.
458	Antisépticos vaginales
459	Colagogos y coleréticos
462	Antisépticos vaginales
474	Antihipotensor
481	Antihipotensor
495	Antisépticos vaginales
512	Antisépticos vaginales
524	Flebotónico local
528	Antisépticos vaginales
538	Antisépticos vaginales
542	Antisépticos vaginales
544	Antihipotensor
546	Antihipotensor
548	Antitusivo
551	Antihipotensor
577	Antisépticos vaginales
584	Antisépticos vaginales
585	Magnesio
592	Antihistamínico
596	Antitusivo

601	Antitusivo
604	Antisépticos vaginales
607	Antihistamínico
619	Expectorante
623	Expectorante
629	Antitusígeno
632	Antihistamínico
635	Antisépticos vaginales
636	Vasodilatador
637	Antisépticos vaginales
641	Gammaglobulina antirubeola
645	Antihistamínico
649	Antigripal
651	I.D.U.
659	Expectorante
662	Antitusígeno
664	Antitusígeno
667	Vasodilatador
674	Antigripal
687	Trombocid
694	Antisépticos vaginales
695	Antisépticos vaginales
703	Antihipotensor
712	Antisépticos vaginales

718	Heparina
724	Antisépticos vaginales
730	Magnesio
733	Fluor
737	Antitusígeno
741	Gammaglobulina antirubeola
743	Diurético
749	Antisépticos vaginales
750	Magnesio
752	Antisépticos vaginales
756	Ekonazol tópico
757	Expectorante
762	Antihipotensor
766	Antigripal
767	Antisepticos vaginales
771	Antihipotensor
	Antitusígeno
778	Antigripal
786	Antisépticos vaginales
790	Antitusígeno
799	Antisépticos vaginales
800	Antitusivo
801	Antisépticos vaginales
805	Balsamicos antigripales

816	Antitusígeno
817	Antisépticos vaginales
829	Mucolítico
840	Antitusígeno
848	Antisépticos vaginales
849	Flebotónico local
850	Balsámico antigripal
851	Flebotónico local
854	Pomada antihemorroidal
862	Antigripal
865	Antisépticos vaginales
879	Antisépticos vaginales
881	Antisépticos vaginales
891	Antisépticos vaginales
915	Antigripal
919	Antitusígeno
920	Antisépticos vaginales
927	Antisépticos vaginales
930	Antitusígenos
931	Antisépticos vaginales
934	Antisépticos vaginales
944	Antisépticos vaginales
946	Antitusígeno
967	Antisépticos vaginales

973	Antisépticos vaginales
992	Mucolítico
994	Broncodilatador
996	Adsorbente intestinal
999	Broncodilatador

USO DE GAMMAGLOBULINA ANTIRUBEOLA.-

	Nº de mujeres
1ª Parte.-	50
2ª Parte.-	5

USO DE ANTIHIPOTENSORES.-

	Nº de mujeres
1ª Parte.-	24
2ª Parte.-	12

USO DE ANTISEPTICOS VAGINALES.-

	Nº de mujeres
1ª Parte.-	36
2ª Parte.-	64

USO DE COMPUESTOS EXPECTORANTES-MUCOLITICOS-ANTITUSIVOS.-

1ª Parte.-	14
2ª Parte.-	35

USO DE HIPOTENSORES.-

1ª Parte.-	2
2ª Parte.-	4

USO DE ANTIHISTAMINICOS.-

1ª Parte.- 1

2ª Parte.- 4

	AUTOMEDICACION Y PRESCRIPCION MEDICA					
	1ª PARTE			2ª PARTE		
	SI PRESCRITO	NO PRESCRITO	AMBOS	SI PRESCRITO	NO PRESCRITO	AMBOS
VITAMINAS	151	10	0	295	5	0
HIERRO	185	2	0	503	1	1
CALCIO	85	3	0	123	1	0
ANALGESICOS-ANTIINFL.	115	194	6	169	135	11
ANTIBIOTICOS-ANTISEP.	92	9	0	174	2	0
DIURETICOS	5	0	0	21	0	0
PROGESTAGENOS	45	2	0	12	0	0
B-MIMETICOS	15	0	0	37	0	0
ANTIEMETICOS	212	3	0	55	2	0
ANTIACIDOS	60	38	23	232	128	59
PSICOFARMACOS	107	4	1	171	3	1
LAXANTES	43	7	0	71	9	0
VENOSTATICOS	21	0	0	49	0	0
CORTICOIDES	3	0	0	11	0	0
INSULINA	2	0	0	3	0	0
TIROIDEOS	5	0	0	4	0	0
CARDIOTONICOS	4	0	0	4	0	0
OTROS	139	9	1	153	4	0

TABLA 13

B.- Automedicación y prescripción médica.-

Como podemos ver los fármacos mas prescritos en la primera parte del embarazo por orden de frecuencia fueron:

1.- Antianémicos.-.....21,2%

2.- Hierro.-.....18,5%

3.- Vitaminas.- 15,1%

4.- Otros.- 13,9%

5.- Analgésicos.-..... 11,5%

6.- Psicofármacos.- 10,7%

Aquellos fármacos mas utilizados sin prescripción médica son:

1.- A.I.N.E.- 11,5%

2.- Antiácidos.- 3,8%

3.- Vitaminas.- 1%

Los analgésicos en la primera parte del embarazo son los fármacos mas consumidos,pero pasan al quinto lugar cuando los clasificamos segun prescripción médica, puesto que son los mas utilizados sin dicha prescripción.

En la segunda parte del embarazo la frecuenciade prescripción de los diferentes fármacos es la siguiente:

1.- Hierro.-..... 50,3%

2.- Vitaminas.-..... 29,5%

3.- Antiácidos.-..... 23,2%

4.- Antibióticos.-..... 17,4%

5.- Psicofármacos.-..... 17,1%

6.- Analgésicos.-..... 16,9%

La automedicación fue debida principalmente a:

1.- Analgésicos.-.....13,5%

2.- Antiácidos.-..... 12,8%

3.- Laxantes.-..... 0,9%

De nuevo los analgésicos pasan a lugar inferior por su ingesta sin ser prescritos.

Los antiácidos tambien son usados sin prescripción previa con asiduidad a lo largo de todo embarazo.

	PERIODO GESTACIONAL (EN SEMANAS) DEL USO DE MEDICAMENTOS DURANTE EL EMBARAZO													
	ESPORADICO		1s.		1-4s.		5-8s.		9-12s.		13-16s.		17-20s.	
VITAMINAS	4	5	15	35	75	159	27	34	6	11	2	3	32	53
HIERRO	1	3	13	34	91	287	25	72	12	20	2	7	42	81
CALCIO	1	1	6	8	42	49	13	22	5	6	2	3	19	35
ANALGESICOS-ANTIINFL.	119	96	157	168	23	40	4	5	7	0	0	0	1	6
ANTIBIOTICO-ANTISEP.	4	3	59	90	32	76	3	3	0	1	0	1	2	1
DIURETICOS	0	0	0	6	1	7	0	1	0	2	0	0	4	5
PROGESTAGENOS	1	0	5	2	13	3	10	2	6	1	1	0	11	4
B-MIMETICOS	0	0	1	14	7	15	3	3	2	0	0	0	2	5
ANTIEMETICOS	4	5	13	3	55	9	32	10	45	3	14	2	52	24
ANTIACIDOS	75	279	3	20	9	25	1	12	2	6	0	0	31	77
PSICOFARMACOS	25	28	17	44	24	56	9	7	5	2	3	0	28	36
LAXANTES	30	50	3	12	4	6	2	1	2	0	0	0	9	11
VENOSTATICOS	2	5	0	2	6	13	7	10	0	4	0	0	6	15
CORTICOIDES	0	0	2	8	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0
INSULINA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3
TIROIDEOS	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	4
CARDIOTONICOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	4
OTROS	7	5	90	97	35	41	2	3	4	0	1	0	10	11

TABLA 14

C.-Duración del tratamiento.-

El periodo de tiempo durante el cual se está tomando un medicamento depende de la duración del proceso para el cual ha sido administrado, del tipo de fármaco , y sobre todode si ha sido prescrito o no por el médico.

Así, podemos ver por orden de frecuencia algunos de los medicamentos mas utilizados en un periodo de tiempo como aquellos:

- Medicamentos utilizados esporádicamente en la primera parte del embarazo:

1.- Analgésicos.-..... 11,9%

2.- Antiácidos.- 7 5%

3.- Laxantes.- 5%

4.- Psicofármacos.-..... 2,8%

- Medicamentos utilizados esporádicamente en la segunda parte del embarazo.

1.- Antiácidos.-.....27,9%

2.- Analgésicos.-..... 9,6%

3.- Laxantes.- 5%

4.- Psicofármacos.-..... 2,8%

Asi que, los analgésicos y antiácidos son los principales en estaclasificación, ahora bien, los primeros no suelen tomarse mucho tiempo seguido, mientras que los segundos si llegan a usarse durante

mas largos periodos.

4.- Estudio del parto.-

A.- Comienzo.-

COMIENZO DEL PARTO	Nº DE MUJERES	(%)
- Inducido.-	52	(5,20%)
- Estimulado.-	175	(17,50%)
- Espontaneo.-	705	(70,50%)
- 1 y 2.-	32	(3,20%)
- Cesarea.-	36	(3,60%)

B.- Final .-

FINAL DEL PARTO	Nº DE MUJERES	(%)
- Vaginal.-	766	(76,60%)
- Forceps.-	48	(4,80%)
- Vacuo.-	41	(4,10%)
- Cesarea.-	144	(14,40%)
- 2 y 3 .-	1	(0,10%)

C.- Fármacosintraparto.-

FARMACOS	Nº DE MUJERES	(%)
Ninguno.-	28	(2,8%)
Analgesia locoregional.-	587	(58,7%)
Analgesia total.-	220	(22%)
Benzodiacepina.-	98	(9,8%)
Occitocina.-	180	(18,%)
Utero-inhidores.-	0	(0%)
Otros.-	204	(20,4%)
Ergobasina.-	733	(73,3%)

5.- Objeto del parto.-

A.- Sexo.-

SEXO DEL R.N.	Nº CASOS	(%)
-Varon.-	521	(52,10%)
-Hembra.-	479	(47,90%)
-No claramente diferenciado.-	0	(0%)

B.- Edad gestacional.-

EDAD GESTACIONAL	Nº CASOS	(%)
- Edad gestacional desconocida	24	(2,4%)
- 252	39	(3,9%)
- 253-294	829	(82,9%)
- 295	108	(10,8%)

C.- Peso al nacer.-

PESO AL NACER	Nº CASOS	(%)
- 2500 gr	60	(6%)
- 2500-3000 gr	147	(14,7%)
- 3000-3500 gr	406	(40,6%)
- 3500-4000 gr	302	(30,2%)
- 4000 gr	85	(8,5%)

D.- Apgar al primero y quinto minuto.-

(Ver tabla)

APGAR	0-3	4-7	8-10
1º minuto	57 (5'7 %)	135 (13'5 %)	808 (80'8 %)
5º minuto	22 (2'2 %)	42 (4'2 %)	936 (93'6 %)

TABLA 15

E.- Talla.-

TALLA DEL R.N.(mm)	Nº CASOS	(%)
- 444	33	(3,3%)
- 445-449	1	(0,1%)
- 450-550	936	(93,6%)
- 551	30	(3%)

F.- Perímetro cefálico.-

PERIMETRO CEFALICO (mm)	Nº CASOS	(%)
- 320	37	(3,7%)
- 320-360	777	(77,7%)
- 361	186	(18,6%)

G.- Diámetro biparietal.-

DIAMETRO BIPARIETAL (mm)	Nº CASOS	(%)
- 89	168	(16,8%)
- 90-105	828	(82,8%)
- 106	4	(0,4%)

H.- Tipo de lactancia.-

LACTANCIA	Nº CASOS	(%)
- No.-	18	(1,8%)
- Natural.-	748	(74,8%)
- Artificial.-	108	(10,8%)
- Mixta.-	126	(12,6%)

I.- Resultado perinatal.-

RESULTADO PERINATAL	Nº CASOS	(%)
- Vivo.-	981	(98,1%)
- Muerte fetal.-	11	(1,2%)
- Muerte neonatal.-	8	(0,8%)

(Ver tabla)

J.- Morbilidad neonatal.-

MORBILIDAD NEONATAL	Nº CASOS	(%)
- Si	244	(24,4%)
- No	745	(74,5%)

MUERTE FETAL O NEONATAL PRECOZ

El orden de presentación de cada caso es el siguiente:

Nº DE HISTORIA;PUEBLO;SEXO;EDAD GESTACIONAL;PESO;PERIMETRO CEFALICO; DIAMETRO BIPARIETAL;MUERTE FETAL;ó NEONATAL PRECOZ.

--50,Salobreña,hembra,253,2810,32,8'5,muerte fetal.

--167,Salobreña,varón,160,630,muerte neonatal precoz a las 29 horas por insuficiencia respiratoria.

--244,Granada,varón,176,800,muerte neonatal precoz a las 15 horas.

--294,Peligros,hembra,271,3400,36,9,anoxia fetal intraútero por 3 circulares apretadas.

--319,La Rabita,274,2970,36,9,muerte fetal.

--331,Molvizar,hembra,-,2000,-,-,muerte fetal.

--546,Padul,varón,287,5500,-,-,muerte neonatal precoz a los 20 minutos.

--561,Atarfe,varón,181,750,-,-,muerte fetal(cabeza en saco de nueces).

--576,Salobreña,hembra,293,3200,-,-,muerte fetal(cabeza en saco de nueces circular apretada).

--611,Jaen,hembra,238,1650,24'5,5'5,muerte neonatal precoz por polimalformación(microcefalia,malf.renal,paladar hendido,pié equino,cifosis dorsal,timo ectópico).

--713,Churriana,varón,269,3000,-,-,muerte fetal(hemorragia pulmonar).

--823,Granada,hembra,281,3550,34'5,9,anoxia fetal intrauterina(aspiración pulmonar de líquido amniótico y meconio,hemorragias focales en timo y meninges,bazo ectópico.

--837,Pinos Puente,varón,291,3300,36'5,10,Muerte neonatalprecoz por sepsis fulminante(E. coli) y hemorragia pulmonar.

--33 Durcal,hembra,278,2100,-,-,muerte a las 12 horas de nacer por polimalformación(Poliquistosisrenal,anencefalia,hipoplasia suprarenal).

--156,Granada,varón,294,3480,36'5,9,fallece a las 40 horas de nacer por sepsis y C.I.D.,persistencia de circulación fetal.

--393,Gualchos,varón,112,-,-,muerte fetal.

--232,Granada,varón,278,3770,35,9'5,muerte fetal(atresia anal).

.....

RESULTADO NEONATAL

El orden de presentación de cada caso es el siguiente:

Nº DE HISTORIA;SEXO;EDAD GESTACIONAL;PESO;PERIMETRO CEFALICO;DIAMETRO BIPARIETAL ANOMALIA CONGENITA;OTRA ENFERMEDAD;TRAUMATISMO;HIPERBILIRRUBINEMIA SUPERIOR A 12 mg %.

--2,varón,298,4230,36,9'5,defecto en cuero cabelludo,hiperbilirrubonemia.

--5,hembra,265,3350,34,9,hiperbilirrubinemia.

--10,varón,302,2750 33,9,coartación aortica,poliglobulia sintomática.

--16,hembra,287,3490,36,10,imperforación de himen.

--18,hembra,294,4050,35,9'5,mugue[illegible].

--26,varón 280,4370,36,10,hernia inguinal,operada e infectada.

--28,hembra,256,2750,33,8'5,hiperbilirrubinemia.

--33,hembra,278,2100,anencefalia.poliquistosis renal.hipoplasia suprarrenal.asimetria facial.

--39,hembra,277,3000,34,8'5,fractura de clavícula.

--41,hembra,294,3890,35,9'5,dacriocistitis bilateral,muguet.

--44,hembra,301,3700,34,9'5,ano imperforado.

--48,varon,279,2750,32,9'5,coloboma,asimetria facial.

--51,varón,290,4530,37,10,hidrocele bilateral,fractura de clavícula.

--52,varón,278,2280,33,8,hipoglucemia.

--54,hembra,294,3200,35,10,fractura de clavícula,cefalohematoma,hiperbilirrubinemia.

--59 varón,273,3480,33'5,8,hiperbilirrubinemia.

--60,hembra,266,3410,36,9,hiperbilirrubinemia.

--61,hembra,290,2810,35,9'5,hipertermia.

--64,hembra,287,3180,36,10,hiperbilirrubinemia.

--72,varón,280,3840,37,10,hidrocele bilateral.

--81,varón,302,2650,33,8'5,hiperbilirrubinemia.

--83,varón,277,2660,33,8,hidrocele bilateral.

--89,varón,289,3060,35,9,hernia inguinal,pié equino varo bilateral.

--94,varón,294,3120,36,10,muguet,lesión temporo facial por forceps.

--98,hembra,290,2910,31,8'5,Síndrome de down.

--106,varón,280,4780,38,10'5,onfalitis.

--110,varón,288,4220,37,9,hiperbilirrubinemia.

--111,hembra,283,3200,35,9,hiperbilirrubinemia.

--116,varón,277,3650,35,9,fractura de clavícula.

--120,varón,252,2800,33,8'5,hiperbilirrubinemia.

--122,hembra,281,3920,36,9,fractura de clavícula izq.

--123,varón,286,3640,prolapso de cordón,sufrimiento fetal.

--124,hembra,267,2280,sufrimiento fetal agudo.

--129,varón,277,3750,36,9'5,dermatitis estafilocócica.

--131,hembra,286,3720,34,9'5,distress respiratorio tipo II.

--146,varón 231,1960,hiperbilirrubinemia.

--147,hembra,281,2150,33,8'5,crecimiento intrauterino retardado,muguet.

--149,varón,277,3430,35,10,hiperbilirrubinemia.

--154,hembra,273,3640,35,9,poliglobulia.

--156,varón,294,3480,36'5,9,ductus persistente,sepsis.

--162,varón,242,2060,32'5,8'5,poliglobulia,hipoglucemia.

--167,varón,160,630,insuficiencia respiratoria.

--170,hembra,289,3060,34,9'5,deformidad en ambos pies.

--174,varón,278,3980,36,9,cefalohematoma.

--181,varón,238,2410,32'5,8'5,hiperbilirrubinemia.

--187,hembra,294,4120,37,10'5,poliglobulia.

--188,hembra,280,3150,35,8'5,muguet.

--191,hembra,242,1920,pulmón humedo.

--200,varón,277,3470,36,9'5,fractura de clavícula der.

--205,varón,287,3300,37,9,cianosis,pulmón húmedo.

--207,hembra,238,2420,32,isoinmunización Rh.

--210,varón,280,3160,34,9,hidrocele bilateral.

--212,varón,258,3110,37,9,hiperbilirrubinemia.

--214,varón,fecha gestacional desconocida,2800,35'5,9,criptorquidia derecha.

--218,hembra,293,3600,36,10,muguet.

--219,hembra,fecha gestacional desconocida,3210,34,9,hiperbilirrubinemia.

--223,hembra,266,3230,34,9'5,muguet.

--224,hembra,276,2730,32,8,tetralogia de Fallot.

--228,hembra,284,4600,37,9'5,hiperbilirrubinemmia.

--231,varón,286,3790,38,9,,sufrimiento fetal agudo,hemorragia cerebral.

--232,varón,278,3770,35,9'5,atresia anal.

--233,hembra,289,3780,37,9,hiperbilirrubinemia.

--234,hembra,283,3460,34,11,comunicación interventricular.

--238,varón,263,3760,35,9'5,hiperbilirrubinemia.

--244,varón,176,800,muerto a las 15 horas de nacer.

--246,varón,259,3000,34,9,onfalitis,hiperbilirrubinemia.

--247,varón,280,4640,37,10,onfalitis.

--250,varón,301,3210,33,9,hiperbilirrubinemia.

--252,varón,265,3700,34'5,9'5,hidrocele,pulmón húmedo,poliglobulia,infección intestinal,hiperbilirrubinemia.

--255,hembra,256,3440,36'5,9,conjuntivitis purulenta,onfalitis.

--257,varón,294,3390,36,8'5,conjuntivitis purulenta.

--258,varón,277,2750,35,9'5,poliglobulia,hiperbilirrubinemia.

--264,hembra,289,4000,37,9'5,conjuntivitis purulenta.

--265,hembra,287,3900,36,9,hiperbilirrubinemia.

--269,varón,277,3540,36,9'5,muguet.

--274,hembra,278,3300,35'5,9,conjuntivitis purulenta.

--277,hembra,279,3370,35'5,9,conjuntivitis purulenta,parálisis facial.

--279,varón,250,2050,33'5,9,labio leporino y dientes congénitos.

--285,varón,280,4640,37,10,onfalitis.

--288,varón,284,3300,33,9'5,conjuntivitis.

--291,varón,283,3250,34,9'5,onfalitis.

--296,varón,296,3930,37,9'5,conjuntivitis.

--301,varón,289,3340,36,9'5,hidrocele bilateral,hiperbilirrubinemia.

--302,hembra,283,3600,36,10,conjuntivitis purulenta.

--304,hembra,273,3700,34,9'5,anemia.

--307,varón,290,3850,37,9'5,fractura de clavícula derecha.

--313,varón,256,2550,34,8'8,muguet,cefalohematoma,hiperbilirrubinemia.

--318,hembra,287,3060,33,9'5,conjuntivitis.

--328,hembra,279,3310,35,9'5,sepsis meningocócica.

--330,hembra,272,3510,36,9,onfalitis.

--334,varón,fecha gestacional desconocida,3520,34,9,hiperbilirrubinemia.

--345,hembra,287,3960,36'5,9,poliglobulia.

--346,varón,283,3100,34'5,9,hiperbilirrubinemia.

--347,varón,280,3750,37'5,9'5,sepsis,neumoperitoneo por ruptura del ángulo espléni-

co del colon,colostomia.

--364,hembra,278,3510,35,9,hidrocefalia.

--365,hembra,273,4200,35,9'5,parálisis facial alta reversible.

-366,hembra,298,3060,36,10,muguet,onfalitis.

--367,varón,261,3950,36,9'5,criptorquidia izquierda,conjuntivitis purulelnta.

--368,varón,280,3880,36,9'5,penfigoide infectado.

--369,hembra,239,3690,35,9'5,onfalitis.

--370,varón,289,3150,35,9,tetralogia de Fallot.

--371,hembra,289,3730,36,9,conjuntivitis purulenta,onfalitis.

--376,hembra,281,3010,sepsis,ileo intestinal,hemorragia digestiva,trombopenia.

--378,varón,276,3780,36,9'5,hiperbilirrubinemia.

--383,varón,287,3010,33,8'5,deposición mucosanguinolenta.

--386,varón,282,3580,36,9'5,hiperbilirrubinemia.

--391,hembra,282,3870,38,10,hiperbilirrubinemia.

--399,varón,281,3660,35,9'5,hiperbilirrubinemia.

--401,hembra,284,3470,35,9,onfalitis,hiperbilirrubinemia.

--402,varón,297,3580,38,9'5,cefalohematoma,hiperbilirrubinemia.

-408,varón,275,2930,34,9,fisura anal.

--409,varón,290,3210,34,8'5,infección conjuntival.

--410,varón,275,4140,38,10,hiperbilirrubinemia.

--413,varón,281,3520,35'5,9,onfalitis,fractura de clavícula.

--423,hembra,281,3010,sepsis.

--424,varón,279,3200,34,8'5,comunicación interventricular,rasgos toscos.

--427,hembra,272,3010,33,8'5,muguet,onfalitis,hiperbilirruinemia.

--428,hembra,261,2929,33'5,9'5,sepsis,muguet,fractura de clavícula,hiperbilirrubinemia.

--433,hembra,250,2620,31'5,8'5,hiperbilirrubinemia.

--438,hembra,292,3350,36,9,disóstosis múltiple,fusión mandibular,ano en anteversión.

--442,varón,296,3890,36,9'6,pulmón húmedo.

--455,varón,291,3380,34,9'5,distress respiratorio.

--460,varón,279,3050,36,9,hiperbilirrubinemia.

--466,varón,272,3760,36'5,9'5,conjuntivitis purulenta.

--467,varón,273,3080,35,9'5,fosita supracoxigea.

--469,hembra,262,3000,35,8'5,hiperbilirrubinemia.

--470,varón,278,3450,36,9,comunicaci'n interventricular.

--473,hembra,269,2610,34'5,8'5,poliglobulia,conjuntivitis purulenta.

--482,varón,257,3170,36,9,hiperbilirrubinemia.

--496,hembra,278,3130,31,8,hiperbilirrubinemia.

--507,varón,285,4300,35'5,9'5,poliglobulia,pulmón húmedo.

--514,hembra,247,2620,34'5,9,conjuntivitis purulenta.

--519,varón,276,3320,34'5,9,hiperbilirrubinemia.

--521,hembra,276,2470,34,8'5,crecimiento intrauterino retardado.

--523,varón,266,2930,4'5,8,conjuntivitis.

--528,varón,267,3240,34,9,hiperbilirrubinemia.

--531,hembra,288,3650,36,9,infección conjuntival.

--533,hembra,282,2060,33'5,8'5,crecimiento intrauterino retardado.

--539,varón,283,3090,33,9,hiperbilirrubinemia.

--542,varón,3760,36,9'5,fractura clavícula izquierda.

--552,hembra,276,3690,35,9,mioclonias persistentes.

--556,varón,253,2570,31,8,distress respiratorio tipo I.

--557,hembra,260,2600,34,8'5,onfalitis.

--558,hembra,291,3800,37,10,hiperbilirrubinemia.

--560,varón,276,4000,37,9,hipoglucemia,poliglobulia.

--566,varón,271.3300,36,9,conjuntivitis.

--567,hembra,259,3060,35'5,9,sepsis,hiperbilirrubinemia.

--575,varón,281,3240,36.9,frenillo en la lengua,pabellones auriculares de implantación baja,dedos de mano derecha cortos por ausencia de 3ª falange en 3º y 4º dedo.

--581,varón,245,2240,33,8,hiperbilirrubinemia.

--582,varón,288,4230,36,10,hiperbilirrubinemia.

--584,hembra,296,3790,36,9,onfalitis.

--585,varón,271,3300,36,9,onfalitis,hiperbilirubinemia.

--586,varón,243,2450,33,8,distress respiratorio.

--587,varón,275,2650,33'5,9,hiperbilirrubinemia.

--595,hembra,264,1650,32,8'5,crecimiento intrauterino retardado.

--598,varón,253,2380,34,8'5,hiperbilirubinemia.

--603,hembra,272,400C,34,9,hiperbilirrubinemia.

--605,varón,267,5000,38,10,hiperbilirrubinemia.

--610,hembra,259,3200,infección renal.

--611,hembra,238,1650,24'5,5'5,paladar hendido,microcefalia,malformación renal,pie derecho equino varo,cifosis dorsal,timo ectópico.

--613,varón,281,3250,34,9,sepsis.

--619,varón,269,3800,36'5,9'5,lesión facial por forceps.

--620,varón,294,3900,38,10,hiperbilirrubinemia.

--622,varón,293,3390,37,9'5,sepsis,onfalitis,hiperbilirrubinemia.

--625,hembra,293,3480,35'5,9'5,sepsis,hepatitis,encefalitis viral.

--634,varón,284,3780,34,9,megalocornea.

--645,varón,268,2420,33,9,hiperbilirrubinemia.

--649,hembra,fecha gestacional desconocida,4000,36,9'5,megalocornea,distress respiratorio,hiperbilirrubinemia.

--651,hembra,313,3500,35,9'5,neumotorax,neumomediastino.

--652,hembra,280,3160,34,9,angioma en brazo derecho.

--655,hembra,275,3330,33'5,9,conjuntivitis.

--658,varón,261,3000,33'5,9,cefalohematoma.

--659,hembra,270,2360,32'5,7,Crecimiento intrauterino retardado.

--661,varón,276,4710,38,10,hiperbilirrubinemia.

--662,varón,248,2120,32,7'5,hiperbilirubinemia.

--667,varón,281,3000,34,9,hiperbilirrubinemia.

--668,varón,277,3210,36,9'5,hiperbilirrubinemia.

--671,hembra,270,2450,33,7,sepsis.

--675,varón,283,3810,36,8'5,fractura clavícula derecha.

--676,varón,292,4360,35'5,9,frenillo en la lengua.

--682,varón,290,4040,38,9'5,sepsis,bronconeumonia.

--686,hembra,264,1650,32,8'3,crecimiento intrauterino retardado.

--687,hembra,284,4640,39'5,9,sepsis,poliglobulia,onfalitis,hiperbilirrubinemia.

--691,hembra,297,4160,36'5,9,conjuntivitis.

--695,varón,288,3680,36,9'5,conjuntivitis.

--696,hembra,213,1280,27,sepsis,conjuntivitis,distress respiratorio.

--703,hembra,309,2860,33,8,crecimiento intrauterino retardado.

--714,hembra,224,1400,29,7,plaquetopenia.

--722,varón,279,2890,32,8'5,comunicación interventricular,lesiones ampollosas en pene, fractura de clavícula.

--726,hembra,fecha gestacional desconocida,3190,34,9,megalocornea.

--729,hembra,287,2760,36,9,hiperbilirrubinemia.

--734,varón,280,3750,35,9,conjuntivitis,onfalitis.

--737,varón,295,4150,36'5,10,cefalohematoma y fractura de clavícula derecha.

--740,varón,283,2760,35,9,crecimiento intrauterino retardado,hiperbilirrubinemia.

--741,varón,276,3750,36,9'5,conjuntivitis.

--743,varón,237,1740,34,crecimiento intrauterino retardado,enterocolitis.

--751,hembra,265,3470,35,sepsis,distress respiratorio.

--753,varón,222,1900,32,conjuntivitis purulenta,hiperbilirrubinemia.

--759,hembra,274,2870,34,9,conjuntivitis.

--761,hembra,311,4040,36'5,9'5,conjuntivitis.

--762,hembra,272,1800,29,8,crecimiento intrauterino retardado.

--764,hembra,271,2980,34,8'5,hiperbilirrubinemia.

--770,hembra,279,3180,34'5,9'5,hiperbilirrubinemia.

--774,varón,292,3820,34,10,rinitis.

--783,hembra,271,2800,33,8,hiperbilirrubinemia.

--784,hembra,310,3460,35'5,9,onfalitis.

--787,hembra,281,3430,34,9,conjuntivitis.

--796,varón,307,3890,37,10,onfalitis.

--798,hembra,280,4030,36'5,9,onfalitis.

--803,varón,270,3670,36,10,onfalitis,hiperbilirrubinemia.

--808,varón,264,3000,35,8'5,penfigoide,hiperbilirrubinemia.

--811,hembra,280,2710,33,9,hiperbilirubinemia.

--820,varón,287,2900,33,8,conjuntivitis.

--824,hembra,281,3360,35,9,sepsis.

--829,varón,279,3210,34,9'5,hiperbilirrubinemia.

--830,varón,295,4200,38,10,pabellón auricular displáico,penfico en facies.

--833,hembra,269,3500,36,9,onfalitis,sepsis.

--836,varón,275,4400,38,conjuntivitis purulenta,onfalitis.

--837,varón,291,3300,36'5,10,sepsis,muerte por hemorragia pulmonar.

--840,hembra,273,3400,36,conjuntivitis,onfalitis,penfigoide.

--846,hembra,275,3230,36,9,hiperbilirrubinemia.

--847,hembra,287,3150,34,9'5,prolapso vaginal.

--848,hembra,273,3560,36,9,onfalitis,fractura de clavícula derecha,hiperbilirrubinemia.

--859,hembra,278,2460,33'5,9,conjuntivitis.

--860,varOn,290,3310,35'5,9,conjuntivitis.

--864,varón,271,2850,33,9,sindactilia del 2º y 3º dedo de ambos pies.

--865,hembra,274,3050,35,8'5,falta de fusión encia superior zona anterior.

--866,varón,274,3510,36,9,onfalitis.

--867,hembra,296,3350,36,9,sepsis,infección urinaria.

--869,varOn,263,3470,37,9,conjuntivitis,hiperbilirubinemia.

--872,varón,278,4080,38,10'5,onfalitis.

--873,hembra,283,3710,36,9'5, conjuntivitis purulenta.

--875,hembra,246,2570,33,8,hiperbilirrubinemia.

--876,varón,fecha de gestación desconocida,3520,35'5,9,hiperbilirrubinemia.

--877,varón,273,3770,35,9'5,hipospadias.

--878,varón,283,3570,38,10,cefalohematoma.

--880,varón,283,3500,35,8,conjuntivitis purulenta.

--881,hembra,290,3600,39,9'5,luxación congénita de cadera,tiraje costal,hiperbilirrubinemia.

--902,hembra,266,3670,36,9,fractura de clavícula derecha.

--904,hembra,296,3500,36,9'5,Síndrome de Poland(aplasia del pectoral derecho).

--913,hembra,308,3700,37,9,cefalohematoma.

--928,varón,301,3200,37,10,criptorquidia derecha.

--939,varón,261,3830,38,9,Síndrome de Pierre Robin(fisura palatina,fistula sacrococcigea,rostro dismórfico).

--959,varón,283,2870,35'5,9'5,dermatitis seborroide.

--960,hembra,302,4030,36,9'5,Síndrome de Rubinstein-Taybi(polidactilia en pies, sindactilia,retrognatia.

--971,hembra,282,3750,34'5,9'5,enterocolitis.

--973,hembra,287,3570,37,12,hipotonia en cuello.

--974,hembra,295,3430,36,9,Síndrome sin calificar(pabellón auricular dismorfico rasgos toscos,oblicuidad mongoloide.

--987,hembra,287,1900,29'5,comunicación interventricular,ductus arteriosus,sepsis.

--989,varón,263,3620,36'5,9'5,criptorquidia derecha.

--991,hembra,280,3360,37,9,hiperbilirrubinemia.

--992,varón,280,4480,42,10'5,muguet,hemorragia intracraneal.

--996,varOn,276,2800,33,9,Síndrome de Down.

--23,hembra,284,2260,32,8,Crecimiento intrauterino retardado, pequeño para la edad gestacional.

--37,hembra,294,3560,34,8'5,Crecimiento intrauterino retardado.

--140,varón,273,2020,32,8,pequeño para la edad gestacional.

.....

II) ANALISIS EPIDEMIOLOGICO. METODOLOGIA.

1ª ETAPA.- Análisis de las variables maternas asociadas al neonato como conjunto de parámetros (recien nacido global).

2ª ETAPA.- A) Análisis de las variables maternas asociadas a cada parámetro neonatal.

B) Análisis de las variables maternas en relación con la edad gestacional del recien nacido.

C) Análisis de las variables maternas en relación con el peso del recien nacido.

3ª ETAPA.- 1ª PARTE.- Correlación entre variables maternas y recien nacido global.

2ª PARTE.- Correlación entre variables maternas y edad gestacional del recien nacido.

3ª PARTE.- Correlación entre variables maternas y edad gestacional del recien nacido.

4ª ETAPA.- Busqueda de factores de confusión entre variables maternas y resultados neonatales.

1ª ETAPA

Tras considerar al recien nacido como un conjunto de 9 variables analizadas de forma global, obtuvimos 3 grupos diferentes de recien nacidos distribuidos de la siguiente forma:

1º Grupo.- Niño patrón o standard

2º Grupo.- Niño no patrón

Grupo aparte.- (U.R.N. materna desconocida)

GRUPO	Nº DE CASOS
1º	366
2º	610
APARTE	24

Todasy cada una de las variables maternas se cruzaron con los grupos 1º y 2º de recien nacidos encontrando asociación estadística significativa con 7 de ellas:

1.- Nº de abortos.

2.- Ingresos hospitalarios.

3.- Hipertensión en la 2ª parte del embarazo.

4.- Progestágenos en la primera parte del embarazo.

5.- Psicofármacos en la 2ª parte del embarazo.

6.- Comienzo del parto.

7.- Tipo de parto.

Como podemos apreciar en las tablas (16 a 22) estas variables maternas actuan como factor de riesgo para el niño standard, siendo mayor el riesgo que corre el recien nacido en el parto con un RR_1'42.

	NIÑO NO STANDAR	NIÑO STANDAR
1 Ó MAS ABORTOS	116	44
NINGUN ABORTO	494	322

8'16
0'01
1'20
1'06-1'36

TABLA 16

X^2
P<
RR
$\overline{RR}$-$\overline{RR}$

	NIÑO NO STANDAR	NIÑO STANDAR
INGRESOS	92	35
NINGUN INGRESO	518	331

6'15
0'05
1'19
1'04-1'36

TABLA 17

	NIÑO NO STANDAR	NIÑO STANDAR
HIPERTENSION 2ª P	30	8
NO HIPERTENSION 2ª P	580	358

X^2 4'56
P< 0'05
RR 1'28
$\underline{RR}$-$\overline{RR}$ 1'02-1'60

TABLA 18

	NIÑO NO STANDAR	NIÑO STANDAR
PSICOFARMACOS 2°P	121	52
NO PSICOFARMACO 2°P	489	314

4'96
0'05
1'15
1'02-1'30

TABLA 19

X^2
P<
RR
RR-RR

	NIÑO NO STANDAR	NIÑO STANDAR
PROGESTAGENOS 1ª P	36	11
NO PROGESTAGENO 1ª P	574	355

5'18
0'05
1'24
1'008-1'52

TABLA 20

	NIÑO NO STANDAR	NIÑO STANDAR
PARTO ESPONTANEO	210	81
PARTO NO ESPONTANEO	400	285

X^2 16'50
P< 0'001
RR 1'24
RR-RR 1'12-1'24

TABLA 21

	NIÑO NO STANDAR	NIÑO STANDAR
PARTO NO VAGINAL	187	45
PARTO VAGINAL	423	321

X^2 42'51
P< 0'001
RR 1'42
RR-RR 1'28-1'57

TABLA 22

VARIABLES MATERNAS QUE INFLUYEN SOBRE EL RECIEN NACIDO GLOBALMENTE

1.- Antecedentes: Nº abortos

2.- Evolución del embarazo: - Ingresos hospitalarios
- Hipertensión 2ª parte embarazo

3.- Fármacos usados en el embarazo: - Progestágenos
- Psicofármacos

4.- Desenlace del embarazo: - Comienzo del parto
- Tipo de parto

2ª ETAPA.- A

Cada variable materna asociada al recien nacido global, constituye un factor de riesgo para uno o varios parámetros estudiados en el.

Por tanto se hace un estudio por separado de cada variable materna asociada estadísticamente al recien nacido, de tal forma que obtenemos sobre que parámetro en concreto del recien nacido incide realmente.

- El número de abortos previos maternos presenta asociación estadística significativa con parámetros del recien nacido tales como morbilidad,talla y Apgar. Tablas 23 a 27

- Aquellas mujeres que tuvieron 2 ó mas abortos anteriores presentan un RR de 1'71 para tener hijos con alguna morbilidad de las anteriormente reseñadas en la parte descriptiva. Tablas 23

- Aquellas mujeres que tuvieron 1 ó mas abortos tienen un RR de 1'66 y 1'86 significativamente asociado a un APGAR bajo tanto al 1º como al 5º minuto respectivamente. Tabla 26 y 27

- La talla de los recien nacidos de estas madres presenta un RR de 2'21 para talla baja (menor de 45 cm.) y de 2'88 para la talla alta (mayor de 55 cm.). Tabla 24 y 25

	MORBILIDAD	NO MORBILIDAD
NINGUN ABORTO Ó MAS ABORTOS	17	25
	198	639

X^2 6'12
P< 0'05
RR 1'71
RR-$\overline{RR}$ 1'12-2'62

TABLA 23

	<44 cm.	44-55 cm.
1 Ó MAS ABORTOS	10	144
NINGUN ABORTO	24	792

4'83
0'05
2'21
1'09-4'47

TABLA 24

X^2
P<
RR
RR-RR

	>55 cm.	44-55 cm
1 Ó MAS ABORTOS	9	144
NINGUN ABORTO	21	792

4'65
0'05
2'28
1'08-4'81

TABLA 25

	APGAR 1' 0-7	APGAR 1' 8-10
1 Ó MAS ABORTOS	47	116
NINGUN ABORTO	145	692

11'65
0'001
1'66
1'24-2'24

TABLA 26

X^2
P<
RR
RR-RR

	APGAR 5' 0 7	APGAR 5' 8 10
1 Ó MAS ABORTOS	17	146
NINGUN ABORTO	47	790

5'28
0'05
1'86
1'1-3'15

TABLA 27

PARAMETROS DEL RECIEN NACIDO AFECTADOS POR EL Nº DE ABORTOS MATERNOS PREVIOS

1.- Talla (< 45 y > 55 cms)

2.- Apgar al 1º y 5º minuto

3.- Morbilidad

- Los ingresos realizados en el Hospital, en el transcurso del embarazo repercuten de forma significativa sobre la edad gestacional tanto para preterminales como para posterminales, sobre al APGAR al 1º y 5º minuto y sobre la talla elevada (mayor de 55 cm.). Tabla 28 a 32

- Las gestantes que ingresaron en el Hospital durante el embarazo tienen un RR de 2'16 de dar a luz niños preterminales, aunque tambien se pueden presentar posterminales ya que presentan un RR de 1'68. Tabla 28 y 29

- El APGAR de estos niños tiene un RR de disminuir al 1º minuto de 1'48 y RR de 2'21 al 5º minuto. Tabla 30 y 31

- La talla elevada se presenta con un RR de 3. Tabla 32

PARAMETROS NEONATALES ALTERADOS SEGUN EL Nº DE INGRESOS HOSPITALARIOS DURANTE EL EMBARAZO

1.- Edad gestacional: - Preterminal
- Posterminal

2.- Apgar al 1º y 5º minuto

3.- Talla > 55 cms

	PRETERMINO	A TERMINO
INGRESOS	9	97
NINGUN INGRESO	30	732

4'49
0'05
2'16
1'06-4'39

TABLA 28

X^2
P<
RR
RR-RR

	POSTERMINO	A TERMINO
INGRESOS	21	97
NINGUN INGRESO	87	732

5'21
0'05
1'68
1'08-2'61

TABLA 29

	APGAR 1' 0-7	APGAR 1' 8-10
INGRESOS	35	96
NINGUN INGRESO	157	712

5'49
0'05
1'48
1'07-2'05

TABLA 30

X^2
P<
RR
RR-RR

	APGAR 5' 0-7	APGAR 5' 8-10
INGRESOS	16	115
NINGUN INGRESO	48	821

8'51
0'01
2'21
1'30-3'77

TABLA 31

	>55cm.	44-55cm.
INGRESOS	9	117
NINGUN INGRESO	21	819

TABLA 32

X^2 7'84
P< 0'01
RR 3
RR-$\overline{RR}$ 1'37-5'96

- Cuando aparecen cifras tensionales indicativas de hipertensión gravídica, encontramos asociación estadística significativa con parámetros del recien nacido tales como el peso, el APGAR, el perímetro cefálico y la morbilidad neonatal. Tablas 33 38

- Los recien nacidos de madres hipertensas tienen un RR de 2'43 para presentar peso inferior a 2500 gr. y un RR de 2'32 para tener un peso superior a 4000 gr. Tabla 33 y 34

- Los niños de madres hipertensas pueden presentar tambien APGAR bajo tanto al 1º como al 5º minuto, pues tienen un RR de 1'74 y un RR de 2'48 respectivamente. Tabla 35 y 36

- Los hijos de embarazadas hipertensas tienen un RR de 1'91 de presentar alguna morbilidad al nacer. Tabla 37

- Los hijos de hipertensas presentan un RR de 1'73 de presentar perímetro cefálico elevado(mayor de 36) con respecto a los hijos de no hipertensas. Tabla 38

	PESO BAJO	PESO ADECUADO
HIPERTENSION 2ª P	5	28
NO HIPERTENSION 2ª P	55	827

4'13
0'05
2'43
1'03-5'73

TABLA 33

X^2
P<
RR
$\underline{RR}$-$\overline{RR}$

	PESO ELEVADO	PESO ADECUADO
HIPERTENSION 2ª P	7	28
NO HIPERTENSION 2ª P	78	827

5'31
0'05
2'32
1'13-4'75

TABLA 34

	APGAR 1' 0-7	APGAR 1' 8-10
HIPERTENSION 2ª P	13	27
NO HIPERTENSION 2ª P	179	781

4'75
0'05
1'74
1'05-2'87

TABLA 35

X^2
P<
RR
RR-RR

	APGAR 5' 0 7	APGAR 5' 8 10
HIPERTENSION 2ª P	6	34
NO HIPERTENSION 2ª P	58	902

5'14
0'05
2'48
1'13-5'45

TABLA 36

	MORBILIDAD	NO MORBILIDAD
HIPERTENSION 2ª P	18	22
NO HIPERTENSION 2ª P	226	734

X^2 9'59
P< 0'01
RR 1'91
RR-RR 1'27-2'88

TABLA 37

	>36 cm.	32-36 cm.
HIPERTENSION 2ª P	12	25
NO HIPERTENSION 2ª P	174	752

X^2 4'24
P< 0'05
RR 1'73
RR-RR 1'03-2'90

TABLA 38

PARAMETROS NEONATALES ALTERADOS ANTE LA PRESENCIA DE HIPERTENSION MATERNA EN LA SEGUNDA PARTE DEL EMBARAZO

1.- Peso (< 2500 y > 5000 grs)

2.- Apgar al 1º y 5º minuto

3.- Perímetro cefálico

4.- Morbilidad

- Aquellas gestantes que tuvieron necesidad de tomar progestágenos durante la primera parte del embarazo pueden dar a luz recien nacidos con alteración significativa de hasta seis parámetros como son la edad gestacional , el peso, el perímetro cefálico, el diámetro biparietal, la talla. Tabla 39 a 45

- Según la tabla 39 la ingesta materna de progestágenos puede asociarse a prematuridad con un incremento del RR de 5'49 , así mismo tambien se asocia al bajo peso siendo en este caso el RR de 4'44. Tabla 40

Ademas tambien se incrementa la posibilidad de tener disminuido el perímetro cefálico con un RR de 4'76. Tabla 41

- Tambien se incrementa el riesgo de presentar alterada la talla y el diámetro biparietal para la talla baja(mayor de 44 cm) el RR es de 4'73 para la talla alta (mayor de 55 cm) el RR es de 4'51 . Tablas 42 y 43

Con respecto al diámetro biparietal cuando es menor de 9 cm el RR es de 1'73 y cuando es mayor de 10'5 el RR es de 7'82 . Tabla 44 y 45

	PPETERMINO	A TERMINO
PROGESTAGENOS 1ª P	8	31
NO PROGESTAGENO 1ª P	31	798

24'39
0'001
5'49
2'79-10'78

TABLA 39

X^2
P<
RR
RR

	PESO BAJO	PESO ADECUADO
PROGESTAGENOS 1ª P	11	33
NO PROGESTAGENO 1ª P	49	822

25'66
0'001
4'44
2'5-7'91

TABLA 40

		<32 cm	32-36 cm
PROGESTAGENOS	1ª P	7	31
NO PROGESTAGENO	1ª P	30	746

X^2 17'67
P 0'001
RR 4'76
RR-$\overline{RR}$ 2'30-9'87

TABLA 41

	<44 cm.	44-55 cm.
PROGESTAGENOS 1ª P	6	36
NO PROGESTAGENO 1ª P	28	900

15'06
0'001
4'73
2'16-10'38

TABLA 42

X^2
P<
RR
RR-R̄R̄

	>55 cm.	44-55 cm.
PROGESTAGENOS 1ª P	5	36
NO PROGESTAGENO 1ª P	25	900

11'74
0'001
4'51
1'90-10'68

TABLA 43

	<9 cm	9-10'5cm
PROGESTAGENOS 1ª P	13	33
NO PROGESTAGENO 1ª P	155	795

4'46
0'05
1'73
1'04-2'88

TABLA 44

X^2
P<
RR
RR-$\overline{RR}$

	>10'5cm	9-10'5cm
PROGESTAGENOS 1ª P	1	33
NO PROGESTAGENO 1ª P	3	795

4'48
0'05
7'82
1'16-52'57

TABLA 45

PARAMETROS NEONATALES QUE SE ALTERAN TRAS LA INGESTA DE PROGESTAGENOS EN LA PRIMERA PARTE DEL EMBARAZO

1.- Edad gestacional: Preterminales

2.- Peso: Bajo peso

3.- Perímetro cefálico: < 32 cms

4.- Diámetro biparietal: < 9 y > 10,5 cms

5.- Talla: < 44 y > 55 cms

- Cuando se toman psicofármacos en la 2ª parte del embarazo se afectan parámetros del recien nacido tales como peso, APGAR, y se incrementa la aparición de morbilidad. Tabla 46 a 49

- El peso de los recien nacidos cuyas madres toman psicofármacos presenta un RR de 1'78 de ser superior a 4000 gr. Tabla 47

- El índice de APGAR puede dismminuir pues tiene un RR de 1'66 al 1º minuto y un RR de 1'99 al 5º minuto. Tabla 48 y 49

-Los niños de aquellas que toman psicofármacos en la 2ª parte del embarazo tienen incremento del RR en 1'37 para manifestar algún tipo de morbilidad frente a los hijos de aquellas que no los tomaron. Tabla 46

	MORBILIDAD	NO MORBILIDAD
PSICOFARMACOS 2°P	55	120
NO PSICOFARMACO 2°P	189	636

5'68
0'05
1'37
1'06-1'78

TABLA 46

X^2
P<
RR
$\frac{RR-\overline{RR}}{}$

	PESO ELEVADO	PESO ADECUADO
PSICOFARMACOS 2°P	23	139
NO PSICOFARMACO 2°P	62	716

6'32
0'05
1'78
1'14-2'79

TABLA 47

	APGAR 1' 0-7	APGAR 1' 8-10
PSICOFARMACOS 2°P	50	125
NO PSICOFARMACO 2°P	142	683

12'01
0'001
1'66
1'25-2'21

TABLA 48

X^2
P<
RR
$\frac{RR}{RR}$

	APGAR 5' 0 7	APGAR 5' 8 10
PSICOFARMACOS 2°P	19	156
NO PSICOFARMACO 2°P	45	780

7'03
0'01
1'99
1'20-3'31

TABLA 49

PARAMETROS NEONATALES ALTERADOS TRAS LA INGESTA DE PSICOFARMACOS EN LA SEGUNDA PARTE DEL EMBARAZO

1.- Peso: > 4000 grs

2.- Apgar al 1º y 5º minuto

3.- Morbilidad

- Existe asociación estadística significativa entre la variable comienzo del parto y la edad gestacional, el APGAR al 1º y 5º minuto, el perímetro cefálico y la talla del recien nacido. Tablas 50 a 54

- El comienzo del parto determina un incremento del RR de 1'65 para presentar recien nacidos posterminales en aquellos casos en que este no comience espontaneamente. Tabla 50

- El índice de APGAR puede disminuir tanto al primero como al 5º minuto pues manifiesta un RR de 2'29 y 1'74 respectivamente en aquellos partos de comienzo no espontaneo. Tabla 51 y 52

- El perímetro cefá ico de los recien nacidos de estas madres tiene un RR de 1'75 de ser superior a 36 cm. Tabla 53

- La talla de los recien nacidos de parto no espontaneo presenta un RR de 2'42 para ser mayor a 55 cm. con respecto a los de parto espontaneo. Tabla 54

	POSTERMINO	A TERMINO
PARTO NO ESPONTANEO	45	238
PARTO ESPONTANEO	63	591

X^2 7'61
P 0'01
RR 1'65
$\underline{RR}$-$\overline{RR}$ 1'16 2'36

TABLA 50

	APGAR 1' 0-7	APGAR 1' 8-10
PARTO NO ESPONTANEO	94	201
PARTO ESPONTANEO	98	607

43'26
0'001
2'29
1'79-2'94

TABLA 51

X^2
P<
RR
RR-$\overline{RR}$

	APGAR 5' 0 7	APGAR 5' 8 10
PARTO NO ESPONTANEO	27	268
PARTO ESPONTANEO	37	668

5'29
0'05
1'74
1'09-2'8

TABLA 52

	>36 cm.	32-36 cm.
PARTO NO ESPONTANEO	78	206
PARTO ESPONTANEO	108	571

17'15
0'001
1'73
1'34-2'23

TABLA **53**

X^2
P<
RR
RR-$\overline{RR}$

	>55 cm.	44-55 cm.
PARTO NO ESPONTANEO	15	268
PARTO ESPONTANEO	15	668

6'40
0'05
2'42
1'22-4'78

TABLA **54**

PARAMETROS NEONATALES ALTERADOS SEGUN EL COMIENZO DEL PARTO

1.- Edad gestac nal: Posterminales

2.- Apgar al 1º y 5º minuto

3.- Perímetro cefálico: > 36 cms

4.- Talla: > 55 cms

- La forma como finaliza un parto muestra relación significativa con la edad gestacional , el APGAR, el perímetro cefálico, la talla, y la morbilidad del recien nacido. Tabla 55 a 63

- Según la tabla 55 el RR para que se presenten recien nacidos posterminales según el parto finalice via vaginal ó no es de 1'48.

- El índice de APGAR tiene un RR de 6'4 para disminuir al 1º minuto y un RR de 6'25 si es al 5º minuto de nacer. Tablas 56 y 57

- El perímetro cefálico presenta un RR de 2'43 para ser menor de 32 cm., y un RR de 2'08 para ser mayor de 36 cm. si el parto no finaliza via vaginal. Tabla 58 y 59

- La talla tambien puede tener riesgo de sobrepasar tanto el extremo bajo como el alto, así existe un RR de 2'38 para talla inferior a 45 cm. y RR de 2'97 para talla superior a 55 cm. Tablas 60-61

- Con respecto a la presencia de alguna morbilidad en el recien nacido, manifiesta un RR de 1'34 cuando el parto no es vaginal y puede ser cualquier otra finalización, y cuando acaba como cesarea el RR es de 1'35. Tablas 62 y 63

	POSTERMINO	A TERMINO
PARTO NO VAGINAL	34	188
PARTO VAGINAL	74	641

TABLA 55

X^2 4'09
P 0'05
RR 1'48
$\underline{RR}$-$\overline{RR}$ 1'01 2'16

	APGAR 1' 0-7	APGAR 1' 8-10
PARTO NO VAGINAL	127	107
PARTO VAGINAL	65	701

242'23
0'001
6'4
5'06-8'08

TABLA 56

X^2
P<
RR
$\overline{RR}$-RR

	APGAR 5' 0 7	APGAR 5' 8 10
PARTO NO VAGINAL	42	192
PARTO VAGINAL	22	744

67'95
0'001
6'25
4'04-9'66

TABLA 57

	<32 cm	32-36 cm
PARTO NO VAGINAL	14	149
PARTO VAGINAL	23	628

7'67
0'01
2'43
1'30-4'96

TABLA 58

X^2
P<
RR
$\overline{RR}$-$\overline{R}\overline{R}$

	>36 cm.	32-36 cm.
PARTO NO VAGINAL	71	149
PARTO VAGINAL	115	628

30'69
0'001
2'08
1'60-270

TABLA 59

	<44 cm.	44-55 cm.
PARTO NO VAGINAL	14	206
PARTO VAGINAL	20	730

6'87
0'01
2'38
1'26-4'57

TABLA 60

X^2
P<
RR
$\overline{RR}$-$\overline{RR}$

	>55 cm.	44-55 cm.
PARTO NO VAGINAL	14	206
PARTO VAGINAL	16	730

10'04
0'001
2'97
1'51-5'81

TABLA 61

	MORBILIDAD	NO MORBILIDAD
PARTO NO VAGINAL	71	163
PARTO VAGINAL	173	593

5'85
0'05
1'34
1'06-171

TABLA 62

X^2
P<
RR
$\overline{RR}$-RR

	MORBILIDAD	NO MORBILIDAD
PARTO CESAREA	44	100
PARTO VAGINAL	173	593

4'24
0'05
1'35
1'01-1'8

TABLA 63

PARAMETROS NEONATALES ALTERADOS SEGUN LA FINALIZACION DEL PARTO

1.- Edad gestacional: Posterminales

2.- Apgar al 1º y 5º minuto

3.- Perímetro cefálico: < 32 y > 36 cms

4.- Talla: < 45 y > 55 cms

5.- Morbilidad

2ª ETAPA.- B

- Existe asociación estadística significativa entre aquellas madres que tenian menos de 20 años ó mas de 40 años, las habituadas al alcohol, las que presentaron nauseas en la 1ª parte del embarazo, infección de orina en la 2ª parte, las que no tomaron suplementos vitamínicos en la 2ª partedel embarazo , psicofármacos en la 1ª parte con respecto a la edad gestacional de sus recien nacidos. Tablas 64 a 70

- Según la tabla 64 la edad gestacional de aquellas madres con menos de 20 años o mas de 40 tiene un RR de 2'28 de ser preterminal.

- - La ingesta habitual de alcohol por gestantes constituye factor protector con RR de 0'52 de presentar partos preterminales. Tabla 65

- La presencia de nauseas en una gestante durante la 1ª parte del embarazo parece actuar como factor protector del embarazo preterminal con un RR de 0'52. Tabla 66

- Las infecciones de orina en la 2ª parte del embarazo actuan como factor de riesgo.(RR 1'74) para la aparición de gestación posterminal.Tabla 68

- Cuando no se dan suplementos vitamínicos en la 2ª parte del embarazo el RR de presentar un recien nacido preterminal es de 3'66 . Tabla 70

- Las mujeres que toman psicofármacos en la primera parte del embarazo tienen incrementado el riesgo de dar a luz recien nacidos tanto preterminales con RR de 3'31 como posterminales con RR de 1'88. Tabla 67 y 69

	PRETERMINO	A TERMINO
<20 ó >40	7	69
20-40	32	760

4'31
0'05
2'28
1'05-4'96

TABLA 64

X^2
P<
RR
$\overline{RR}$-$R\overline{R}$

	PRETERMINO	A TERMINO
ALCOHOL	13	413
NO ALCOHOL	26	416

4'05
0'05
0'52
0'98-0'27

TABLA 65

	PRETERMINO	A TERMINO
NAUSEAS 1ª P	14	439
NO NAUSEAS 1ª P	25	390

X^2 4'34
P 0'05
RR 0'52
RR-$\overline{RR}$ 0'96-0'27

TABLA 66

	POSTERMINO	A TERMINO
PSICOFARMA. 1ª P	20	81
NO PSICOFAR. 1ª P	88	748

7'59
0'01
1'88
1'20-2'94

TABLA 67

X^2
P<
RR
$\overline{RR}$-$R\overline{R}$

	POSTERMINO	A TERMINO
INF. ORINA 2ªP	17	74
NO INF. ORINA 2ª P	91	755

5'05
0'05
1'74
1'07-2'81

TABLA 68

	PRETERMINO	A TERMINO
PSICOFARMA. 1ª P	11	81
NO PSICOFAR. 1ª P	28	748

13'34
0'001
3'31
1'74-6'30

TABLA 69

X^2
P<
RR
$\frac{RR}{RR}$

	PRETERMINO	A TERMINO
NO VITAMINA 2ª P	27	303
VITAMINAS 2ª P	12	526

16'88
0'001
3'66
1'97-6'82

TABLA 70

VARIABLES MATERNAS QUE INCIDEN SOBRE LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIEN NACIDO

- Variables que afectan a los recién nacidos pretérmino:

  1.- Edad materna

  2.- Nº de ingresos

  3.- Uso de alcohol

  4.- Nauseas 1ª parte del embarazo

  5.- Ausencia de suplementos vitamínicos 2ª parte embarazo

  6.- Progestágenos 1ª parte del embarazo

  7.- Psicofármacos 1ª parte del embarazo

- Variables que afectan a los recién nacidos postérmino:

  1.- Nº de ingresos

  2.- Infección urinaria 2ª parte del embarazo

  3.- Psicofármacos 1ª parte del embarazo

  4.- Comienzo y final del parto

2ª ETAPA.- C

- Las variables maternas que inciden sobre el recien nacido de forma estadística significativa son la edad materna superior a 40 años, la ingesta de antieméticos en la 2ª parte del embarazo, el hábito alcohólico , el hábito de fumar, la gestación comprendida entre la 4ª y la 7ª, la ingesta de psicofármacos en la 1ª parte del embarazo y la de progestágenos en la 2ª parte del embarazo.Tablas 71 a 76

- Las madres mayores de 40 años pueden tener mayor posibilidad de dar a luz niños con mas de 4000 gr. ya que presentan un RR de 3'44 frente a la edad comprendida entre 20 y 40 años. Tabla 71

- Las gestantes que toman antieméticos tienen un RR de 1'86 para dar a luz niños de peso elevado (4000 gr.) con respecto a aquellas que no los toman. Tabla 74

- Las gestantes que fuman durante el embarazo tienen aumentado el riesgo de parir niños con bajo peso(menor de 2500 gr) , pues tienen un RR de 1'93 con respecto a las gestantes que no fuman. 73

- Cuando una embarazada se encuentra entre el 4º y 7º embarazo se incrementa la posibilidad de dar a luz niños con peso superior a 4000 gr., pues tienen un RR de 1'76 con respecto a las gestantes que estan entre su 1º y 3º embarazo. Tabla 72

- Cuando se ingieren psicofármacos en la 1ª parte del embarazo aparece un RR de 2'96 de dar a luz recien nacidos con bajo peso, con respecto a aquellas gestantes que no necesitaron dichos psicofármacos. Tabla 75

- Las gestantes que se ven en la necesidad de tomar progestágenos en la 2ª parte del embarazo tienen un RR de 4'76 de tener hijos de bajo peso al compararlos con aquellas que no hicieron uso de los mismos. Tabla 76

	PESO ELEVADO	PESO ADECUADO
> 40	6	14
20-40	75	784

10'56
0'01
3'44
1'63-7'23

TABLA 71

X^2
P<
RR
RR-RR

	PESO ELEVADO	PESO ADECUADO
4 ≥ 7 EMBARAZOS	23	147
1-3 EMBARAZOS	57	685

5'90
0'05
1'76
1'12-2'78

TABLA 72

	PESO BAJO	PESO ADECUADO
FUMA	18	148
NO FUMA	42	707

TABLA 73

X^2 6'08
P 0'05
RR 1'93
RR-$\overline{RR}$ 1'14-3'27

	PESO ELEVADO	PESO ADECUADO
ANTIEMETICOS 1ª P	29	176
NO ANTIEMETI 1ª P	56	679

X^2 8'3
P 0'01
RR 1'86
$\underline{RR}$-$\overline{RR}$ 1'22-2'83

TABLA 74

	PESO BAJO	PESO ADECUADO
PSICOFARMA. 1ª P	16	84
NO PSICOFAR. 1ª P	44	771

16'32
0'001
2'96
1'75-5'02

TABLA 75

X^2
P<
RR
RR-RR

	PESO BAJO	PESO ADECUADO
PROGESTAGE 2ª P	3	7
NO PROGESTA 2ª P	57	848

9'06
0'01
4'76
1'72-13'16

TABLA 76

3ª ETAPA.- 1ª PARTE

Se tomó una muestra de 50 casos elegidos al azar para establecer una escala de riesgo en la que poder mostrar que ciertas características asociadas al embarazo materno influyen sobre el resultado perinatal del recien nacido.

Las variables maternas elegidas fueron aquellas 7 que presentaron asociación estadística sobre la variable del recien nacidoo global:

1.- Nº de abortos.
2.- Ingresos hospitalarios.
3.- Hipertensión en la 2ª parte del embarazo.
4.- Progestágenos en la primera parte del embarazo.
5.- Psicofarmacos en la 2ª parte del embarazo.
6.- Comienzo del parto.
7.- Tipo de parto.

El valor de cad una de estas 7 variables es el RR que muestra en la sociación. Se representan estos valores por Xi y constituyen la variables independiente.

VARIABLES MATERNAS QUE INCIDEN SOBRE EL PESO DEL RECIEN NACIDO

- Variables que afectan a los recien nacidos de bajo peso:

  1.- Uso del tabaco

  2.- Hipertensión en la 2ª parte del embarazo

  3.- Psicofármacos en la 1ª parte del embarazo

  4.- Progestágenos en la 1ª parte del embarazo

  5.- " en la 2ª parte del embarazo

- Variables que afectan a los recien nacidos de peso elevado:

  1.- Edad materna por encima de 40 años

  2.- mas de cuatro embarazos previos

  3.- hipertensión en la 2ª parte del embarazo

  4.- Antieméticos en la 2ª parte del embarazo

  5.- Psicofármacos en la 2ª parte del embarazo

El procedimiento a seguir fue estalecido de tal forma que el valor de Xi era la suma algebraica de los factores de riesgo y de los factores protectores. Al RR de cada factor de riesgo se le restó la mitad (Valor nulo de riesgo) y al RR de cada factor protector para poder expresarlo en la misma escala que los factores de riesgo, se invierte (1/RR) y se le resta la unidad (valor nulo) considerandolos entonces con signo negativo.

El valor de las variables del recien nacido eran todas aquellas que podian verse influidas por los factores de riesgo materno:

- Edad gestacional
- Peso
- APGAR al 1º y 5º minuto
- Talla
- Perímetro cefálico
- Diámetro biparietal
- Resultado perinatal
- Morbilidad

A estas variables se las consideró como Yi o variables dependientes de los factores de riesgo maternos.

Se valoró con un punto a todas aquellas variables del neonato que se apartaban de la categoria de niño standard, con la excepción de tres puntos con que se puntuaba la presencia de una malformación congénita y diez puntos si el niño nacia muerto o moria en la primera semana del nacimiento.

De esta forma un niño standard puntuaria (0) mientras que un niño no standard podria adquirir como mínimo un punto y como máximo 20.

Los casos elegidos fueron: 3, 18,26,30,43,69, 113,140,164,166,231,254,263,287,306,356,357,399,403, 431,459,470,528,553,548,559,565,566,570,577,583,590, 591,632,662,685,699,704,719,720,735,763,772,788,852, 890,902,976,982,987.

Xi.- Variable materna.

Yi.- Variable del recien nacido.

Xi	Yi
0	0
0'41	2
0'55	7
0	0
0'19	0
0	1
0	0
0'33	3
0	0
0	0
0'5	4
0'1	0
0	0
0'57	3
0'64	0
1'04	1
0'57	4
0'43	1
0'1	1
0'19	2
0'14	0
0'14	4
0'1	1

ℓ = O'4809

A= 2'9116

B= 0'50

Xi	Yi
0'28	1
0	0
0'14	0
0'57	4

Xi	Yi
0'19	1
0	0
0'14	1
0	0
0	1
0	0
0	1
0'1	0
0	0
0'1	0
0'19	0
0	4
0'19	1
0	0
0'19	0
0'1	0
0'6	3
0'29	2
0	0
0'14	0
0'99	1
0'1	0
0	1

No aparece fuerte asociación entre las diferentes variables maternas , cuando estas se presentan conjuntamente con respecto a las variables del recien nacido sobre las que dichas variables maternas actuan separadamente de forma significativa. Con el coeficiente de determinación de 0'4809 podria establecerse una nube de puntos algo densa, pero no una linea de regresión ideal.

3ª ETAPA.- 2ª PARTE

Posterior a este análisis se realizaron otros dos destinados a verificar si variables tan importantes como peso y edad gestacional del recien nacido se afectan cuando la madre presenta factores de riesgo o protectores asociados a los mismos:

Para ello se eligieron, en base a muestreo estratificado aleatorio otras muestras constituidas por:

- 10 casos de niños nacidos a término que corresponden a los números de historia: 43,113,164, 231,254,459,528,591,704,772.

- 15 casos de niños preterminales que corresponden a los números de historia: 162,120,581,191, 586,209,179,207,662,146,181,720,611,935,940.

- 15 casos de niños posterminales que corresponden a los números de historia: 2,14,104,121,128,563,171 165,161,158,193,584,211,287,555.

Los factores de riesgo maternos elegidos fueron aquellos que demostraron tener asociación estadística con la edad gestacional del recien nacido.

1.- Edad materna.
2.- Ingresos.
3.- Consumición de alcohol en el embarazo.
4.- infección urinaria en la 2ª parte del embarazo.
5.- Nauseas en la primera parte del embarazo
6.- No ingestión de vitaminas en la 2ª parte del embarazo.
7.- Progestágenos utilizados en la 1ª parte del embarazo.
9.- Psicofármacos en la 1ª parte del embarazo.

9.- Comienzo del parto.

10.- Finalización del parto.

Cada uno toma el valor del RR que le correspon de.

1.- RR=2'28 para preterminales.

2.- RR=2'16 para preterminales y 1'68 para posterminales.

3.- RR=0'52 para preterminales.

4.- RR= 1'74 para posterminales.

5.- RR'0'52 para preterminales.

6.- RR=3'66 para preterminales.

7.- RR=5'49 para preterminales.

8.- RR=3'31 para preterminales y RR=1'88 para posterminales.

9.- RR=1'65 para posterminales.

10.- RR=1'48 para posterminales.

Los valores del recien nacido fueron los correspondientes a los dias de gestación en que nacieron con respecto a la U.R.N. materna, y se consideran como variable dependiente Yi
Ajustando estos valores a cada caso el procedimiento que se siguió fue idéntico a la anterior recta de regresión.

Xi	Yi
1'73	275
-1'84	266
-0'92	274
-0'36	286
1'08	287
-0'19	274
4'59	267
0'65	293
1'28	287
0	260
2'66	242
3'94	252
-1'84	245
2'09	242
1'73	243
7'61	245
-1'84	250
3'94	238
5'1	248
0'65	298

$\rho = 0'1809$

Xi	Yi
10'69	231
-0'92	238
5'20	249
2'66	238
2'66	242
2'66	233
0	298
0'65	296
0	298
2'07	307
1'42	300
0'74	299
1'53	297
0'54	308
0'74	307
0'68	303
0	298
1'22	296
1'42	300
0'48	305

No parece que las variables maternas que independientemente se presentan como factores que afectan la edad gestacional del recien nacido cuando se dan conjuntamente incrementan su accón o actuan dei forma sinérgica sobre dicha edad gestacional, pues presentan un coeficientede determinación de 0'1809 con el cual no se puede representar ninguna linea de regresión, pues es muestra de dispersión de datos.

3ª ETAPA.- 3ª PARTE

Existen una serie de circunstancias en el embarazo materno que afectan al peso del recien nacido y para comprobar si cuando se dan conjuntamente en un embarazo condicionan en el mismouna mayor alteración en el peso (efecto sinérgico) se seleccionaron por muestreo aleatorio estratificado 40 casos:

- 10 casos de niños nacidos con peso adecuado al standard entre 2500 y 4000 gr, que corresponden a los números de historia: 3,30,43,69,113,164,166, 231,254,263,.

- 15 casos de niños con pesos inferiores a 2500 gr , que corresponden a los números de historia: 162,581,191,209,207,662,124,140,147,146,181,595,720 935,987.

- 15 casos de niños con pesos superiores a 4000 gr que corresponden a los números de historia: 2,582,110,133,555,187,594,213,18,26,621,553,615,607 602.

Al igual que en los análisis precedentes la variable materna Xi fue tratada con idénticas reglas. En este caso las variables maternas que mostraron asociación estadística con el peso fueron:

1.- Edad superior a 40 años.
2.- 4-7 embarazos previos.
3.- Consumo de tabaco durante el embarazo.
4.- Hipertensión en la 2ª parte del embarazo.
5 - Uso de progestágenos en la 1ª parte del embarazo.
6.- Uso de progestágenos en la 2ª parte del embarazo.
7.- Uso de antieméticos en la 1ª parte del embarazo
8.- Uso de psicofármacos en la primera parte del embarazo.

Los valores de dichas variables fueron los RR que manifestaron en las tablas anteriores de la etapa 2ª .- B

1.- RR= 3'44 para el peso elevado.

2.- RR= 1'76 para el peso elevado.

3.- RR=1'93 para el bajo peso

4.- RR= 2'43 para el bajo peso y
RR= 2'32 para el peso elevado.

5.- RR= 4'44 para el bajo peso.

6.- RR= 4'76 para el bajo peso.

7.- RR= 1'86 para el peso elevado.

8.- RR= 2'96 para el bajo peso.

9.- RR= 1'78 para el peso elevado.

Las variables Yi corresponden al peso del recien nacido de cada caso elegido.

Xi	Yi
0'93	3350
0'93	3180
0'76	3680
0'86	2670
0	2900
0'93	3180
1'79	3530
0	3790
0	3640
0'86	3660
0	2060
0	2240
1'79	1920
6'33	2210
0	2420
0'93	2120
2'21	2280
1'96	2020
2'4	5000
0	4300

φ = 0'0283

Xi	Yi
0'46	2150
5'4	1960
0	2140
1'96	1650
7'36	2300
0	2100
0	1900
0	4230
0'76	4230
0	4220
0	4080
0	4100
1'64	4120
1'64	4320
1'24	4780
0'86	4050
3'98	4370
0	4560
3'2	4240
1'32	4350

No existe correlación entre la variable estudiadas que afectan al peso del recien nacido, ya que con un coeficiente de determinación de 0'0283 , no se puede establecer una linea de regresión Vemos por tanto que cuando se dan simultaneamente en un embarazo aquellos factores que por separado han demostrado asociación significativa y riesgo para el peso del recien nacido no se incrementa el efecto sobre el mismo.

4ª ETAPA

En ella hemos intentado encontrar factores de confusión que pudiesen actuar distorsionando algunos resultados finales.

Como posibles factores de confusión hemos elegido:

- Consumo de tabaco durante el embarazo.
- Consumo de alcohol " " "
- Edad materna " " "

Con ello queriamos ver si variaban los efectos "sorprendentes" de la interacción de:

- la presencia de nauseas en la 1ª parte del embarazo y su efecto sobre la edad gestacional.
- La aparición de infección urinaria en la 2ª parte del embarazo y su relación con la edad gestacional.
- Del consumo de vitaminas en la 2ª parte del embarazo y la repercusión del mismo sobre la edad gestacional del niño.

- Del uso de psicofármacos en la 1ª y 2ª parte del embarazo y su repercusión sobre el peso del recien nacido.

- La presencia de nauseas en la primera parte del embarazo constituia un RR de 0'52 para la edad gestacional de los pretérminos.
- La aparición de infección urinaria en la 2ª parte del embarazo constituia un RR de 1'24 para la edad gestacional del recien nacido postérmino.
- Cuando no se consumen vitaminas en la 2ª parte del embarazo el RR es 4'21 para la edad gestacional preterminal.
- El uso de psicofármacos en la primera parte del embarazo tenia un RRde 2'96 para el bajo peso.
- El uso de psicofármacos en la 2ª parte del embarazo tiene un RR de 1'78 para el peso elevado.

- La relación existente entre nauseas y edad gestacional(sobre todo en pretérminos) se estratificó por la variable hábito de fumar y se observó que dentro del grupo de mujeres fumadoras, las que presentaron nauseas alcanzaron un RR de 0'28 frente al riesgo de 0'56 que presentaron las que tenian nauseas dentro del grupo de no fumadoras y diferente de 0'52 global. Tabla 77 y 78

- Cuando se estratificó por la variable consumo de alcohol se observó que aquellas consumidoras de alcohol que presentaban nausea tenian un RR de 5'08 frente al RR de 0'04 de las no bebedoras con nausea. Tabla 79 y 80

- Si estratificamos la variable nausea mediante la edad materna se aprecia que las menores de 20 años tienen un RR de 0'71 , las mujeres comprendidas entre 20 y 40 años tienen un RR de 0'42 y las mayores de 40 años RR de 0'93. Tabla.81,82 y 83

- En definitiva, el alcohol podemos ver que actua como factor de confusión, pues cuando una mujer con nauseas ingiere alcohol de forma habitual estas pasan de su factor protector a ser un factor de riesgo para la aparición de gestaciones de recien nacidos preterminales aunque nc de forma significativa

FUMA

PRETERMINO	A TERMINO
2	70
8	72

3,21
0,0
0,28
0,68-1,12

TABLA 77

NAUSEAS 1º P	
NO NAUSEAS 1º P	
X^2	
P<	
RR	
$\underline{RR}$-$\overline{RR}$	

NO FUMA

PRETERMINO	A TERMINO
11	370
17	318

2,27
0,0
0,56
1,19-2'59

TABLA 78

ALCOHOL

PRETERMINO	A TERMINO
7	68
7	346

10,54
0,01
5,08
1,90-13,59

TABLA 79

NAUSEAS 1º P

NO NAUSEAS 1º P

X^2
P<
RR
$\underline{RR}$-$\overline{RR}$

NO ALCOHOL

PRETERMINO	A TERMINO
6	372
18	44

77,62
0,001
0,04
0,02-0,08

TABLA 80

		<20 AÑOS		20-40		>40	
		PRETER	A TERM	PRETER	A TERM	PRETER	A TERM
NAUSEAS 1ª P		3	32	10	404	0	4
NO NAUSEAS 1ª P		3	22	21	357	1	11
X^2		0,19		5,17		0,002	
P		0,0		0,05		0,0	
RR		0,71		0,42		0,93	
RR-$\overline{RR}$		0,16 - 3,24		0,20 - 0,89		0,046 - 18,70	
N°		81		82		83	

- Al estratificar la infección de orina en la 2ª parte del embarazo en la relación con la edad gestacional posterminal mediante la variable hábito tabáquico observamos que las fumadoras que presentaron infección urinaria en la 2ª parte ª tenian un RR de 3'10 , frenteal 1'53 de las no fumadoras que tambien padecieron dicha infección mientras que el riesgo global de todas aquellas que presentaron infección urinaria en la 2ª parte - para dar a luz niños postérmino fue de 1'24. Tabla 84 y 85

- Cuando se estratifica por consumo de alcohol las habituadas al mismo con inf. urinaria 2ª parte tienen un RR de 1'82 frente a 1'45de las no habituadas y con la misma infección. Tabla 86 y 87

- Si estratificamos por la variableedad mater-la las menores de 20 años tenian un RR de 1'87 y las comprendidas entre 20 y 40 años presentaron un RR de 1'75 mientras que no hubo nigún caso entre las mayores de 40 años. Tabla 88,89,90.

- En definitiva, vemos que el tabaco actua como factor de confusión, parece ser que aquellas fumadoras que presentan infección de orina en la 2ª parte del embarazo tienen doble riesgo practicamente de dar a luz niños posterminales, aunque no de forma significativa.

FUMA

POSTERMINO	A TERMINO
4	10
17	132

3'34
0'0
3'10
0'92 - 10'47

TABLA 84

INF. ORINA 2ºP

NO INF. ORINA 2º P

X^2
P<
RR
RR-$\overline{RR}$

NO FUMA

POSTERMINO	A TERMINO
12	65
75	622

1'61
0'0
1'53
0'64-2'27

TABLA 85

ALCOHOL

POSTERMINO	A TERMINO
8	36
42	378

277
0'0
1'82
0'90 - 3'67

TABLA 86

INF. ORINA
2ª P

NO INF. ORINA
2ª P

X^2
P<
RR
RR-$\overline{RR}$

NO ALCOHOL

POSTERMINO	A TERMINO
8	39
50	376

1'09
0'0
1'45
0'73 - 2'90

TABLA 87

		<20 AÑOS		20-40		>40	
		POSTER	A TERM	POSTER	A TERM	POSTER	A TERM
INF. ORINA 2ºP		1	4	15	71	0	0
NO INF. ORINA 2º P		6	50	83	689	3	15
X^2		0,39		3,42			
P		0,0		0,0		0,0	
RR		1,87		1,75			
RR-RR		0,26 - 13,20		0,97 - 3,18			
Nº		88		89		90	

- El RR global de presentar una gestación preterminal en aquellas mujeres que no toman suplementos vitamínicos en la 2ª mitad de la gestación es 4'21.

Al estudiar los factores de confusión que actuan sobre la relación ausencia de suplementos vitamínicos en la 2ª parte del embarazo y gestación preterminal, cuando se estratificamediante la variable uso de tabaco se observa que el riesgo que presentan las mujeres fumadoras que no toman suplementos vitamínicos es de 4'02 frente a 4'17 de aquellas no fumadoras que tampoco lo toman. Tabla 91 y 92

- Aquellas que ingieren alcohol habitualmente y no reciben aportes suplementarios de vitaminas presentan RR de 8'16 frente al RR de 2'29 de mujeres no habituadas al alcohol que tampoco tomaron vitaminas. Tabla 93 y 94

- Si estratificamos las edades de las mujeres , las menores de 20 años que no reciben aporte vitamínico tienen un RR de 8'5 , las comprendidas entre 20 y 40 años tienen un RR de 3'68 y las mayores de 40 años un RR de 3 . Tabla 95,96 y 97

- En definitia, el consumo de alcohol duplica de forma significativa el riesgo de presentar una gestación pretérminal, así mismoocurre en aquellos casos en que la gestante tenga menos de 20 años y ambas asociaciones son estadísticamente significativas.

FUMA

PRETERMINO	A TERMINO
9	96
1	46

2'19
0'0
4'02
0'64 - 25'46

TABLA 91

NO VITAMINA 2º P

VITAMINAS 2º P

X^2
P<
RR
$\overline{RR}$-$\overline{RR}$

NO FUMA

PRETERMINO	A TERMINO
18	207
10	480

14'53
0'001
4'16
2'00 - 8'70

TABLA 92

ALCOHOL

PRETERMINO	A TERMINO
8	62
5	352

19'93
0'001
8'16
3'25 - 20'50

TABLA 93

NO VITAMINA 2º P	
VITAMINAS 2º P	
X^2	
P<	
RR	
$\frac{RR}{\overline{RR}}$	

NO ALCOHOL

PRETERMINO	A TERMINO
19	241
6	174

3'12
0'0
2'29
0'91 - 5'12

TABLA 94

		<20 AÑOS		20-40		>40	
		PRETER	A TERM	PRETER	A TERM	PRETER	A TERM
NO VITAMINA	2ª P	5	20	21	276	1	7
VITAMINAS	2ª P	1	34	10	484	0	8
X^2		4'68		12'53		0'57	
P		0'05		0'001		0'0	
RR		8'5		3'68		3	
RR-$\overline{RR}$		1'22 - 59'05		1'78 - 7'58		1'71 - 52'40	
N°		95		96		97	

- Cuando se estratifica la relación consumo de psicofármacos en la 1ª parte del embarazo y Recien nacido de peso bajo mediante la variable consumo de tabaco se comprueba la existencia de un RR de 0'85 en aquellas fumadoras que tomaron psicofármacos y un RR de 6'48 en las no fumadoras que tambien los consumieron, diferente del RR 2'96 global. Tabla 98 y 99

- Las gestantes habituadas al alcohol que tomaron psiscofármacos en la 1ª parte del embarazo tienen un RR de 1'21 frente al de 5'72 de aquellas que tomaron psicofármacos y noconsumieron alcohol. Tabla. 100 y 101

- La estratificación por edades maternas nos da unos RR de 2'33 ,3'66, 2'8 en mujeres menores de 20 años, entre 20 y 40 y mayores de 40 años respectivamente. Tabla 102, 103, 104.

- En definitiva, aquellas mujeresconsumidoras de psicofármacos en la 1ª parte del embarazo que no fuman o no consumen alcohol, así como las comprendidas entre 20 y 40 años tienen de forma significativa un mayor riesgo de dar a luz niños de bajo peso.

FUMA

	PESO BAJO	PESO ADECUADO
PSICOFARMA. 1ª P	2	19
NO PSICOFAR. 1ª P	16	129

0'043
0'0
0'85
0'18 - 3'99

TABLA 98

X^2	32'63
P<	0'001
RR	6'48
$\frac{RR}{\overline{RR}}$	3'41 - 12'32

NO FUMA

	PESO BAJO	PESO ADECUADO
PSICOFARMA. 1ª P	14	66
NO PSICOFAR. 1ª P	21	642

TABLA 99

ALCOHOL

PESO BAJO	PESO ADECUADO
3	44
21	374

0'092
0'0
1'21
0'34 - 4'23

TABLA 100

PSICOFARMA. 1º P

NO PSICOFAR. 1º P

X^2
P<
RR
$\frac{RR}{\overline{RR}}$

NO ALCOHOL

PESO BAJO	PESO ADECUADO
13	41
22	397

24'68
0'001
5'72
2'87 - 11'39

TABLA 101

		<20 AÑOS		20-40		>40	
		PESO BAJO	PESO ADECUADO	PESO BAJO	PESO ADECUADO	PESO BAJO	PESO ADECUADO
PSICOFARMA.	1º P	2	7	14	77	0	1
NO PSICOFAR.	1º P	6	49	35	708	2	14
X^2		0'85		16'60		0'30	
P		0'0		0'001		0'0	
RR		2'33		3'66		2'8	
$\overline{RR}$-$\overline{RR}$		0'40 - 13'55		1'96 - 6'85		0'074 - 105'58	
Nº		102		103		104	

- Si estratificamos la variable psicofármacos 2ª parte del embarazo y recien nacido de peso elevado con respecto al consumo de tabaco, encontramos un RR de 2'15 para dar a luz un recien nacido de peso elevado entre aquellas mujeres que fumaron durante su embarazo y tuvieron que ingerir psicofármacos en la 2ª parte frente a RR de 1'80 de aquellas no fumadoras que tomaron psicofármacos. Tabla 105 y 106

- Las habituadas al alcohol que ingirieron psicofármacos presentaron un RR de 1'21 mientras que las no habituadas al alcohol que tambien hicieron uso de estos medicamentos tienen un RR de 2'78 . Tabla 107 y 108

- Cuando estratificamos por edades matenas las menores de 20 años presentaban un RR de 3'33 , las comprendidas entre 20 y 40 años presentan un RR de 1'93 y las mayores de 40 años un RR de 0'22 diferente de 1'78 global. Tabla 109,110,111.

En definitiva las menores de 20 años que consumen psicofármacos en la 2ª parte del embarazo tienen doble riesgo de presentar recien nacidos de peso elevado que las mujeres del conjunto total, aunque no de forma significativa, mientras que si se da esta significación, incrementandose algo el riesgo de dar a luz niños de peso elevado entre aquellas consumidoras de psicofármacos que no fuman o no beben o tienen edades comprendidas entre 20 y 40 años .

FUMA

PESO ELEVADO	PESO ADECUADO
3	22
8	126

1'18
0'0
2'15
0'54 - 8'52

TABLA 105

PSICOFARMACOS 2°P

NO PSICOFARMACO 2°P

X^2
P<
RR
$\frac{RR}{\overline{RR}}$

NO FUMA

PESO ELEVADO	PESO ADECUADO
19	116
54	596

4'40
0'0
1'80
1'04 - 3'14

TABLA 106

ALCOHOL

PESO ELEVADO	PESO ADECUADO
9	75
34	344

0,24
0,0
1,21
0,56 - 2,64

TABLA 107

PSICOFARMACOS 2°P

NO PSICOFARMACO 2°P

X^2
P<
RR
$\underline{RR}$-$\overline{RR}$

NO ALCOHOL

PESO ELEVADO	PESO ADECUADO
13	63
28	378

8,55
0,01
2,78
1,40 - 5,53

TABLA 108

		<20 AÑOS		20-40		>40	
		PESO ELEVADO	PESO ADECUADO	PESO ELEVADO	PESO ADECUADO	PESO ELEVADO	PESO ADECUADO
PSICOFARMACOS 2°P		1	5	20	125	1	8
NO PSICOFARMACO 2°P		3	50	55	665	4	7
X^2		1'01		5'76		1'60	
P		0'0		0'05		0'0	
RR		3'33		1'93		0'22	
$\underline{RR}$-$\overline{RR}$		0'32 - 34'66		1'13 - 3'31		0'02 - 2'30	
N°		109		110		111	

D I S C U S I O N

El tema sobre el cual versa la presente tésis doctoral, tiene dos características fundamentales:

1.- El estudio de una serie de parámetros especialemente controvertidos y actuales dentro del campo de la Perinatología..

2.- La intención de realizar un análisis epidemiológico exhaustivo de la muestra obtenida, con la intención de obtener conclusiones válidas y significativas.

Desde un punto de vista estrictamente epidemiológico, la muestra ideal estaría constituida por 15000 casos, lo que permitiría la realización de tantas estratificaciones como se consideraran necesarias.

Sin embargo, se han elegido 1000 casos, por ser inaccesible en el tiempo, para nosotros, el alcanzar el número anteriormente citado.

No obstante, es nuestra intención, el ampliar el presente estudio en los próximos años, considerando esto como una labor de equipo de tipo multicéntrico, es decir, repartiendo la en-

cuesta a aquellos centros, a nivel de todo el Estado, relacionados con la Perinatología, y, siendo planificado y ejecutado por un equipo, que podría estar compuesto por epidemiólogo, ginecólogo, pediatra, estadístico y sociólogo.

La muestra elegida permite, no obstante, el cumplimiento de los principales objetivos de este trabajo, que no son otros que los de analizar las costumbres de nuestra población, siendo la directriz fundamental del trabajo la de conocer los hábitos de consumo y fármacos utilizados durante el embarazo.

La encuesta recoge, además, otra serie de datos interrelacionados, unos con la gestación y otros con el resultado perinatal.

La elección del objetivo base se explica cuando observamos que cada población tiene unas características específicas, que le son propias y, que la hacen diferente a cualquier otra, siendo las costumbres culturales y el status socioeconómico quienes determinan, en gran medida, la forma de vida de los integrantes de un determinado núcleo

social.

Como medio para alcanzar el fin propuesto se ha utilizado una encuesta, ideada y realizada por nosotros, que pretende recoger el mayor número de factores (con todas las ventajas e inconvenientes que esto conlleva) que pueden presentarse en un embarazo, alterando su curso, y consecuentemente, el resultado perinatal.

La base teórica de nuestro estudio se cimenta en EL ANTEPROYECTO PARA EL ESTUDIO SOBRE HABITOS Y USO DE FARMACOS EN EL EMBARAZO, que, en 1980 presentaron el Dr. Pérez Bonilla* y el Dr. Beliztzky.**

La encuesta tipo, mencionada anteriormente y ya desglosada a fondo en el apartado de material y métodos, que ha servido para la recogida de los datos, fué seleccionada entre las dos posibilidades que a continuación se exponen:

* Clínica Ginecológica "B".

** Consulta OPS/OMS en el CLAP.

Los datos han sido recogidos a traves de una encuesta tipo, ya desglosada a fondo en el apartado de material y métodos, que fue seleccionada entre las dos posibilidades que a continuación se exponen:

- Una de ellas consistia en confeccionar un diario para que lo rellenase la ambarazada tras la toma de cada medicamento, así, al terminar la gestación se tendria un seguimiento detallado del tipo y de la fecha exacta en que fueron ingeridos los diferentes fármacos o productos objetos del estudio.

Este tipo de encuessta fue elegida,por ejemplo, en el Hospital General de Rochester(NY),seleccionandose 67 pacientes privadas que aceptaron libremente colaborar con el estudio durante el último trimestre del embarazo BLEYER y cols - 1970 -.

Llama inmediatamente la atención el número tan reducido de casos elegidos, así como el sesgo que indudablemente supone cualquier elección que no sea al azar, máxime en este caso en el que todas las encuestadas pertenecian a un elevado nivel sociocultural, ademas el estudio se limita al análisis de la media del consumo de fármacos en el último trimestre de la gestación, no entrando

en el estudio ningun dato del recien nacido.

Un trabajo similar fue realizado en el Centro médico de UCLA (California) con 129 pacientes, todas ellas fueron entrevistadas previamente por un farmaceutico y se les informó de como rellenar el diario antes de su entrega (BODENDORFER-1979).

Igualmente el número de casos es inferior al nuestro, aunque en este estudio se controlan todas las drogas usadas en el embarazo.

Concluyen finalmente que muchas de ellas no constarian en la habitual historia hospitalaria si no se hubiese hecho este control desde el principio.

Nosotros consideramos esta posibilidad, pero pensamos que una buena anamnesis al comienzo del embarazo y controles seriados como los que venimos haciendo en nuestro servicio pueden ser tambien muy útiles.

- La segunda posibilidad , que ha sido mas factible para nosotros y es la que hemos llevado a cabo, consiste en realizar la encuesta a la embarazada mientras esta permanece en la sala de puerperas, con ello existe la posibilidad de

elegir mayor número de pacientes y ademas salvar el bajo nivel educacional de la mayoria.

rrente a esta ventaja está el inconveniente de que en gran parte se basa en el recuerdo de la memoria materna, que se suple en parte porque se constatan muchos datos con la historia obstétrica actual que la paciente tiene en nuestro servicio a lo largo de su gestación.

Este método con variantes de número de casos y temática se ha realizado por otros muchos autores. (HERVIAS-1983-),(BUNCHER-1969),(PRADA-1983-),------ (DOMENECH-1983).

Nuestro grupo tiene su propia entidad diferenciandose de cualquier otro. Los 1000 casos estan representados principalmente por la población rural granadina de mujeres jóvenes en edad fertil,casadas, previamente sanas,entre su primer y tercer embarazo, (Ver descriptiva), por tanto es una muestra representativa de la población granadina que se asiste en el Hospital Clínico de Granada - madres e hijos-

En la siguiente tabla pueden apreciarse características de otros estudios.

TABLA COMPARATIVA DE DIFERENTES ESTUDIOS.-

ORDEN SEGUIDO EN LA EXPOSICION: AUTOR; AÑO; Nº DE CASOS; TIPO DE ENCUESTA; TITULO Y TEMA; RECIEN NACIDO ; CIUDAD.

UGALDE -1983-,11,retrospectiva,drogadicción, si-edad gestacional San Sebastian.

NORA-1967-,240,prospectiva,teratógenos potenciales,si-teratogénesis,Houston.

BLEYER-1970-,67,diario personal prospectivo,uso de fármacos y gestación,no-uso de fármacos,New New york.

HERVIAS-1983-,4675,prospectiva,alcohol, si-Síndrome de alcohol fetal, Cadiz y Logroño.

BUNCHER-1969-,49897,retrospectiva,tabaco,si-edad gestacional-Boston.

PRADA-1983-,1451,retrospectiva,tabaco,si-peso fetal,San Sebastian.

DOMENECH-1983-,600,retrospectiva,tabaco-alcohol-café,si-peso y edad gestacional,Valencia.

BODENDORFER-1979-,129,prospectiva por diario,hábitos y fármacos,no-uso de fármacos,Ucla.

NELSON-1971-,1369,retrospectivo,fármacos y anomalias congénitas,si-malf. mayores y menores Edinburgo.

HORNO-1984-,660,retrospectivo,macrosomia fetal,si-peso elevado,Zaragoza.

BENITO-1983-,292, retrospectivo,mortalidad fetal anteparto,si-idem-,Bilbao.

PECKHAM-1963-,prospectivo, padecimientos en el embarazo y complicaciones,no, Oakland.

REY-1982-,500,retrospectivo,Hábitos y fármacos,si-peso-edad gestacional-morbilidad-vitalidad-Granada.

GARCIA-1964-,2694,retrospectivo,factores ambientales,si malformaciones,Granada.

Discutiremos cada una de aquellas variables que según nuestros resultados relacionan de forma significativa a la madre con su hijo,así como comentaremos algunos resultados que no muestran asociación estadística entre madre e hijo, pero que han sido comentados previamente en la introducción y son objeto de estudio de diferentes autores.

1.- IDENTIFICACION:

1.1.- La edad de la madre afecta al peso y a la edad gestacional del recien nacido.

Con respecto al peso, las madres mayores de 40 años tienen tendencia a tener niños de mas de 4000 gr , en el estudio de HORNO-1984- las madres que tuvieron fetos macrosomas tenian una edad media de 27'32 años, lo cual no nos sirve claramente de referencia porque dicha media nos impide conocer los valores extremos de las edades maternas, sin embargo estos datos concuerdan en cierta manera con los de CHAMBERLAIN-1985- , puesto que en su trabajo los pesos mas bajos corresponden a las madres mas jóvenes y se incrementan poco a poco con la edad.

Sobre la edad gestacional tambien actua , la edad por debajo de 20 años o por encima de 40 dando recien nacidos preterminales, esto coincide plenamente con PAPIERNIK-1985, el cual entre las variables sociales que pueden influir para tener partos preterminales incluye a las menores de 18 años y a las mayores de 25.

2.- FERTILIDAD.-

2.1.- El número de embarazos, concretamente en nuestro caso aquellas que tuvieron mas de 4 embarazos anteriormente tenian tendencia a dar a luz recien nacidos de peso elevado. Esto coincide con la relación entre edad materna y peso elevado, pues una mujer de mas edad lo mas probable es que haya tenido estado embarazada en mas ocasiones, aunque no coincide con los resultados obtenidos por PAPIERNIK-1985-.

Nuestro trabajo presenta un 21% de multíparas y HORNO-1984- encuentra 22'61% y no halla asociación significativa entre estas y los macrosomas.

Por tanto , las mayores de 40 años y las múltíparas tienen tendencia a tener fetos de mas de 4000 gr. , esto puede ser debido a que este

grupo de mujeres controladas por nosotros tienen mejor estado socioeconómico que las mas jovenes y por tanto mejor alimentación y mas ganancia ponderal durante el embarazo, cosa que repercutiria tambien sobre el feto.

2.2.- En nuestros resultados solo el 12'10% tuvo un aborto anterior y un 4'20% dos o mas.

Cuando estudiamos el efecto de estos antecedentes sobre los niños paridos por estas mujeres, encontramos asociación estadística con la talla -tanto la baja como la alta- con una disminución del Apgar- tanto al primero como al quinto minuto- y mas posibilidades de presentar cualquier morbilidad de las reseñadas (Ver descriptiva). Estos resultados reflejan un recien nacido con posible sufrimiento intrauterino previo, situación que puede repercutir sobre las defensas del recien nacido tras el parto y de ahí , el incremento de la morbilidad.

Segun GLASS y GOLBUS-1978- despues de un aborto se reduce la posibilidad de dar a luz mediante un embarazo a término a un 76% y tras dos abortos la proporción es de 74% mientras que tras tres abortos baja al 68%. Por tanto , todos estos

resultados nos llevan a pensar que si se diagnostican debidamente las causas productoras del aborto y se aplica un tratamiento eficaz, pueden mejorarse los resultados de embarazos posteriores.

3.-EVOLUCION.-

3.1.- Los ingresos maternos estan en relación directa con la edad gestacional del recien nacido tanto preterminal como posterminal.

El 13'10% ingresó alguna vez y es lógico pensar que esten en relación con la edad por la asociación entre ingresos y amenaza de parto prematuro (Ver descriptiva), ademas parte del tratamiento de dicho proceso consiste en la administración de psicofármacos, que segun nuestros resultados está asociado tanto a la gestación preterminal como a la posterminal y por tanto cabe preguntarse hasta que punto un tratamiento protector para dicho proceso puede acabar convirtiendose en el problema contrario.

4.-HABITOS.-

4.1.- El aumento del consumo de tabaco entre las mujeres en edad reproductiva plantea el problea de las influencias nocivas que el mismo acarrea

desde el punto de vita perinatal.

Fumar es uno de los hábitos mas dificiles de erradicar por el escaso gasto económico que supone, porque está muy extendido socialmente e incluso hasta bien visto en practicamente todos los circulos sociales y porque no constituye un elemento pernicioso a corto plazo.

La dificultad para dejar de fumar se refleja en los datos, pues de la 288 fumadoras de nuestro grupo, solo dejan dicho hábito cuando quedan embarazadas un 38'55%.

Las fumadoras constituyen un 17'7% cifra similar a la encontrada en 1982 (17'4%) REY-1982-, así como a las obtenidas por DOMENECH-1983- en su estudio de 600 casos-control realizado en Valencia que alcanzaban un 15%.Cifras algo mas elevadas encuentra PRADA-1983- en Vizcaya con un 27'73% de casos.

Aunque no deja de fumar mas que el pequeño porcentaje expresado anteriormente, si en cambio, disminuyen el número de cigarrillos fumados a diario, así vemos que dentro del grupo de fumadoras , en la preconcepción fuman menos de 10 cigarrillos al dia un 62'5% y mas de este número el

37'5%, mientras que en el embarazo fuman menos de 10 cigarrillos al dia el 81'92% y mas de este número el 18'07%.

Cifras muy similares aparecen en el trabajo de PRADA-1983- realizado en San Sebastian donde las gestantes fumadoras de mas de 10 cigarrillos al dia constituyen el 20'84%.

Al estudiar los efectos del tabaco sobre el recien nacido no hemos querido hacer distinción entre el consumo de mas o de menos de 10 cigarrillos al dia a pesar del estudio de Mc MAHON-1966- que relacina directamente la disminución del peso del recien nacido con el número de cigarrillos fumados pues hemos considerado " el hábito de fumar" como tóxico de por sí, independientemente del número de ellos fumados diariamente.

Ademas de lo anteriormente visto, el tabaco aparece en nuestros resultados como factor de riesgo desencadenante del bajo peso, esto mismo coincide con practicamente todos los trabajos que hablan sobre el tema. Mc MAHON-1966-,NAEYE-1978-,HERVIAS-1983-. Acerca de esto KEIRSE-1985- refiere que en los últimos 15 años por lo menos cincuenta publicaciones que se basan en mas de

medio millon de nacimientos, manifiestan que aquellas mujeres que fuman durante su embarazo , tienen hijos con pesos inferiores en su nacimiento que los de aquellas que no fumaron.

BUNCHER-1969- hace referencia a la asociación entre la disminución del peso de estos recien nacidos y el acortamiento de la edad gestacional de los mismos, ante estos resultados hacemos alusión a un trabajo anteriormente realizado por nosotros en 1982 constituido por 500 casos en los que no se hallo asociación estadśitica significativa entre el consumo de tabaco por gestantes y el peso del recien nacidc y si en cambio existia asociación con la edad gestacional.(X.-15'38 con 1 g.l. y p 0'001).

No hallamos en cambio asociación entre el hábito de fumar y la disminución del diámetro biparietal, como sucede con los trabajos de MILLER-1976- y PERSSON-1978-.

Tambien hemos estudiado el tabaco como factor de confusión y cuando se asocia a la infección ue orina en la 2ª parte del embarazo incrementa el riesgo de dar a luz niños preterminales.

4.2.- España es uno de los principales paises consumidores de bebidas alcohólicas ALONSO TORRENS-1981- pero el consumo de alcohol a diferencia del que se hace del tabaco no es tan bien aceptado socialmente, sobre todo si es por una mujer.

En las entrevistas, ninguna embarazada se confesó alcohólica y como presumiamos que esto podria ocurrir derivamos la encuesta hacia las siguientes preguntas:

- ¿Toma alguna cerveza o vino en las comidas?.
- ¿De forma habitual o solo con motivo de fiestas o celebraciones?.

De esta forma la respuesta de la encuestada entraba dentro de un consumo socialmente permitido y la respuesta tendria en teoria mas fiabilidad.

Esta forma de encuestar parece haber sido productiva pues encontramos un 13% de consumidoras habituales y un 35'5% de consumidoras esporádicas aurante el embarazo, es decir, aproximadamente la mitad de las encuestadas tomaban bebidas alcohólicas. (48'5%).

Cifras similares se obtuvieron en el trabajo de DOMENECH-1983- donde se encontró un 41% de mujeres que tomaron bebidas alcoholicas durante su gestación en Valencia.

A diferencia de estos resultados, nosotros en 1982 en un estudio preliminar, obtuvimos un 12'2% de mujeres que tomaron alcohol en el embarazo. La diferencia de porcentajes entre este año y los dos siguientes a los cuales corresponden los resultados actuales creemos es debida al cambio en las preguntas de la encuesta y al tabú social que representa hablar de forma abierta de dicho hábito, pues antes preguntabamos:

- ¿Toma alguna bebida alcohólica?.
- ¿A diario o de forma esporádica?.

Cifras aun mas bajas de consumidoras de alcohol fueron encontradas por HERVIAS-1983- en un trabajo retrospectivo exclusivamente dedicado al estudio del consumo de alcohol, pues de 4325 embarazadas encuestadas mediante una serie de 89 preguntas que iban dirigidas practicamente a conocer el consumo de alcohol y todo el espectro

que rodea al mismo, solo encontraron 30 bebedoras habituales (0'7% del total encuestado), creemos que a pesar de la magnífica y bien dirigida encuesta que realizó este autor juntamente con sus colaboradores no supieron quitar el recelo a las embarazadas pues es muy bajo el porcentaje de bebedoras encontrado para regiones de tan gran tradición vitivinícola como son Cadiz y la Rioja.

Diferentes autores consideran la ingesta de alcohol durante el embarazo como factor productor de numerosas anomalias fetales, todas ellas constituyendo el denominado " Síndrome de alcohol fetal" (S.A.F.) LEMOINE-1968-, OUELETTE-1977-CLARREN y SMITH-1978-, JONES-1973-.

Nosotros solo hemos encontrado que el alcohol actua como factor protector de la prematuridad y ninguna relación con el S.A.F. ,pues los pediatras encargados del control de los recien nacidos no han encontrado presente dicho Síndrome en ninguno de los recien nacidos de nuestro grupo.

Consideramos que estos resultados pueden deberse a que en realidad nuestras gestantes no se pueden catalogar de alcohlicas sino mas bien

de bebedoras esporádicas y en cantidades moderadas, hecho que está a su vez condicionado por el medio socioeconómico y cultural en el que se desenvuelven.

Con respecto a nuestro hallazgo en el que el alcohol se muestra como factor protector de la prematuridad, hemos de hacer referencia al hecho de que antes de la introducción de los agentes simpaticomiméticos, la infusión intraavenosa de una solución de etanol al 10% y de dextrosa al 5% rn agua era probablemente el agente tocolítico mas usualmente empleado.

El mecanismo de la inhibición de la actividad uterina no es bien conocido, sin embargo se demostró en conejas embarazadas a término que la liberación de oxitocina endógena fue inhibidapor el etanol(FUCHS-1966).Esto habla en favor de nuestros resultados si consideramos a nuestras mujeres bebedoras moderadas en su mayor parte. En definitiva podrian estar inhibiendo la contractilidad uterina aunque la ingesta del mismo no fuese destinada a tal fin.

No hemos computado el número de vasos diarios bebidos por la ambiguedad que esto supone en un estudio epidemiológico y con este tipo de encuesta en concreto. Por tanto, creemos que estos datos solo pueden obtenerse de forma fiable en estudios experimentales sobre animales de laboratorio en los que las dosis de alcohol estan perfectamente controladas.

Al estudiar al alcohol como posible factor de confusión ,hemos hallado que las gestantes consumidoras de bebidas alcohólica quetuvieron nauseas en el embarazo tienen mas riesgo de dar a luz niños preterminales, que las bebedoras sin nauseas en el embarazo y que las que constituyen el grupo global de mujeres con nauseas.

Igualmente sucede con aquellas bebedoras que no recibieron suplementos vitamínicos en la 2ª parte del embarazo, doblandose el riesgo en las primeras de dar a luz niños prematuros.

Con respecto a la ifluencia que ejerce sobre el peso del recien nacido, el alcohol consumido por gestantes que ademas toman psicofármacos en

la 1ª parte del embarazo parece incrementar el riesgo de tener un niño con bajo peso.

4.3.- Excitantes:

En el tema de los excitantes hemos estudiado el consumo de bebidas cafeínicas por la embarazada, encontrandonos con 619 babedoras de café, de las cuales 298 eran consumidoras esporádicas y 321 consumidoras habituales.

Como podemos apreciar con estos resultados el hábito mas arraigado entre nuestras embarazadas consiste en tomar bebidas cefeínicas.

Igual que con el alcohol , no hemos hecho un estudio de la dosis consumida diariamente por las gestantes argumentando las mismas razones.

Cuando estudiamos la posible relación de esta variable materna con el recien nacido, no hallamos niveles significativos que justifiquen

un control mas exhaustivo de su consumo.

Iguales resultados obtuvieron LINN-1982-, NELSON y FORFAR-1971-, DOMENECH-1983-.

A lo anterior se suma la dificultad para intoxicarse con cafeina que para LITTER-1978- consiste en una dosis de 10 gr. mientra que una taza de café aproximadamente puede tener entre 30 y 150 mgr. Por tanto, una mujer para intoxicarse deberia de tomar aproximadamente unas 66 tazas seguidas cosa que es practicamente poco probable.

Solo DUNLOP-1981- halló relación entre el consumo de café y la disminución del peso durante cuatro generaciones, pero a diferencia de los otros estudios este se basa en aplicaciones experimentales sobre ratones y la dosis administrada en el experimento son muy superiores a las que ingiere una embarazada habitualmente.

4.4.- Drogas.-

En nuestro estudio hemos encontrado un 0'9% de gestantes consumidoras de drogas(Ver descriptiva) durante el embarazo y todas probaron drogas clasificadas como blandas. (Hachis-marihuana-grifa-)

solo dos de ellas habian probado drogas clasificadas como duras y en fechas previas al embarazo.

El número de casos encontrados es similar al obtenido en nuestro estudio de 1982,pues entonces encontramos un 1% de drogadictas.

Este pequeño porcentaje de casos puede ir incrementandose en el futuro pues en los últimos años ha habido un incremento de la drogadicción.

UGALDE-1983- en San Sebastian refiere que cada vez hay mas drogadictas que acuden al hospital para ser atendidas.

Mientras que este autor entre 1980 y 1982 un 0,1% de drogadictas entre todos los partos habidos en estos años, nosotros sin haber escrutado todos los partos hemos hallado un índice superior.

Por otra parte no hemos observado alteraciones significativas en los recien nacidos de madres drogadictas.

La edad media de nuestras gestantes drogadictas es de 21'4 años similar a la de UGALDE (20'4), tambien la mayor parte eran primíparas y a excepción de una que solo tomaba café, las otras ademas, fumaban y consumian bebidas alcohólicas a diario , Solo una manifestó haber padecido anteriormente

hepatitis.

Los recien nacidos no se vieron afectados a la hora del parto, hubo 2 prematuros y solo uno con un Apgar comprendido entre 4 y 7 puntos.

Resultados semejantes a los nuestros han encontrado GREENLAND-1983-,GIBSON-1983- y CONNER-1984.

5.-PATOLOGIA PRESENTE EN EL EMBARAZO.-

5.1.- Las infecciones de orina en la 2ª parte del embarazo aparecen asociadas a un mayor número de partos posterminales. A nuestro modo de entender puede ser debido a que al final del embarazo se incrementa la elongación y la relajación de las vias urinarias y es mas frecuente presentar infección urinaria en los últimos 5 meses.

5.2.- Nuestros resultados muestran como el recien nacido de madre hipertensa en la 2ª parte del embarazo corre mas riesgo que un recien nacido de madre que no halla presentado cifras tensionales elevadas durante dicho periodo.

Estos niños muestran al nacer tanto bajo peso como peso elevado, indice de APGAR bajo, mayor morbilidad y menor perimetro cefálico.

Consideramos que ello puede ser practicamente debido a la propia fisiopatologia de la enfermedad.

Coincidimos con Chamberlain-1985- y KEIRSE-1985- en que la hipertensión actua perjudicando el desarrollo fetal , y los datos anteriores(a excepción del peso elevado) pueden ser la manifestación de un deficiente desarrollo intrauterino.

5.3.- En nuestros datos, aquellas mujeres que tienen nauseas en la 1ª parte del embarazo, habitualmente no tienen partos preterminales.

Estos resultados concuerdan con los de MEDALIE -1957-,ya que dicho autor halló una relación inversa entre las nauseas y los vómitos de las embaraza-

das y la posibilidad de abortar, igualmente coincide con BRANDES-1967- que encontró un elevadc número de abortos y de muertes perinatales(debido a un elevada tasa de niños pequeños y gestaciones cortas) en embarazos caracterizados por una ausencia de nauseas en el primer timestre del embarazo.

Nosotros ante esto nos preguntamos si se podria determinar mediante la ausencia de nauseas al comienzo de la gestación, un embarazo con riesgo de acabar en aborto o en parto preterminal.

6.-FARMACOS.-

Los fármacos prescritos por el médico se administran a dosis terapeuticas. La embarazada suele tener cierto recelo a consumir los medicamentos prescritos por considerarlos peligrosos para su hijo y por ello o bien no los toman o si los toman lo hacen a menos dosis de las recomendadas.

6.1.- Las embarazadas de nuestro grupo toman vitaminas en la 2ª parte del embarazo en una proporción de un 30%, ocupando el 4º lugar en consumo de todos los fármacos estudiados.

Cuando analizamos dicha ingesta observamos

que aquellas que no recibieron suplementos vitamínicos en esta 2ª etapa gestacional tenian asociada de forma significativa la posibilidad de dar a luz niños preterminales.

En un estudio previo realizado por nosotros en 1982 , se corroboran dichos resultados, pues los niños de madres que tomaron vitaminas fueron mas sanos que los del resto de la población estudiada ya que entre ellos habia menos preterminales, pesaban mas y presentaron menos morbilidad.

Hay numerosos trabajos que manifiestan la importancia de suplementar a la embarazada con vitaminas, entre otros CORREIA-1982-,SMITHELLS-1980, REIS-1977-.

Cuando hablamos de suplementos vitamíncos incluimos igualmente minerales como pueden ser el calcio y el hierro. Estas sustancias entran a formar parte de diferentes preparados comerciales.

Este tema adquiere especial importancia cuando vemos que casi el 50% de nuestras embarazadas manifestaron haber tenido anemia en la ultima

mitad de la gestación, proceso parcialmente fisiológico y que sin embargo requiere un control adecuado por parte del médico.

En vista de lo anterior se nos plantea la duda de si es correcto el estado nutritivo de nuestras gestantes pues podria ser incorrecto en gran parte de los casos y manifestarse como un deficit vitamínico que afectase el adecuado desarrollo del feto.

6.2.- AINE:

Los analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos son los fármacos mas utilizados entre nuestras embarazadas, concretamente ocupan el primer lugar en consumo durante la primera parte del embarazo(31'4%) y el 3º durante la segunda parte con un (31'3%). Esto es debido casi con toda seguridad a que son los fármacos mas utilizados sin prescripción médica. De todos ellos el ácido acetil salicílico es el fármaco probablemente mas consumido y las gestantes suelen tomarlo como remedio a diferentes males, considerándolo como la panacea de los mismos.

Tambien es peculiar la forma en que son utilizados- de forma esporádica o bien en temporadas inferiores a 1 semana -, principalmente en la primera parte del embarazo.

En el estudio de BLEYER-1970- fueron estos fármacos los mas utilizados despues de las vitaminas durante el último trimestre del embarazo.

En el Proyecto Colaborativo Perinatal (HEINONEN-1977), el 31'6% utilizaron analgésicos y de estas el 93'4% tomaron ácido acetil salicílico, cifras similares a las nuestras.

Aunque algunos autores asocian la ingesta de este medicamento a diversas alteraciones en el recien nacido. CORBY-1978-, BERKOWITZ-1984- y HEIMAN-1976-. , nosotros no hemos hallado relación significativa entre el uso de los mismos y el recien nacido global, tampoco se encontró asociación entre ambas variables en el Proyecto Colaborativo anteriormente mencionado.

6.3.- Los antibióticos:

Los antibióticos usados en la primera parte del embarazo por 101 mujeres y por 176 en la segunda , ocupando el 8º y 5º lugar respectivamente.

La automedicación no es frecuente y de hecho solo nueve mujeres en la primera parte y dos en la segunda tomaron estos fármacos sin prescripción previa.

No son utilizados durante largos periodos, así que la norma suele ser tomarlos menos tiempo de una semana y principalmente en la 2ª parte del embarazo , a este consumo le sigue en frecuencia de 1 semana a un mes.

No hemos hecho ninguna discriminación entre los diferentes antibióticos o antisépticos pues constituyen los medicamentos cuyos nombres comerciales son olvidados con mayor frecuencia.

A pesar de la extensa bibliografia que hay sobre ellos referente a los posibles efectos que ejercen sobre el recien nacido, entre otros DUNN-1964-,BASKIN-1980-, MARYNOWSKY-1972-,GIBBS-1984-, nosotros no hemos encontrado asociación entre estos y el recien nacido standar.

Pensamos que gran parte de la medicación antibiótica usual de la embarazada al ser prescrita por el médico suele ser a base de amoxicilina y otros derivados penicilínicos, los cuales no han mostrado ser teratógenos sobre el feto.

6.4.- Los progestágenos se asocian a diversos parámetros patológicos del recien nacido y de forma especial al peso, pues aquellas gestantes que toman dicha medicación ya sea en la primera como en segunda parte del embarazo tienen mas riesgo de dar a luz niños de bajo peso(inferior a 2500 gr) .

Es lógico pensar en la coherencia de dichos resultados cuando sabemos el motivo por el que tales medicamentos se prescriben en un embarazo, que no es otro que el de una gestación amenazada.

Los parámetros afectados a parte del peso, son el perímetro cefálico, el diámetro biparietal y la talla.Posiblemente sean la manifestación de un crecimiento intrauterino retardado.

De los resultados obtenido podemos pensar que esta terapeutica no parece demasiado eficaz a la hora de tratar un embarazo que espontaneamente no marcha bien, cosa contraria a lo que sucede en los trabajos de JOHNSON-1975- y -1979- en los que el grupo de mujeres tratadas con progestágenos tenia mejores resultados perinatales, aunque hemos de hacer dos salvedades:

- La primera, es que en ambos trabajos del autor se eligieron las pacientes con artecedentes de prematuridad y considerando esto como un factor de riesgo se medicaron desde el principio del embarazo en el estudio piloto, y en el segundo trabajo de 1979 se medicaron desde despues de la semana 16., mientras tanto que nosotros instauramos dicho tratamiento en el momento en que la mujer comienza con amenaza de aborto o de parto prematuro.

- La segunda nos plantea la duda de si la dosis recibida por nuestras mujeres fue suficiente para resolver su problema ,asi como el tiempo que duró el tratamiento.

Consideramos que en vista de estos resultados

seria util hacer un estudio dedicado a conocer la terapeutica progestagénica establecida en nuestra clínica, así como sus riesgos y beneficios.

Al igual que el Proyecto Colaborativo perinatal -1977- nosotros tampoco encontrado asociación entre la toma de progestágenos y la presencia de malformaciones en recien nacidos.

6.5.- Los antieméticos constituyen un grupo de fármacos utilizados con asiduidad al menos en la primera parte del embarazo ymientras que las nauseas y vómitos se presentan en un 52'7% de gestantes en esta primera fase gestacional, los antieméticos son consumidos por un 24'5%, aproximadamente la mitad de los casos., algunas embarazadas no los toman porque sus nauseas o vómitos son escasos en número e intensidad,mientras que otras prefieren prescindir de toda medicación mientras estan embarazadas.,aun estando prescrito por el médico.

Se consumen en 2º lugar despues de los analgésicos y solo 3 mujeres los tomaron sin prescripción médica aunque sean los mas prescritos en este

periodo.

Es mas frecuente tomarlos entre una semana y un mes(5'5%), seguido de un mes a dos meses(3'2%)

En el estudio de NELSON-1971-, el 38'3% de las mujeres tomaron antieméticos en el embarazo y el 28'8% durante el primer trimestre, cifras algo inferiores se dieron en el trabajo de NORA-1967- , pues en el primer trimestre solo un 15% hizo uso de antieméticos.

Como podemos apreciar, las cifras ofrecidas por nuestro estudio se encuentran en medio de las de estos dos trabajos mencionados , por lo que el paso del tiempo (Ver fechas de realzación de los mismos) no parece haber influido sobre la prescipción de dichos fármacos.

Posiblemente en el trabajo de NORA se den menos gestantes que consuman antieméticos lo cual podria deberse a la cercania del episodio ocasionado por la talidomida que en cierto modo ha pasado a la historia y que a pesar de ello no debemos olvidar.

Al igual que el Proyecto Colaborativo Perina-

tal tampoco encontramos asociación entre consumo de antieméticos y malformaciones congénitas. HEINONEN-1977-

Para BRANDES-1967- y KING-1963- si hay asociación, pero sus estudios se basan en animales, y las dosis administradas son de 20 a 50 veces las recomendadas ademas de que no se puede descartar la posible especificidad-especie.

Nuestros resultados establecen asociación significativa entre antieméticos y pesos por en cima de los 4000 gr. en los recien nacidos. Al considerar que dicha terapeutica es recomendada ante la presencia de nauseas, observamos que la dualidad síntoma-tratamiento puede beneficiar el curso del embarazo pues a la probable protección de las nauseas frente a la prematuridad se une la posibilidad de dar a luz fetosde mas peso que el resto de las gestantes.

Esto nos abre un campo importante en la investigación sobre los efectos que unos síntomas tan habituales y unos fármacos utilizadosson tanta asiduidad pueden ejercer sobre el embarazo y el feto.

6.6.- Los psicofármacos:

Los psicofármacos son utilizados en la primera parte del embarazo por un 11'2% de nuestra población, el consumo es mas de tipo esporádico (25 casos) seguido del comprendido entre una semana y un mes (24 casos), encontrandose por orden de frecuencia en el 7º lugar.

En la segunda parte del embarazo los utiliza un 17'5%, el tiempo de consumición suele comprender de una semana a un mes (56 casos), encontrandose en el 6º lugar de consumo por orden de frecuencia de todos los medicamentos.

En total solo 7 mujeres a lo largo del embarazo los tomaron sin prescripción previa.

En el trabajo realizado por NORA-1967- , los tranquilizantes son consumidos por el 9'2% en el primer trimestre y por el 21% a lo largo de todo el embarazo.

En el estudio de NELSON-1971-, un 3'4 % en el primer trimestre frente al 7'1% durante todo el embarazo.

Nosotros hemos encontrado asociación signifi-

cativa entre el consumo de psicofármacos en el embarazo y algunos de los parámetros estudiados en el recien nacido.

Aquellas mujeres que toman psicofármacos en la primera parte del embarazo casi en su totalidad lo hacen por prescripción médica cuando presentan amenazada su gestación, por lo cual parece lógico pensar su relación con gestaciones preterminales. Tambien hemos encontrado asociación con los partos posterminales y creemos que puede deberse a que al ir asociado a otra medicación protectora y reposo continuasen tomandolo a lo largo del embarazo siendo en este caso la manifestación de un exceso terapeutico.

Tambien parece existir una disminución del peso fetal en los recien nacidos de madres que toman psicofármacos en esta primera parte en este caso, la asociación de pretérminos de bajo peso podria ser debido al mantenimiento forzado de una gestación con una insuficiencia placentaria larvada. Corrobora nuestra hipótesis CRUZ HERNANDEZ -1980- cuando hace referencia a la etiopatogenia de la postmadurez y entre otras causas expone: alteraciones hormonales(disminución de la pro- -

ducción de progesterona y reposo prolongado en cama.)

La otra posibilidad seria la presencia de recien nacidos preterminales de bajo peso, asociación habitual en el campo de la obstetricia.

Cuando dicho fármaco es administrado en la 2ª parte del embarazo aparece asociado a un APGAR bajo , así como a un incremento de la morbilidad, todo ello achacable a lo anteriormente expuesto de la insuficiencia placentaria que produciria anoxia y por tanto sufrimiento fetal lo cua incrementaria la morbilidad tras el nacimiento.

Contrario a lo que sucede en la primera etapa, encontramos en esta segunda parte asociación es tadísticamente significativa entre la ingesta de psicofármacos y pesos por encima de 4000 gr. en los recien nacidos de las madres que los toman, esto podria ser debido a que en esta segunda parte del embarazo , y sobre todo hacia el final la terapia con dichos fármacos tiene una indicación diferente a la de etapas previas, pues es en estos momentos cuando la gestante presenta molestias diversas debido al incremento de peso y volumen

y a la intranquilidad que le produce la relativa cercania del parto, pudiendo llegar incluso al insomnio e incluso presentar un estado de ansiedad frecuentemente observado en nuestra clínica.

Por tanto, si unimos el sopor que estos fármacos producen a la disminución de la movilidad que la mujer adquiere en estas fechas incrementando con ello el tiempo de reposo se poddria favorecer el incremento ponderal tanto en la madre como en el feto.

Estudios retrospectivos realizados por diferentes autores, SAFRA y SAXEN -1975- encuentran asociación entre el consumo de benzodiacepina y la aparición de labio leporino, ante esto nosotros no podemos afirmar, aunque tampoco negar dicha asociación, pues solo tenemos un caso de labio leporino y tres de paladar hendido asociados-estos últimos a respectivos síndromes polimalformativos y nos parece que conociendo la poligenicidad de algunos de ellos seria poco científico concluir que estos casos fuesen producidos por el diacepan consumido por las madres.

No podemos contrastar nuestro estudio con los de PLOMAN-1957-,NELSON-1971-,STARREVELD-1973- y SEIP-1976- pues ellos estudian los efectos de los barbitúricos y nuestras embarazadas consumen casi exclusivamente diacepan cuando es administrado en nuestro Servicio.

7.- EL PARTO.-

Tambien hemos encontrado asociación entre el parto y deferentes parámetros del recien nacido.

7.1.- La forma de comienzo tambien es importante, pues no es lo mismo la naturalidad de un comienzo espontaneo que las normas establecidas previamente para inducirlo o estimularlo, así como la meditada decisión que nos lleva en ocasiones a efectuar una cesarea electiva.

Los resultados obtenidos muestran que cuando el comienzo del parto no es espontaneo, se asocia a parámetros de un recien nacido posterminal, de talla y perímetro cefálico elevado con bajo indice de APGAR tanto al 1º como al 5º minuto.

Estas son las características de un niño que o bien ha nacido mediante inducción, o bien se ha decidido el nacimiento mediante cesarea, en vista de lo cual deducimos que el motivo mas usual por el que se induce o se hace elección de cesarea suele ser la edad gestacional postermi-nal o bien un feto de gran tamaño. Siendo el primer caso motivo de inducción y el segundo de cesarea.

6.2.- La finalización de un parto es igualmente importante y decisiva a la hora de obtener buenos resultados perinatales. En definitiva estos hechos son la consecución de lo anteriormente proyectado y por tanto es lógico pensar que aquellos niños posterminales que comenzaron mediante inducción acaben naciendo mediante un parto vaginal si a lo largo de la inducción no se presentaron problemas, y si los hubo, mediante ayuda tocúrgica o cesarea.

Nuestros datos nos muestran la finalización del parto no vaginal relacionada con un niño posterminal, de bajo APGAR, de talla y perímetro cefálico elevada o baja, lo cual ademas de lo dicho anteriormente refleja un feto con posible sufrimiento fetal intrauterino.

Hay tambien un nuevo parámetro asociado a tener en cuenta, como es el incremento del riego para presentar algún tipo de morbilidad cuando el parto no acaba espontaneamente, siendo este de 1'34 (incremento de la morbilidad en cualquier parto no espontaneo) y de 1'35 el del parto mediante cesarea.

De los resultados anteriores acerca del parto se deduce que este es una parte del embarazo que demuestra un control médico con el que se toman una serie de medidas destinadas a obtener un buen resultado perinatal y tanto es así , que una correcta decisión por parte del obstetra a la hora del parto puede determinar el futuro de una vida humana.

La relevancia de lo expuesto anteriormente queda corroborada por nuestros datos .

Cuando decidimos hacer el análisis de los datos recopilados, se nos planteó la duda de cuales podrian ser las variables maternas que afectasen al recien nacido desde un punto de vista global, y es entonces cuando establecimos lo que venimos a denominar recien nacido standar.

Este neonato tendria una serie de valores (Ver metodos) dentro de los parámetros estudiados del mismo que estarian comprendidos en un intervalo medio habitualmente frecuente de encontrar de tal forma que si todos los valores se encontraban en el recien nacido este seria un niño standar o patrón , y si alguno de los valores variaba entonces no seria un niño patrón.

Despues del recuento nos llamó la atención encontrar doble número de niños no standard, así que tras meditar estos resultados llegamos a la conclusión de que cuando todos los parámetros que por separado se consideran lógicos de encontrar en un recien nacido y llevan a cladificarlo de normal, cuando se estudian en conjunto varian de tal forma que el recien nacido ideal seria un nuevo artificio numérico, asi como que un niño que esté fuera del intervalo paramétrico no necesariamente - aunque constituye un niño no standard- tiene que ser un niño con una afectación importante puesa largo plazo son menos los niños que parecen afectados de importancia.

Posterior a este concepto de niño standard, y tras ordenar las variables maternas en grupos según afectasen a unos u otros parámetros del recien nacido, consideramos la posibilidad de que aquellas que habian mostrado asociación significativa podrian-cuando se diesen de forma conjunta-influir de forma decisiva incrementando su acción, pero no pudimos establecer una relación lineal entre los diferentes parámetros, y por tanto consideramos que asociar factores de riesgo y sumarlos no es la mejor medida que debe emplearse en un embarazo para considerarlo de alto riesgo.

De todas formas no descartamos la posibilidad de la posible relación no lineal de algunos de los datos.

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

1.- Es aventurado concretar que en el embarazo, un determinado hábito o fármaco por si solo puede producir acciones indeseables sobre el recien nacido, aunque en vista de los resultados obtenidos, creemos conveniente aconsejar a nuestras gestantes en las visitas prenatales.

2.- Con respecto a los hábitos maternos, el recien nacido tiene menos peso al nacer si la madre es fumadora, por otra parte, el consumo de alcohol a dosis moderadas parece actuar como protector de la prematuridad.

3.- Con respecto a los fármacos, los complejos vitamínicos administrados a dosis terapeuticas a la madre, favorecen el adecuado crecimiento del recien nacido sobre todo en la 2ª parte del embarazo.

Seria aconsejable reconsiderar la terapia progestogénica durante el embarazo ya que no parece muy resolutiva.

Así mismo, los psicofármacos no parecen solventar aquellos procesos para los que son administrados.

El peso de los recien nacidos de gestantes que toman antieméticos es superior al del grupo ue niños cuyas madres no los toman.

4.- Entre los antecedentes maternos, aquellas gestantes que tuvieron 2 ó mas abortos previos deben ser cuidadosamente controladas, ya que según nuestros resultados aumenta el riesgo de morbilidad neonatal en el siguiente embarazo.

5.- La presencia de nauseas y/o vómitos en la primera parte del embarazo son señal de una óptima situación endocrina.

6.- Cuando consideramos al neonato como un conjunto de parámetros, la figura del recien nacido standard queda como un mero artificio estadístico.

7.- De nuestros resultados se deduce que el momento del parto es el factor de riesgo mas importante

para el resultado perinatal.

8.- El índice de APGAR , tanto al 1º como al 5º minuto de muestra tener gran sensibilidad para poder determinar en el neonato la afectación que diferentes noxas pueden ejercer sobre el.

9.- Según nuestros resultados no podemos clasificar un embarazo como de alto o bajo riesgo por una simple suma de los factores de riesgo de aquellas noxas presentes en el mismo, puesto que no existe relación lineal entre estas y el resultado perinatal.

10.- Parte de la información y de los consejos que el médico debe transmitir-ademas del diálogo en la consulta prenatal-,tendria que ir por escrito y por tanto creemos en la conveniencia de entregar un cuadernillo como el aquí reseñado:

LIBRITO DE LA EMBARAZADA

- Porque tu vas a ser mi madre.

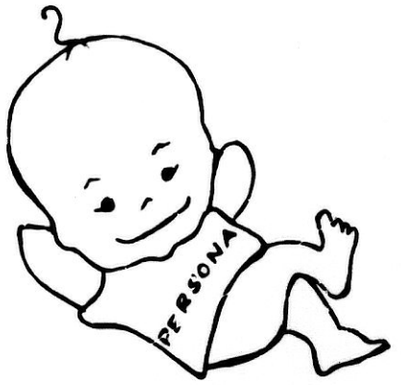
- Porque yo soy un ser humano: "UNA PERSONA".
- Cuida de mí.
- ¿Quieres algunos consejos?.

1.- No fumes.- Si lo haces no creceré adecuadamente.

2.- No consumas alcohol en demasia.- Si lo haces puedo no ser tan inteligente como otros niños.

3.- Si cuidas de tí,cuidaras de mí.- No me intoxiques con drogas o medicamentos innecesarios.

4.- Si tienes dudas consulta a tu médico: El es nuestro amigo.


PERSONA

NUEVOS CAMINOS A SEGUIR.

-Nutrición y embarazo. Caracteres alimenticios de nuestra población.

-Alcoholismo materno y sindrome de alcohol fetal.

-Niveles de vitaminas B1,B6,B12,C en fumadoras y no fumadoras. Gestantes y no gestantes.

-Seguimiento de los recien nacidos. Estudio especial del retraso mental.

-Embarazos gemelares. Peculiaridades.

-Presentación de nuestra encuesta a otros hospitales con el fin de que saquen a la luz sus propias experiencias y si muchos colaboran crear un Proyecto a nivel Nacional.

-Peculiaridades de la población gitana, caracterìsticas de sus embarazos y fetos.

-Estudio particular de los embarazos en mujeres trabajadoras,estudio especial en peluqueras.-

Estudio de las posibles causas y circunstancias que rodean a los lactantes muertos subitamente.

-Estudio psico.obstetrico en embarazadas alcohólicas, en las que presentan vómitos del primer trimestre, o alguna otra patologia signifi-

cativa, durante su embarazo con p:osibles manifestaciones psicosomaticas.

-Crecimiento intrauterino retardado.

-Caracteristicas de la población costera (Adra, Catell de Ferro).

-Estado inmunologico(vacunas en la población fetil granadina.).

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

ACKER D., SACHS B.P., TRACEY K.J. and WISE W.E.: (1983) Abruptio placentae associated with cocaine use. Amer. J. Obstet. Ginec. 142: 2 (220-221).

ALONSO TORRENS, F. y TORREZ GONZALEZ, F. (1981). Estudio del alcoholismo en Andalucía. Ed. Car. Diocesanas de Granada.

ALLEN, E.S., BROWN, W.E. (1966). Hepatic toxicity of tetracycline in pregnancy. Amer. J. Obstet. Ginec. 95: 12-8.

ANDERSON, S.G., STILL, J.G. and GREISS, F.C. (1977). Differential reactivity of the gravid uterine vasculatures. Effects of norepinefrine. Amer. J. Obstet. Ginec. 129: 293.

ANDREWS, J. and McGARRY, J.M. (1972). A community study of smoking in pregnancy. J. Obstet. Ginecol. Br. Commonn., 79, 1057.

ANDREWS, J. (1973). Tiocynate and smoking in pregnancy. J. Obstet. Ginecol. Br. Commonn.,80: 810-814.

ASLING, J.H. and WAY, F.L. (1972). Placental transfer of drugs. En la Dv. Mandel y Way (Eds). Fundamentals of drug metabolism and drug disposition. Williams and Willans, Baltimore, pág 88.

ASMUSSEN, I. (1977). Ultraestructure of the human placenta at term. Observations on placentas from newborn children of smoking and no smoking mothers. Acta Obstet. Gynaecol. Scand.,56: 119-126.

ASSALI, N.S., HOLM, L.W. and SEHGAL, N. (1962). Regional blood flow and vascular resistance of the fetus in utero. Amer. Obstet. Gynec., 83: 809.

BACON, J.F., SHENFIELD, G.M. (1980). Pregnancy atributable to interaction between tetracycline and oral contraceptives. Br. Med. J., 1: 283.

BARKER, R.H. (1938). The placental transfer of sulfonamide. New Engl. J. Med. 219: 41.

BARTON, M.D., KILLAM, A.P. and MESCHIA, G. (1974). Response of onne uterine blood flow to epinefrine and norepinefrine. Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine 145: 996.

BASKIN, C.G., LAW, S. and WENGER, N.K. (1980). Sulfadiazine rheumatic fever prophylaxis during pregnancy: does it increase the risk of Kernicterus in the newborn?. Cardiology, 65: 222-225.

BAYLES, D. M. (1984). Reproductive ethics. New Jersey. Prentice Hall Inc., 141 pags.

BEARD, R.W. and ROBERTS, A.P. (1968). Asymptomatic bacteriuria during pregancy. Brit. Med. Bull. 24: 44.

BEAUCHAMP, T.L. and McCULLOUGH, L.B. (1984). Medical ethics. The moral responsibilities of physicians. New Jersey. Prentice Hall Inc. 172 pags.

BERGMAN, A.B. and WIESNER, L.A. (1976). Relationship of passive cigarette-smoking to sudden infant death syndrome. Pediatrics 58: 665.

BERKOWITZ, R.L., COUSTAN, D.R. and MOCHIZUKI, T.K. (1984). Manual de Farmacologia. Salvat, Barcelona, 304 pags.

BIENIARZ, J., BURD, L. and SCOMMEGNA, A. (1971). Multitarget approach to prevention of prematurity. Obstet. Ginecol. 37: 632.

BLEYER, W.A. et al (1970). Studies on the detection of adverse drug reactions in the newborn. I) Fetal exposure to maternal medication. JAMA Sept. 21. Vol. 213, nº 12, 2046-2048.

BODENDORFER, T.W., BRIGGS, G.G. and GUNNINGS, J.E. (1979). Obtaining drug exposure histories during pregnancy. Am. J. Obstet. Gynec. 135: 490-494.

BOETHIUS, G. (1977). Recording of drug prescriptions in the country of Jâmtland, Sweden II. Drug exposure of pregnant women in relation to

course and outcome of pregnancy. Europ. J. Clin. Pharmacol. 12, 37.

BOLTON, P.J. (1983). Drug of abuse. En: Hawkins, D.F. Drugs and Pregnancy. London. Ed.: Churchill Livingstone, Buttler and Tamer ltd., 128-154.

BOTELLA LLUSIA, J. (1978). Tratado de Ginecologia. 11ª edición. Vol. III. Barcelona. Ed. Científica Médica, 1005 pags.

BRANDES, J. (1967). First-trimester nausea and vomiting as related to outcome of pregnancy. Obstet. Gynecol. 30: 427.

BRENT, R.L. (1977). Litigation-produced pain disease and suffering: An experience with congenital malformation lawsuits. Teratology 16: 1.

BRENT, R.L. (1984). Ethical and legal implications of drug use in pregnancy. En: Stern, L. Drug use in pregnancy. Adis. Health Sciencie Press, Sidney, pags 1-11.

BROCK, N. and HOHORST, H.J. (1967). Metabolism of cyclophosphamide. Cancer. 20: 900-904.

BUNCHER, C.R. (1969). Cigarette smoking and duration of pregnancy. Amer. J. Obstet. Ginec. 103: 942-946.

BURNS, J.J., YU, T.F., DAYTON, P.G. et al (1960). Biochemical Pharmacological considerations of phenilbutazone and its analogues. Ann. N.Y. Acad. Sci. 86: 253-262.

BUTLER, N.R., ALBERMAN, E.D. (1969). Perinatal problems - the second report of the 1958 Brithish Perinatal Mortality Survey. Livingstone Ediburgh. pp 36-84.

CHADWICK, J. and HANN, W.N. (1935). The medical works of Hippocrates. Springfield III. Charles C. Thomas. Recogido de Kocha C. (1980).

CHAMBERLAIN, G. (1985). Epidemiología y etiología del niño pretérmino. En: Ginecología y Obstetricia (Temas Actuales), El bebe pequeño, vol 2/1984. Ed. Importécnica S.A., 419-441.

CHARLES, D. (1979). Placental transmision of antibiotics. Obstet. Gynecol. Annv. 8: 19.

CIOCIOLA, A.A. and GAUTIERS, R.F. (1983). Evaluation of teratogenicity of morphine sulfate administared in a miniature implantable pump. J. Pharm. Sci. 72/7, 742-745.

CLARREN, S.K. and SMITH, D.W. (1978). The fetal alcohol syndrome. New Engl. J. Med. 298: 1063.

CONNAUGHTON, J.F., REESER, D.S., SCHUT, J. et al (1977) Management of the pregnant opiate addict: Success with a comprehensive approach. Amer. J. Obstet. Gynec. 129: 679-686.

CONNER, C.S. (1984). Mariguana and alcohol use in pregnancy. Drug Intell. Clin. Pharm. 18/3: 233-234.

COOPLAND, A.T., PRIESEN, W.J. and GALBRAITU, P.A. (1969). The genetic suceptibility and antineoplasic drugs. Amer. J. Obstet. Ginec. 105: 1288.

CORBY, D.G. (1978). Aspirin in pregnancy: maternal and fetal effects. Paediatrics, 62 (suppl.2): 930-937.

CRUZ HERNANDEZ, M. (1980). Pediatria , Barcelona, Edit. Romargraf, Tomo I: 868 págs.

CUNNIGS, A.J., JONES, H.M.R. and COOPER, J.E. (1979). Transplacental disposition of phencyclidine in the pig. Xenobiótica, 9: 447.

CSAPO, A.J. (1963). Model experiments and clinical trials in the control of pregnancy and parturition. Amer. J. Obstet. Ginec. 85: 359.

D'ARCY, P.T. and GRIFFIN, J.P. (1972). Iatrogenic diseases. Oxford University Press, London. Recogido de Kolma, C. (1980).

DAVIES, J.M., LATTO, J.P. and JONES, J.G. (1979). Effects of stopping smoking for 48 hours on oxigen availability from the blood: A study on pregnant women. Br. Med. J. 2: 355.

DAYTON, P.G., ISRAILI, Z.H. and PEREL, J.M. (1973). Influence of binding on drug metabolism and distribution. Annals of the New York Academy of Sciencies, 226: 172

DEPARTMENT OF HEALTH, ONTARIO (1967). a) Second Report, and b) Supplement of the Second Report of the Perinatal Mortality. Study in ten University Teaching Hospitals, Toronto, Ontario, Canada. Ontario Perinatal Mortality Study Committee.

DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE U.S. (1979). A report of the Surgeon-General. U.S. Departmentof HEW (DHEW. Publication No (PHS)) 79-500 66.

DEUTSCH, E. (1984). Legal and juridical considerations in administering drugs in pregnancy. En: Kuemerk, H.P. and Brendel, K. Clinical Pharmacology in pregnancy. Thieme-Stratton Inc. New York, pp: 179-182.

DOMENECH, I. and MASSONS, J. (1980). Bioestadística Métodos estadísticos para investigadores. Ed. Herder, Barcelona, 642 págs.

DOMENECH, A., MINGUEZ, J., DIEZ, E. y MONLEON, J. (1983). Bajo peso al nacimiento: Incidencia etiológica del consumo de tabaco. alcohol y café. Rev. Esp. Obst. y Gin. 42: 541-551.

DUNN, P.H. (1964). The possible relationship between the maternal administration of sulphamethoxypyridazine and hyperbilirubinaemia in the newborn. J. Obstet. Gynacol. Br. Commonw. 71: 128-131.

DWYER, L.S., KELLER, L.S. and STREISSGUTH, A. (1978): Naturalistic observations of newborns: Effect of maternal alcohol intake. Alcoholism:

Clinical and Experimental Research, 2: 171-177.

ELLIS, F.W. and PICK, J.R. (1980). An animal model of the fetal alcohol syndrome in beagles. Alchololism, 123,4.

ERICKSON, A., KALLEN, B. and WESTERHOLM, P. (1979) Cigarette smoking as an etiologic factor in cleft lip and palate. Am. J. Obstet. Gynec. 135: 348-351.

EVANS, D.R., NEWCOME, R.G. and CAMPBELL, H. (1979). Maternal smoking habits and congenital malformations, a population study. Br. Med. J. 11: 171-173.

EVANS, H.J., FLETCHER, J., TORRANCE, M. and HARGREAVE, T.B. (1981). Sperm abnormalities and cigarette smoking. Lancet, 1: 627.

FIDLER, J. and ELLIS, C. (1983). Analgesia in pregnancy. En: Lewis, P.J. Clinical Pharmacology in Oobstetrics. London, Wricht, pág. 49-56.

FORTUNY, A. y GONZALEZ GOMEZ, F. ( ). Funciones de la placenta. En González-Merlo, J. y Del Sol, J.R. Obstetricia. Salvat, Barcelona. pp:111-124.

F. SOYKA, L. and W. BIGELOW, S. (1984). Drug-metabolizing enzymes and their activity in the human fetus. En: Stern, L. Drug use in pregnancy. Adis, Health Sciencie Press, Sydney.

FUCHS, A.R. (1966). The inhibitory effect of ethanol on the release of oxytocine during parturition in the rabbit. Journal of Endocrinology, 35: 125.

GARATTINI, S., MARUCCI, F. and MUSSINI, E. (1975). Biotransformation of drugs to pharmacologically active metabolites. In: Gillete, J.R. and Mitchell, J.R. (eds). Handbook of Experimental Pharmacology. Concepts in Biochemical Pharmacology, Part 3. Berlin, Springer-Vertag, pp 113-129.

GARCIA BARBANCHO, J. (1981). Planificación de una investigación estadística. Estadística elemental moderna. Barcelona. Ed. Seix Barral, 7ª ed., pág 421-431.

GIBBS, R.S. and SWEET, R.L. (1984). Maternal and fetal infection: Antibiotic in pregnancy. En: Creasy, R.K. and Resnik, R. (directores). Maternal-fetal Medicine: Principies and practice. Philadelphia. W.B. Saunders Company, págs, 671-678.

GIBSON, G.T., BAGHURST, P.A. and COLLEY, D.P.(1983). Maternal alcohol, tobacco and cannabis consumption and the outcome of pregnancy. Aust.N. Z.J. Obstet. Ginaecol. 23/1, 15-19.

GILLETE, J.R. (1977). Factors that affect drug concentration in maternal plasma. In: Wilson, J.G. and Fraser, F.C. (eds). Handbook of Teratology, vol 3, New York. Plenem Press 35.

GLASS, R.U. and GOLBUS, M.S. (1978). Habitual abortion. Fertility and Sterility, 29, págs 257-265.

GLASS, L., RAJEGOWDA, B.K. and EVANS, H.E. (1971). Absence of respiratory distress syndrome in premature infants of heroin-addicted mothers. Lancet, 2, pág. 685.

GOLDEN, N.L., SOKOL, R.J. and RUBIN, J.L. (1980). Angel dust; possible effects on the fetus. Pediatrics, 65, págs. 18-20.

GOLDSTEIN, A. (1949). The interaction of drugs and plasma proteins. Pharmacologics Reviews,1, pág 102.

GOLDSTEIN, A., ARONOW, L. and KALMAN, S.M. (1974). Principies of drug action: The basis of pharmacology, 2ª ed., John Wiley & sons, New York. Recogido de Kozna, C. (1980).

GONZALEZ MERLO, J. y DEL SOL, J.R. (1982). Obstetricia. Salvat editores, Barcelona, 714 págs.

GREENBERG, R.S. and IBRAHIM, M.A. (1985). The case-control study. En: W.W. Holand, R. Dietels and G. Knox. Oxford textbook of public health, vol 3, Oxford University Press., Oxford, págs. 123-143.

GREENLAND, S., STAISCH, K.J., BROWN, N. and GROSS, S.J. (1982). The effects of marijuana use during pregnancy. I. A preliminary epidemiologic study. Amer. J. Obste.. Gynec., 143/4, págs 408-413.

GREENLAND, S., RICHWALD, G.A. and MONDA, G.D. (1983). The effects of marijuana use during pregnancy. II. A study in a low-risk home-delivery population. Drug Alcohol Depend., 11/3-4, págs 359-366.

GUILBEAU, J.A., SCHOENBACH, E.G., SCHAUB, I.G. and LATUAN, D.U. (1950). Aureomicyn in obstetrics: Therapy and Prophylaxis. JAMA , 143, 520-526.

HANSON, J.W., STREISSGUTH, A.P. and SMITH, D.W. (1978). The effects of moderate alcohol consumption during pregnancy on fetal growth and morphogenesis. Journal of Pediatrics, 92, págs. 457-460.

HARCOURT, J.C., JOHNSON, N.W. and STOREY, E. (1962). In vivo incorporation of tetracycline in the teeth of man. Arch. Oral. Biol., 7, págs. 431-437.

HASSELMEYER, E.G., MEYER, M.B., LONGO, L.D. et al (1980). Pregnancy and infants health. In: The Health Consequences of Smoking Women. A report of the Surgeon General. DHEW. Publica-No 7950069.

HAWKINS, L.H., COLE, P.V. and KARRIS, J.R.W. (1976). Smoking habits and blood carbon monoxide levels. Environmental Research, 11, pág. 310.

HAWKINS, D.F. (1983). Drugs and Pregnancy. Urited Kingdom, Ed. Butler and Tanner Ltd., 342 págs.

HECKEL, G.P. (1941). Chemotherapy during pregnancy. Danger of fetal injury fron sulfamilamide and its derivates. JAMA, 117, págs 1314-1316.

HEILMAN, D., HEILMAN, F., HINSHAW, H., NICHOLS, D. and HERRELD, W. (1945). Streptomycin: absorption, diffusion, excretion and toxicity. Am. J. Med. Sci., 210, págs 576-584.

HEINONEN, O.P., SLONE, D. and SCHAPIRO, S. (1977). Birth defects and Drugs in Pregnancy. Publishing Sciencies Group, Littleton, Mass., 516 págs.

HEINONEN, O.P., SLONE, D. and SHAPIRO, S. (1982). Analgesic and antipiretics drugs. Birth defects and Drugs in pregnancy. Masachussets, Ed. John Wrigth and sons Ltd., págs 286-295.

HERBST, A.L., ULFELDER, H. and POSKANCER, D.C. (1971a). Adenocarcinoma of the vagina, association of maternal stilbestrol therapy with tumor appearance in young women. New Engl.J.Med. 284, pág. 878.

HERBST, A.L., ULFELDER, H. and POSKANCER, D.C. (1971b). Registry of clear-cell carcinoma of genital tract in young women. New Engl.J.Med., 285, pág 407.

HERVIAS, B. y cols. (1983). Estudio retrospectivo de los recién nacidos de madres alcohólicas (primera parte). Rev. Esp. Obst. y Gin., 42, págs. 560-590.

HEYMANN, M.A.. and RUDOLPH, A.M. (1976). Effects of acetilsalicylic acid on the ductus arteriosus and circulation of fetal lambs in utero. Circ. Res., 38, págs. 418-422.

HINGSON, R., ALPERT, J.J., DAY, N. et al (1982). Effects of maternal drinking and marijuana use on fetal growth and development. Pediatrics, 70/4, págs. 539-546.

HORNO, G.M., RAMON y CAJAL, J. y FABRE GONZALEZ, E. (1984). Macrosomía fetal. Progr. Obstet. Ginecol., vol 27-3, págs. 145-158.

HUGGETT, A. and HAMMOND, J. (1952). In: Parkes, A.S. (ed) Marshan's Physiology of reproduction. London, Longmans Green and lo. Ltd., vol 2, 372 págs.

HYTTEN, F.E. and LEITCH, J. (1971). The physiology of human pregnancy. Ed.: Blackwell Scientifics Publications. Citado en: Temas actuales de Ginecología y Obstetricia, vol. 2.

INMANN, W.H.W. (1980). The United Kingdom. In: Inmann, W.H.W. (ed.) Monitoring fro drug safety, M.T.P. Press, Lancaster, págs. 9-47.

JENICER, M. et CLEROUX, R. (1982). Epidemiologie: méthodes, técniques, aplications. Ed. Malonie, Paris, 454 págs.

JOHNSON, J.W.C., AUSTIN, K.L., JONES, G.S. et al (1975). Efficacy of 17alpha-hidroxyprogesterone caproate in the prevention of premature labor. New Engl. J. Med., 293,pág 675.

JOHNSON, J.W.C., LEE, P.A., ZACHARY, A.S. et al (1979). High risk prematurity-progestein treatment and steroid studies. Obstet. Gynecol., 54, pág 412.

JONES, K.L. and SMITH, D.W. (1973). Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. Lancet, 2, pág 999.

JONES, K.L., SMITH, D.W., VILELAND, C. and STREISSBURG, A.P. (1973). Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. Lancet, i, 1267-1271.

JONES, K.L., SMITH, D.W., STREISSBURG, A.P. and MYRIANTHOPOULOS, N.C. (1974). Outcome of offspring of of chronic alcoholic women. Lancet, i, 1076-1078.

JONES, K.L. and SMITH, D.W. (1975). The fetal alcohol syndrome. Teratology, 12, pág 1.

JUCHAU, M. and FAUSTMAN-WATTS, E. (1983). Consideraciones farmacocinéticas en la unidad materno-placentaria-fetal. En: Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Farmacología y Toxicología ambiental de la gestación. Vol 2. págs. 449-460.

KALTER, H. and WARKANY, J. (1983). Congenital malformations: Etiologic factors and their role in prevention. New Engl. J. Med., First of two parts, págs 424-431.

KEIRSE, M.J.N. (1985). Epidemiología y etiología del crecimiento retrasado en el niño. En: Ginecolgía y Obstetricia (Temas actuales). El bebé pequeño, vol 2/1984. Ed. Importécnica S.A., págs. 419-441.

KLEINBAUM, D.G., KUPPER, L.L. and MORGENSTERN, H. (1982). Epidemiologic Research. Lifetime Learning Publications. Belmont (C.A), 505 págs.

KLINE, J., STEIN, Z.A. y SUSSER, M. (1977). Smoking. A risk factor for espontaneus abortion. New Engl. J. Med., 297, pág. 793.

KLINE, J., LEVIN, B., SHROUT, P. et al (1983). Maternal smoking and trissmy among spontaneusy aborted conceptions. Am. J. Hum. Genet., 35/3, págs. 421-431.

KOZMA, C. y ARAUJO, A.J. (1980). Los medicamentos y el embarazo. Madrid, Ed. CIRDE, 147 págs.

KRAUER, B. and KRAUER, F. (1977). Drug kinetics in pregnancy. Clinical Pharmacokinetics, 2, págs. 167-181.

KRAUER, B., KRAUER, F. and HYTTEN, F.E. (1980). Drug disposition and pharmacokinetics in the maternal-placental-fetal unit. Pharmacol. Ther., 10, págs 301-328.

KUMAR, D., GOODNO, J.A. and BARNES, A.C. (1963). In vivo effects of intravenous progesterone infusion on humn gravid uterine contractility. Bull. Johns Hopkins Hosp., 113, pág. 53.

KUMOR, K.M., WHITER, R.D., SLAKE, D.A. et al (1979). Indomethacin as treatment for premature labor neonatal outcome. Pediatr. Res., 13, pág. 370.

LARSSON, R.S. (1973). Contribution of teratology to fetal pharmacology. In: Boreus, L. (ed)) Fetal Pharmacology, Raven Press, New York, págs. 401-405.

LASAGNA, L. (1984). Regulatory Agencies, Drugs and the Pregnant. In: Stern, L. Drug use in pregnancy. ADIS Health Sciencie Press, Sidney, págs. 12-16.

LEHTOVIRTA, P. and FORSS, M. (1978). The acute effect of smoking on intervillous blood flow of the placenta. J. Obstet. Gynecol. Br. Commonn., 85, págs. 729-731.

LENZ, W. (1961). Kindliche Missbilbungen nach medikament-einhahme wahrend der gravidita? Dtsch. Med. Wschr., 86, pág. 2555 (citado en Korma, C.)

LENZ, W. (1966). The relation between thalidomide doses and abnormalities events in differents countrys. Amer. J. Dis. Child, 112 , pag. 99.

LEROX, N. (1950). Existe-t-il une surdite congenible acquise due a la streptomicine?. Am. Otolaringol. 67, pag. 194-196.

LEVIN, J.N. (1971). Amphetamine ingestion with biliary atresia. Journal of Pediatrics, 79, pag. 130-131.

LEVY, E.P., COHEN, A. and FRASER, F.C. (1963). Hormone treatment during pregnancy and congenital heart defects. Lancet, i, pag. 611.

LEWAK, N., VAN DER BERG, B. and BECKWITH, J.B. (1979). Sudden infant death syndrome risk factors. Clinical Pediatrics, 18, pag. 404.

LEWIS, J.P. (1983). Animal test for teratogenicity; their relevance to clinical practice. Clinical Pharmacology in Obstetrics. WRICHT P.S.G., London, págs. 17-21.

LONG, S.Y. (1972). Does LSD induce chromosome damage and malformation?: A review of the literature. Teratology, 6, pag. 75-90.

MANCHESTER, D., HARBOUS, H.S. and SHELDOM, R.E. (1976). Posible association between maternal indometacin therapy and primary pulmonary hypertension of newborn. Amer. J. Obstet. Gynecol., 126, pag. 467-469.

MAJEWSKI, F. (1981). Alcohol embryopathy: Some facts and speculations about pathogenesis. Neurobehav. Toxicol. Teratol., 3, pag. 129-144.

MARYNOWSKY, A. and SIANORECKA, E. (1972). Comparison of the incidence of congenital malformations in neonates from healthy mothers and from patients treated because of tuberculosis. Ginecol. Pol., 43, pag 413-415.

Mc BRIDE, W.G. (1961). Thalidomide and congenital abnormalities. Lancet, 2, pág 1358.

Mc GARRY, J.M. and ANDREWS, J. (1972). Smoking in pregnancy and vit. B12 metabolism. Br. Med. J. 2, pag 74.

Mc MAHON, B., ALPERT, M. and SALBERT, E.J. (1966). Infant weight and parental smoking habits. Am. J. Epidemiol., 82, pag 247.

MEADOW, S.R. (1979). Congenital malformations and seisure disorders in offspring of parent with epilepsy. Developmental Medicine and Child Neurology, 21, pag 536-537.

MEDALIE, J.H. (1957). Relationship between nausea and/or vomiting in early pregnancy and abortion. Lancet, 2, pag 117.

MEYER, M.B., JONAS, B.S. and TONASCIA, J.A. (1976). Perinatal events associated with maternal smoking during pregnancy. Amer. J. Epidemiol. 82, pag. 247.

MILLER, H.C., HASSANEIN, K. and HENSLEIGH, P.A. (1976). Fetal growth retardation in relation to maternal smoking and weigth gain in pregnancy. Amer. J. Obstet. Gynec., 125, pag. 55.

MONTET PIERRE (1983). El Egipto de los faraones. 1a edición. Ed. Argos-Velgara, Barcelona, pag 76-77.

MOORE, K (1975), modificada por BUENO. Recogido de: Delgado Rubio, A.(1979). Patología Prenatal por medicamentos, tóxicos, agentes físicos y metabolitos. Madrid, Editado por el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, vol 5, 195 págs.

MOYA F. THORNDIKE (1962). Passage of drugs across the placenta. Amer. J. Obstet. Ginec., 84, pags. 1779-1798.

MUJICA, E. y cols. (1962). Arch. Fac. Med. Madrid 2: 444.

NAEYE, R.L. (1978). Perinatal events associated with maternal smoking during pregnancy. Am. J. Epidemiol., 103, pag. 464.

NARYE, R.L., BLANC, W., LEBLANC, W. and KHATAMEC, M.A. (1973). Fetal complications of maternal drugs addiction; abnormal growth, infections and episodes of stress. Journal of Pediatrics, 83, pag. 1055-1061.

NATIONAL INSTITUTE OF ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. (1977). Critical review of the fetal alcohol syndrome. Rockville. Maryland alcohol. Drug abuse and mental Health Administration.

NELSON, M.M. and FORFAR, J.O. (1971). Associations between drugs administered during pregnancy and congenital anomalies of the fetus. Br. Med. J., 1, pags. 523-527.

NEWMAN, N.M. and CORREY, J.F. (1980). Effects of alcohol in pregnancy. Med. J. Aust., 2,pág. 5.

NORA, J.J., Mc NAMARA, D.G. and FRASER, F.C. (1967). Dexamphetamine sulphate and human malformations. Lancet, 1, pag. 570.

NOVA, J.J., VAZO, T.A., LOVE, K.E. and Mc NAMARA, D.G. (1970). Dexamphetamine: a possible environmental trigger in cardiovascular malformations. Lancet, i: pag. 1290-1291.

ONNIS, A. and GRELLA, P. (1984). The biochemical effects of drugs in pregnancy. Vol 2. Chichester. Ellis Hoewood Limited. 493 págs.

OMS, COMITE DE EXPERTOS (1974). Consecuencias del tabaco para la salud. Serie de informes técnicos nº 568, OMS, Ginebra.

OMS, COMITE DE EXPERTOS (1979). Lucha contra el tabaquismo epidémico. Serie de informes técnicos nº 636, OMS, Ginebra.

OUELLETTE, E.M., ROSETT, H.L., ROSMAN, N.P. and WEINER, L. (1977). Adverse effects on offspring of maternal alcohol abuse during pregnancy. New Engl. J. Med., 297, pag. 528.

PAPIERNIK, E. (1985). Predicción del niño pretérmino. En: Ginecología y Obstetricia (Temas actuales). El bebé pequeño. Vol 2/1984. Ed. Importécnica S.A., págs 316-340.

PARSONS, R.L. (1977). Drug absortion in gastrointestinal disease with particular reference to malabsorption syndromes. Clinical Pharmacokinetics, 2, pag. 45-60.

PERSSON, P.H., GRENNERT, L., GENNSER, G. et al (1978). A study of smoking and pregnancy with special reference to fetal growth. Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl., 78, pag. 33.

PETERSON, W.F., STAUCH, J.E. and RYDER, C.D. (1966). Metronidazole in pregnancy. Amer. Obstet. Gynec., 94, pag. 343.

POSNER, A.C., KONICOFF, N.G. and PRIGOT, A. (1956). Tetracycline in obstetric infections. In: Antibiotic Annual, New York. Medical Encyclopedia, pag. 345-348.

POTTER, B.J., BELLING, G.B., MANO, H.T. and HETZED, B.S. (1980). Experimental production of growth retardation in the sheep fetus after to alcohol. Med. J. Aust., 2, pag. 191-193.

PRADA LAYA, M., CRUZ GUERREIRO, E. y ALEGRE VILLARIZ, A. (1983). Consumo de tabaco y gestación. Estudio clínico de sus consecuencias. Progr. Obstet. Ginecol., 26, pag. 1-4.

PRESCOTT, L.F. (1974). Gastrointestinal absorption of drugs. Medical Clinics of North American, 58, pag. 907.

RANTAKALLIO, P. (1978). The effect of maternal smoking on birth weigth and the subsequent health of the child. Early Human Development, 2, pag. 371.

REY ARROYO, C. (1982). Hábitos y fármacos en el embarazo. Tesis de Licenciatura, Granada, 153 pags.

RITSCHEL, W.A. (1976). Handbook of basic pharmacokinetics. Drug Intelligence Publications, Hamilton II, pags.

R. NIEBYL, J. (1982). Drug use in pregnancy. Ed. Leo and Febirger, Philadelphia, 189 pags.

ROLINSON, G.S. (1967). The significance of protein binding of antibiotics in vitro and in vivo. IN: Materson (ed.). Medical Microbiology. Churchill, London, pag. 254.

ROLOFF, D.W., HOWATT, W.F., KANTO, W.P. et al (1975). Morphine administration to pregnant rabbits. Effects on fetal growth and lung development. Adduct. Dis., 2, pag. 369.

ROSENFELD, C.R. and WEST, J. (1977). Circulatory response to systemic infusion of norepinefrine in the pregnant ewe. Amer. J. Obstet. Gynec., 127, pag. 376.

ROSSETT, H.L. and WEINER, L. (1980). Adverse effects of heavy drinking during pregnancy. Incluiding the fetal alcohol syndrome. Phenomenology and Treatment of Alcoholism, pags. 139-149.

RUSH, D. and KASS, E.H. (1972). Maternal smoking: A reassesment of the association with perinatal mortality. Amer. J. Epidemiol., 96, pags. 183-186.

RUSSELL, C.S., TAYLOR, R. and LAW, C.E. (1968). Smoking in pregnancy, maternal blood pressure, pregnancy outcome, baby weigth and growth, and other related factors. A prospective study. Br. J. Prev. Soc. Med., 22, pag. 119.

SAGRADA BIBLIA.- Jueces (13: 7).

SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL, MINISTERIO. (1981). Encuesta nacional sobre el consumo de tabaco. Boletín epidemiológico Semanal, nº 1502, semana 37.

SCHENEIDER, H. ard DANCIS, J. (1979). Aminoacid transpoet in human placenta slices. Amer. J. Obstet. Gynec. 136, pag. 1092.

SHAPIRO, S., SUSKINA, V., MONSON, R.R. et al (1976). Perinatal mortality and birthweight in relation to aspirin taken during pregnancy. Lancet, 1, pags. 1375-1376.

SCHARDEIN, J.L. (1975). Drugs as teratogens. C.R.C. Press, Cleveland, Ohio. Recogido de Lewis J. Peter (1983).

SIGERIST, H.E. (1958). The Great Doctors. Doubleday & Co., New York. Recogido de Kozma, C. (1980).

SIMPSON, W.J. (1957). A preliminary report on cigarette smoking and the incidence of prematurity. Amer. J. Obstet. Gynecol., 73, pag. 808.

SMITH, W.L. and LANDS, W.E.N. (1971). Stimulation and blockade of prostaglandin biosyntesis. J. Biol. Chem., 246, pag. 6700.

SMITHELLS, R.W. (1983). The demonstration of teratogenic effects of drugs in humans. In: Hawkins, D.F., Drugs and Pregnancy. Gran Bretaña. Ed. Butler and Tanner Ltd.

STANH, H. (1984). The real need for drug Prophylaxis and Therapy during pregnancy. En: Kuemmerte, H.P. y Brendel, K. Clinical Pharmacology in pregnancy. Thieme Stratton Inc., New York, pag. 185-196.

STEELE, R. LONGWORTH, J.T. (1966). The relation of antenatal and postnatal factors to sudden unexpected death in infancy. Can. Med. Assoc. J., 94, pag. 1165.

STEWART, D.J. (1964). The effect of tetracyclines upon the dentition. Br. J. Dermatol., 76, pags. 374-378.

STIMMEL, B., GOLDBERG, J., REISHAN, A. et al (1982). Fetal outcome in narcotic-dependent women. The importance of the type of maternal narcotic used. Am. J. Drug Alcohol Abuse, 839/4, pags. 383-395.

STOCKHAN, R. et al (1978). The effects on neonatal hyperbilirrubinaemia of parenteral administration of valium to women in labour. Journal of International Medical Research, 6, pag. 468.

SULLIVAN, W.C. (1899). A note on the influence of maternal inebriety on the offspring. J. Med. Sci., 45: pags. 489-503.

SUTHERLAND, J.M. (1959). Fatal Cardiovascular collapse of infants receiving large amounts of chloramphenicol. J. Dis. Child, 97, pags. 761-767.

SWALOW, J.N. (1964). Discolocation of primary dentition after maternal tetracycline ingestion in pregnancy. Lancet, 2, pags. 611-612.

TAEUCHS, U.W., CAPSON, S,H, WANG, N.S. et al (1973). Heroin induction of lung maturation on growth retardation in fetal rabbits. Journal of Pediatrics, 82, pag. 869.

TINDALL, V R. (1975). The liver in pregnancy. Clinics in Obstetrics and Gynaecology, 2, pags. 441-462.

TORRUELLA, P. y Cols. (1983). Malformaciones congénitas. Pogr. Obstet. Ginecol., 26-5, pags. 299-308.

TUCHMAN-DUPLESSIS, H., DAVID, G. y HAEGEL, P. (1972). Ilustrated Human Embriology. Vol 1, Embryogenesis. Masson and Cia., Editours. Paris. 167 pags.

UCALDE, F.J., APESTEGUI, J., ARRIBA, A., RIVERO, B., GOROSTIAGA, J. and LARRAZ, J.J. (1983). Problemas obstétricos de la paciente drogadicta. Rev. Esp. Obst. y Gin., pags. 405-410.

ULLBERG, S., DENCKER, L. and DANIELSSON, B. (1982). The distribution of drugs an other agents in the fetus. In: Snell, K., ed. Developmental toxicology. London. Croom-Helm, 123 pags.

UNDERWOOD, P., HESTER, L.L., LAFFITTE, T. Jr. et al (1965). The relationship of smoking to the outcome pregnancy. Amer. J. Obstet. Gynecol., 91. pag. 270.

VEGHELI, P.V. y Cols. (1978). The fetal alcohol syndrome-symptons and pathogenesis. Acta Pediatr. Acad. Sci. Hung, 19, pag. 171.

WALTMAN, T., TRICONI, U. and TAVAICOLT, F.M. (1976). Effect of aspirin on bleeding time during elective abortion. Obstet. Gynecol., 48, pag. 108.

WARNER, R.H. and ROSSTT, H.L. (1975). The effects of drinking on offspring. J. Stud. Alc., 36, pag. 1395.

WARKANY, J. and TACKS, E. (1959). Experimental production of congenital malformations in rats by salicilate poisoning. Am. J. Pathol., 35, pags. 315-331.

WEBSTER, W.S., WALSH, D.A., Mc EWEN, E. and UPSON, A.H. (1983). Some teratogenics properties of ethanol and acetaldehyde in C57BL/65 mice. Implications for the study of the fetal alcohol syndrome. Teratology, 27/2, pags. 231-243.

WIEDEMANN, H.R. (1961). Hinweis auf eine derzeitipehaufung hypo und aplasticer fehibildung der gliedmassen. Med. Welt, 37, pag. 1863. (citado en Korma, C.)

WILKINS, L. (1960). Masculinizacion of female fetus due to use of orally given progestins. JAMA, 172, pags. 1028-1030.