

11217
24
2ej

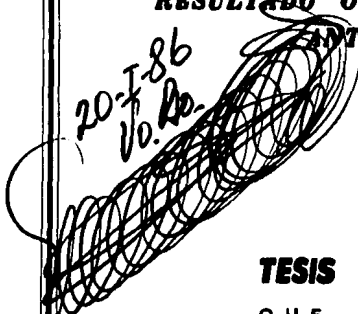


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA

**“CORRELACION DE ESTATURA, PESO Y
TAMAÑO DEL PIE.
RESULTADO OBSTETRICO: UN ESTUDIO
ANTROPOMETRICO”**

20-J-86
V.O. No.

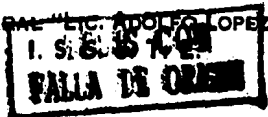


Manuscrito
Emilia

TESIS DE POSTGRADO

QUE PRESENTA EL
DR. JAIME EDUARDO CHAVEZ GARZA
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y CBSTETRICIA

HOSPITAL GENERAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

Pág.

| | |
|------------------------------|----|
| INTRODUCCION | 1 |
| MATERIAL Y METODOS | 3 |
| RESULTADOS | 5 |
| ANALISIS DE RESULTADOS | 8 |
| COMENTARIO | 18 |
| CONCLUSIONES | 20 |
| BIBLIOGRAFIA | 21 |

INTRODUCCION.-

La especialidad de ginecología y obstetricia ha tenido un avance tecnológico considerable en los últimos años.

Grandes cambios evolutivos han ocurrido en el diagnóstico y manejo de la desproporción cefalopélvica (DCP).

La cefalopelvimetría radiológica, un método diagnóstico popular en un principio, actualmente se ha visto desfavorecida por los ginecobstetras. Las limitaciones y riesgos de la pelvimetría radiológica, así como su falta de valor predictivo, son actualmente bien reconocidas.

La necesidad de pruebas con un valor pronóstico más adecuado es aparente.

Existe una regla, la cual ha prevalecido por años, la que establece que la probabilidad de desproporción cefalopélvica se encuentra marcadamente aumentada en aquellas pacientes con estatura baja (menor de 1.50 m) así como en aquellas con tamaño de manos y pies reducido.

Es nuestra impresión que esta regla es válida. Sin embargo hemos encontrado escasa literatura que documente la validez de este concepto.

Bernard en 1952 mostró en un estudio de mujeres Escocesas que el grado de dificultad mecánica durante el trabajo de parto era inversamente proporcional a la estatura de la paciente. En un estudio en mujeres Shona y Zulu hecho

por Stewart, Cowan y Philpott, en 1979, demostraron que la estatura media en aquellas mujeres que presentaron DCP fué menor que en aquellas que no presentaron DCP. Así mismo demostraron que el tamaño del pie, no obstante que fué menor en el grupo con DCP, no puede ser empleado como método de predicción o de selección de las pacientes. Sin embargo, en 1981 Kennedy y Greenwald demostraron en un estudio que el tamaño del pie es un indicador en aquellas mujeres con estatura menor de los 5 pies.

En 1983 Casanova menciona, en su texto de obstetricia, que si la estatura de la madre es menor de 1.55 m sospechar de estrechez pélvica.

El objetivo de este estudio es el de probar la validez de esta regla.

MATERIAL Y METODOS.-

Doscientas pacientes asistidas en el Hospital General Lic. Adolfo López Mateos del I.S.S.S.T.E. de Octubre 21 de 1983 a Junio 24 de 1985 fueron estudiadas. Unicamente -- fueron incluidas para este estudio nulíparas. Fueron registrados edad, número de embarazos, estatura, peso, tamaño del pie (basado en el número de calzado), semanas de -- gestación, estrato socioeconómico, fondo uterino, valoración clínica de la pelvis, variedad de posición y resultado obstétrico (cesarea, eutocia, distocia, sexo, apgar, -- patología funicular y complicaciones).

Las pacientes fueron divididas en dos grupos de acuerdo a su estatura: grupo uno con estatura menor de 1.50 m y grupo dos con estatura igual o mayor de 1.50 m. Estos grupos fueron subdivididos en dos subgrupos cada uno: A - número de calzado menor de 22.5 cm y B número de calzado igual o mayor de 22.5 cm.

Para cada subgrupo el número de partos vaginales, cesareas por DCP, cesareas por otras indicaciones fué determinado.

Los resultados fueron analizados por el método de chi cuadrada (chi square).

Además las pacientes fueron separadas en dos grupos:
1.- Aquellas que tuvieron parto vaginal y 2.- Aquellas que fueron sometidas a cesareas por DCP.

Para estos 2 grupos se calculó la media aritmética para su estatura, número de calzado, peso materno y peso de los -- productos. Estos resultados fueron analizados con la T - de Student.

RESULTADOS.-

Resultado obstétrico.-

Se practicaron 66 cesareas y se asistieron 134 partos vaginales, lo que corresponde a 33% y 67% respectivamente.

De las 66 cesareas 47 (23.5%) fueron por DCP y 19 (9.5%) fueron por otras causas (sufrimiento fetal agudo, pélvico en primigesta y primigesta añosa).

De los 134 partos 101 (75.37%) fueron eutócicos y 33 (24.62%) ameritaron forceps (22 simpson y 11 kielland).

Grupo 1.- menor de 1.50 m. de estatura, 53 pacientes.

Subgrupo A (menor de 22.5 cm. de número de calzado, 29 pacientes). En este subgrupo se practicaron 18 cesareas (62.06%) de las cuales 15 (51.72%) fueron por DCP, y 3 (10.34%) por otra causa.

Se asistieron 11 partos (37.93%) de los cuales 7 (63.63%) fueron eutócicos, y 4 ameritaron forceps (36.36%).

Subgrupo B (número de calzado mayor de 22.5 cm, 24 pacientes). En este subgrupo se practicaron 11 cesareas (45.83%), 9 por DCP (37.5%) y 2 por otras causas (8.33%), se asistieron 13 partos (54.16%), de los cuales 12 (92.30%) -- fueron eutócicos y 1 (7.69%) ameritó forceps.

Grupo 2.- mayor de 1.50 m. de estatura, 147 pacientes.

Subgrupo A (menor de 22.5 de número de calzado, 15 pacientes). Se practicaron 4 cesareas (26.66%), por DCP y se asistieron 11 partos (73.33%), 7 fueron eutócicos (63.63%) y 4 ameritaron forceps (36.36%).

Subgrupo B (número de calzado mayor de 22.5 cm, 132 pacientes). Se practicaron 33 cesareas (25%), de las cuales 19 (14.39%) fueron por DCP y 14 (10.6%) fueron por otras causas. Se asistieron 99 partos (75%) de los cuales 75 (75.75%) fueron eutócicos y 24 (24.24%) ameritaron forceps.

Productos.-

Se obtuvieron 203 productos ya que 3 embarazos fueron gemelares, de estos 54 de sexo masculino y 49 de sexo femenino. Uno de estos productos presentó datos compatibles con síndrome de Down, este fué hijo de una primigesta de 37 años. El peso promedio de los productos fué de 3041 gramos, con un rango que va desde los 2100 gramos hasta los 4175 gramos. Para el grupo 1 el peso promedio fué de 2982 gramos (subgrupo A 2860 gramos, subgrupo B 3104 gramos). Para el grupo 2 peso promedio de 3100 gramos (subgrupo A - 3103 gramos, subgrupo B 3097). El peso promedio de los productos obtenidos por cesarea por DCP en el grupo 1 fué de 2862 gramos para el subgrupo A y de 3341 para el subgrupo B. Para el grupo 2 fué de 3100 gramos para el subgrupo A y para el subgrupo B 3153.

Edad.-

La edad promedio fué de 24.75 años con un rango que va desde 17 hasta 37 años.

Peso.-

El promedio general de peso fué de 62.97 kilogramos con un rango de 45 a 120 kilogramos.

El grupo 1 con un peso promedio de 58.56 K y el grupo 2 con un peso promedio de 65.04 K.

Talla.-

Para el grupo 1, 1.46 m de promedio con un rango de 1.39 hasta 1.48.

Para el grupo 2, 1.56 m con un rango que va desde -- 1.50 hasta 1.68.

Número de calzado.-

Subgrupo 1 A 21.72 cm promedio. Subgrupo 1B con un promedio de 23.03 cm. Subgrupo 2 A un promedio de 21.87 cm y para el 2 B un promedio de 23.5 cm.

Edad gestacional.-

Encontramos que el promedio de los embarazos tuvo una duración de 39.6 semanas con un rango que va desde las 36 hasta las 43.4 semanas.

Anestesia.-

De los 134 partos asistidos solo 84 (62.69%) recibieron anestesia peridural; 45 (33.58%) recibieron local y 5 pacientes (3.73%) bloqueo de pudendos internos.

ANALISIS DE RESULTADOS.-

En la tabla I podemos ver que las edades, los pesos, los pesos de los productos y las edades gestacionales son semejantes para todos los grupos.

En la tabla II comparamos las cesareas por DCP para cada uno de los grupos.

En el grupo con estatura menor de 1.50 m tenemos un valor de chi cuadrada de 5.782 lo cual nos da una $P < 0.01$ que indica una diferencia significativa. Quince (51.72%) cesareas por DCP en el subgrupo A contra 9 (37.5%) cesareas por DCP en el subgrupo B.

En el grupo con estatura mayor de 1.50 m tenemos 4 cesareas (26.26%) por DCP en el subgrupo con número de calzado menor de 22.5 cm y 19 cesareas (14.39%) para el subgrupo con número de calzado mayor de 22.5 cm. La chi cuadrada calculada es de 3.64 con un valor de $P < 0.10$ lo cual es estadísticamente significativo (mínimo).

En la tabla III separamos a las pacientes en aquellas con estatura mayor de 1.50 m y en menor de 1.50 m (sin tomar en cuenta el tamaño del pie). Encontramos 24 cesareas por DCP, lo que corresponde a 45.28% en el grupo de menor estatura. En el grupo más alto tenemos 23 cesareas por DCP que corresponde a 15.64%. Estos datos nos dan una chi cuadrada de 25.45 con una $P < 0.005$ lo cual es una diferencia muy significativa.

En la tabla IV comparamos las medias aritméticas de las estaturas de aquellas pacientes asistidas de parto con aquellas sometidas a cesarea por DCP. Se calcula una T de Student de 2.15696 con una $P < 0.025$ lo cual es estadísticamente significativo.

En la tabla V comparamos el número de calzado para partos y cesareas por DCP. Encontramos una T de student de 1.34244 con una $P < 0.1$, misma que no es estadísticamente significativa.

En la tabla VI se comparan los pesos maternos para cesareas por DCP y partos. Tenemos una T de Student de 0.63703 con una $P < 0.25$ la cual no es estadísticamente significativa.

En la tabla VII comparamos los pesos de los productos para partos y cesareas por DCP. Aquí encontramos que la media aritmética de los productos obtenidos por vía abdominal es mayor que la de aquellos obtenidos por vía vaginal. Con una T de Student de 1.73236 y una $P < 0.05$ lo cual sería estadísticamente significativo. Sin embargo la H_0 se rechaza por no haber igualdad de varianzas.

La tabla VIII analiza la anestesia utilizada en 134 partos, la cual por si sola se explica.

TABLA I.- Edad, peso materno, peso de los productos y edad gestacional.

| | Estatura menor de 1.50 m. | | Estatura mayor de 1.50 m. | |
|--|---|---|---|---|
| | No. de calza do menor de 22.5 cm. | No. de calza do mayor de 22.5 cm. | No. de calza do menor de 22.5 cm. | No. de calza do mayor de 22.5 cm. |
| Edad (años) | 24.75 | 24.56 | 24.00 | 23.83 |
| Peso materno (Kg.) | 54.59 | 62.54 | 56.56 | 66.17 |
| Peso de los productos (g.) | 2860 | 3104 | 3103 | 3097 |
| Edad gestacional promedio (semanas) | 39.97 | 39.56 | 40.41 | 39.67 |

TABLA II.- Resultado de 200 embarazadas en cada subgrupo para altura y número de calzado.

| | Estatura menor de 1.50 m. | | Estatura mayor de 1.50 m. | |
|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| | No. de calzado menor de 22.5 cm. | No. de calzado mayor de 22.5 cm. | No. de calzado menor de 22.5 cm. | No. de calzado mayor de 22.5 cm. |
| Total de pacientes | 29 | 24 | 15 | 132 |
| Asistidos por vía vaginal | 11(37.93%) | 13(54.16%) | 11(73.33%) | 99(75.00%) |
| Cesáreas por DCP | 15(51.72%) | 9(37.5%) | 4(26.66%) | 19(14.39%) |
| Cesáreas por otra indicación | 3(10.34%) | 2(8.33%) | 0(0.00%) | 14(10.60%) |
| Significancia (vaginales VS. DCP) | $P < 0.01$ | $\chi^2=5.78$ | $P < 0.10$ | $\chi^2=3.64$ |
| Total Cesáreas | 18(62.06%) | 11(45.83%) | 4(26.66%) | 33(25.00%) |

TABLA III.- Resultado de 200 embarazadas para altura.

| | Estatura menor de 1.50 m. | Estatura mayor de 1.50 m. |
|-----------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Total de pacientes | 53 | 147 |
| Partos | 24(45.28%) | 110(74.82%) |
| Cesáreas por DCP | 24(45.28%) | 23(15.64%) |
| Cesáreas por otra indicación | 5(9.43%) | 14(9.52%) |
| Significancia (Vaginales VS. DCP) | $P < .005$ | $\chi^2=25.45$ |
| Total Cesáreas | 29(54.71%) | 37(25.17%) |

TABLA IV.- Promedio Estatura para partos y cesáreas por DCP.

| | | |
|------------------|-------------|-----------|
| Partos | 134 | 1.5354 m. |
| Cesáreas por DCP | 47 | 1.5018 m. |
| T de Student | 2.15696 | |
| Significancia | $P < 0.025$ | |

TABLA V.- Promedio de número de calzado para partos y cesáreas por DCP.

| | | |
|------------------|-----------|-----------|
| Partos | 134 | 23.10 cm. |
| Cesáreas por DCP | 47 | 22.77 cm. |
| T de Student | 1.34244 | |
| Significancia | $P < 0.1$ | |

TABLA VI.- Promedio de peso materno para partos y cesáreas por DCP.

| | | |
|------------------|------------|-----------|
| Partos | 134 | 62.26 Kg. |
| Cesáreas por DCP | 47 | 64.40 Kg. |
| T de Student | 0.63703 | |
| Significancia | $P < 0.25$ | |

TABLA VII.- Promedio de peso de productos para partos y cesáreas por DCP.

| | | |
|------------------|--------------|-----------|
| Partos | 134 | 3033.14 g |
| Cesáreas por DCP | 47 | 3225.00 g |
| T de Student | 1.73236 | |
| Significancia | $P < 0.05^*$ | |

* Se rechaza H_0 por no haber igualdad de varianzas.

TABLA VIII.- Anestesia Empleado 134 partos

| | | |
|-------------------|----|--------|
| Bloqueo Peridural | 84 | 62.68% |
| Local | 45 | 33.58% |
| Pudendos int. | 5 | 3.74% |

COMENTARIO.-

La desproporción cefalopélvica ha sido un problema -- identificado desde hace cientos de años. A través de la historia ha sido la responsable de muchas muertes maternas y fetales. La desproporción fué una de las complicaciones más temidas del parto hasta que la operación cesarea -- fué aceptada y perfeccionada.

Con la mejoría del estado de salud y de nutrición de nuestra población, así como el incremento de embarazos en mujeres aún más jóvenes, la incidencia de la desproporción cefalopélvica está aumentando.

Los obstetras desde hace tiempo han pensado en medios para predecir la desproporción cefalopélvica. El método predictivo más popular durante este siglo, la pelvimetría radiológica, fué usado hasta años recientes, en que se reconocieron sus limitaciones como pronóstico y los riesgos de radiación fetal fueron mejor entendidos.

La mayoría de los obstetras piensan que la DCF puede únicamente ser diagnosticada con una adecuada prueba de -- trabajo de parto.

La definición de una prueba de trabajo de parto adecuada varía ampliamente. La más comunmente empleada es -- la de 4 horas de buen trabajo de parto sin progreso en la dilatación cervical o más de 2 horas en el segundo período del trabajo de parto sin encajamiento de la cabeza fetal.

El juicio clínico del obstetra puede dictaminar una -- intervención más temprana si la desproporción es aparente.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Muchos indicadores pueden ser tomados en cuenta tal como: pelvimetría clínica (manual), estatura, peso y bitus general de la paciente. Creemos que entre más indicadores sean usados, más seguro será el diagnóstico.

Hemos demostrado que el tamaño del pie y la estatura son indicadores del tamaño de la pelvis en las mujeres. Esta información, junto con los parámetros clínicos ya mencionados, pueden fundamentar el diagnóstico de DCP así como ayudar a el clínico a abreviar el trabajo de parto que difícilmente terminará por vía vaginal. No somos partidarios de eliminar la prueba de trabajo de parto. Sin embargo una prueba prolongada puede ser agotadora para la madre y condicionar sufrimiento en el producto lo cual puede ser evitado si se incluyen estos datos en el proceso de la toma de decisiones para hacer o no una cesarea.

CONCLUSIONES.-

Del presente estudio podemos concluir lo siguiente:

- 1.- La estatura es un parámetro muy importante que puede ser empleado como auxiliar para el diagnóstico de desproporción cefalopélvica.
- 2.- El número de calzado en el presente estudio sólo demostró su utilidad como auxiliar en aquellas pacientes con estatura menor de 1.50 m, con una diferencia poco significativa para aquellas con estatura mayor de 1.50 m. Cuando se comparó la media aritmética de las pacientes sometidas a cesarea contra aquellas asistidas por vía vaginal, no obstante que el número de calzado fué menor para el grupo de cesareas, la diferencia no fué significativa.
- 3.- El peso de la madre no es útil como auxiliar, sin embargo debemos de tenerlo presente para la valoración integral de la paciente.

Bibliografia:

- 1.- Bernard, R. M.: The Shape and Size of the Female Pelvis. Edinburgh Med Journal, 52:1-16,1952.
- 2.- Stewart, K. S., Cowan, D. B., Philpott, R. H.: Pelvic Dimensions and the Outcome of Trial Labour in Shona - and Zulu primigravidas. South African Med Journal, -- 55:847,1979.
- 3.- Kennedy, J. L., E. Greenwald: Correlation of Shoe --- Size and Obstetric Outcome: An anthropometric study. Am J Obstet Gynecol 140:466,1981.
- 4.- Casanova, N.: Obstetricia 318,1983.
- 5.- Philpott, R. H.: The Recognition of Cephalopelvic --- Disproportion. Clinics in Obstetrics and Gynaecology, 9:609,1982.
- 6.- Leaverton, P. H.: A Review of Biostatistics 47,1978.
- 7.- Spiegel, M.R.: Statistics 201,1961.