

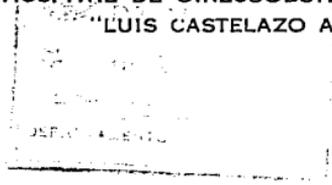
11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Instituto Mexicano del Seguro Social
HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA NO. 4
"LUIS CASTELAZO AYALA"



MORBIMORTALIDAD PERINATAL EN EL EMBARAZO PROLONGADO TIPO I

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A

DR. ALEJANDRO MONROY FLORES

ASESOR: DR. ENRIQUE DE JESUS MENDEZ ORTEGA



[Handwritten signature]

MEXICO, D. F.

FEBRERO DE 1994



ENSEÑANZA
HGO. "LUIS CASTELAZO AYALA"
I.M.S.S.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



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

| | PAG. |
|--|------|
| I. INTRODUCCION..... | 1 |
| II. GENERALIDADES..... (Embarazo Prolongado). | 3 |
| III. JUSTIFICACION..... | 7 |
| IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 8 |
| V. OBJETIVOS..... | 9 |
| VI. MATERIAL Y METODOS..... | 10 |
| VII. RESULTADOS..... | 12 |
| VIII. CONCLUSIONES..... | 15 |
| IX. GRAFICAS..... | 16 |
| X. BIBLIOGRAFIA..... | 23 |

I N T R O D U C C I O N

Nada produce mayor ansiedad en la paciente y su obstetra que "pasarse de la fecha".

Embarazo prolongado. ¿Que tiene de malo el embarazo prolongado? La literatura mundial ha sido abundante, situando en la actualidad al embarazo prolongado como un problema perinatal de gran importancia.

Es imperativa la necesidad de una vigilancia estrecha - en esta patología, de genesis de aun desconocida, esta situación, ha llevado a muchos obstetras a tomar decisiones que - no siempre son las mejores para el feto, ante la duda de determinar con exactitud el bienestar o deterioro fetal.

A la fecha no se han definido cuales son las causas que desencadenan el parto a termino y mucho menos las causas que pueden retrasarlo. Es aventurado suponer que el retraso del parto constituye una patología obstetrica, ya que pudiera -- tratarse de una variante normal. Lo que si esta bien comprobado es que la prolongación de la gestación después de cierto límite se acompaña de problemas perinatales importantes.

En relación a la morbilidad de los productos de embarazos posttermino, a largo plazo, son denominadores comunes, -- que los problemas graves del recién nacido posttermino son re

sultados de sufrimiento fetal, asfixia y aspiración de meconio, que los niños posttermino macrosómicos son susceptibles de traumatismos al nacimiento y que anomalías del SNC. Como anencefalia suelen relacionarse con mayor frecuencia - con embarazo prolongado.

GENERALIDADES

Se define el embarazo posttermino como aquel que cumple mas de 294 días a partir del último periodo menstrual. El embarazo posttermino es esencialmente lo mismo que prolongado, excepto que esta última denominación implica un conocimiento de la madurez del que no se dispone antes del nacimiento. Embarazo prolongado es aquel que rebasa las 42 semanas, postmadurez, inmadurez y síndrome de disfunción placentaria son denominaciones que desafortunadamente se han utilizado con la misma connotación. Todas se refieren a un estado que produce recién nacidos con signos clínicos de desgaste de inicio tardío.

La incidencia de postmadurez varia de acuerdo a la definición utilizada y al grupo, pero en general varia de un 3.5% a un 14.3% y ocurre postmadurez en casi 21% de los embarazos prolongados. Aunque se han desarrollado diversas teorías para explicar la patogenia del embarazo posttermino, no se ha precisado su mecanismo fisiológico real. Por tanto hasta que se definan mas los mecanismos de iniciación del trabajo de parto, las causas del embarazo posttermino permanecieran sin aclarar.

Hay circunstancias clínicas o relaciones como las anoma

lias bioquímicas o anatómicas que pueden predisponer al embarazo prolongado por ejemplo; la anencefalía fetal a menudo se relaciona con el embarazo posttérmino.

Existen algunos factores como la edad materna, la paridad, el origen étnico, el nivel socioeconómico, pérdida gestacional previa, el antecedente de embarazo, que han sido -- estudiados como predisponentes para el embarazo prolongado -- pero no se ha llegado a una conclusión.

Los recién nacidos de embarazos prolongados son más grandes que los neonatos a término; por ejemplo, en comparación con el al término, el recién nacido posttérmino tiene un peso promedio al nacer de 120 a 180 gr mayor y una incidencia de tres a siete veces más de macrosomía fetal.

SINDROME DE POSMADUREZ.

El síndrome de postmadurez complica 20-4 de los embarazos prolongados. Este síndrome se caracteriza por cambios - cutáneos, pérdida de grasa y masa muscular subcutánea y tinción meconial. Cliford clasificó estos datos en tres etapas clínicas. La primera etapa del síndrome de postmadurez de -- cliford se tipifica por los cambios en la piel, que característicamente esta arrugada y se desprende, pero no esta teñi da. El cuerpo es largo y delgado con un bajo índice ponderal. En la etapa II hay todos los datos de la etapa I pero con un mayor grado de disfunción placentaria, que se caracte riza por sufrimiento fetal y tinción meconial del liquido am niótico. Esta última afecta la piel fetal, las membranas -- placentarias y el cordón umbilical. La etapa III indica dis función placentaria avanzada. Estos niños y sus placentas - tipificamente tienen una tinción amarillenta, porque se ex-- pulsa meconio varios días antes y la bilis ha sido fragmen-- tada en él.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD PERINATALES.

El feto que pasa de término tiene un riesgo mucho mayor de muerte perinatal. La mortalidad perinatal aumenta des- - pués de las 42 semanas, se duplica a las 43 y se quintuplica a las 44. Es mas, esta mayor mortalidad persiste en niños -

posttermino hasta los dos años de edad. Después de la aparición de la vigilancia fetal por medios electronicos, Sachs y Fridman encontraron que la mortalidad perinatal no aumenta ba notoriamente en niños postterminos, pero en aquellos peque ños para su edad gestacional la mortalidad perinatal era - - seis a siete veces mayor.

Factores de alto riesgo como hipertensión o la diábetes sacarina, no predisponen a una mayor posibilidad de embarazo prolongado, pero si aumentan de manera notoria la morbimorta lidad perinatal.

La incidencia de anomalias congenitas es mayor, 2.5% y 1.8% en embarazo posttermino que en los atermino respectiva-- mente.

La incidencia doble de cesárea que se observa en la pa-- ciente posttermino es reflejo de la mayor frecuencia de macro somia fetal y tinción meconial de líquido amniótico. Esta - última circunstancia es un ingrediente primario en las bajas calificaciones de apgar.

J U S T I F I C A C I O N

El embarazo prolongado se presenta con una frecuencia - en la población general desde un 3.5% hasta un 14.4%.

Existen reportes que indican que el embarazo prolongado aumenta la frecuencia de operación cesárea por mayor número de productos macrosémicos y tinción meconial del líquido amniótico.

El embarazo prolongado contribuye en forma importante - en la morbilidad y mortalidad perinatal.

Se ha asociado al embarazo prolongado con un mayor número de malformaciones congénitas como la anencefalia, ocasionando problemas de tipo psicológicos, biológicos y sociales.

Los problemas importantes en el embarazo prolongado son los problemas de postmadurez, síndrome de aspiración de meconio y bajos apgar al nacimiento.

En lo referente a los aspectos generales y clínicos del nacimiento de los productos postmaduros, se debe hacer una - valoración precisa de la edad gestacional, datos de postmadurez y alguna otra patología asociada.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Morbilidad y la mortalidad perinatal en el embarazo prolongado es mayor que en el embarazo a término.

HIPOTESIS NULA

La morbimortalidad perinatal, en el embarazo prolongado es la misma que en el embarazo de término.

HIPOTESIS ALTERNA

El embarazo prolongado tipo I influye en la morbimortalidad perinatal.

O B J E T I V O S

- I. DETERMINAR LA MORBIMORTALIDAD PERINATAL EN EL EMBARAZO PROLONGADO TIPO I.

MATERIAL Y METODO

En el presente estudio se hace un análisis prospectivo, observacional y transversal de 50 pacientes con embarazos de 42 semanas o más captadas en el quinto piso sur del hospital "LUIS CASTELAZO AYALA" en el periodo comprendido de julio -- de 1993 a enero de 1994.

CRITERIOS DE SELECCION:

CRITERIOS DE INCLUSION:

1. Pacientes con amenorrea confiable de 42 semanas o más - de gestación.

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

1. Pacientes con amenorrea no confiable mayor de 42 semanas
2. Pacientes con trastornos menstruales, uso de hormonales 3 meses previos al embarazo.
3. Edad materna menor de 18 años.

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Pacientes que no acepten el estudio.

ESPECIFICACION DE LAS VARIABLES:

- Edad materna
- Semanas de gestación
- Antecedentes Obstétricos
- Peso del recién nacido
- Vías de interrupción del embarazo
- Indicación de interrupción del embarazo
- Morbimortalidad perinatal.

R E S U L T A D O S .

EDAD MATERNA:

| EDAD | No DE PACIENTES | % |
|-------------|-----------------|----|
| 18- 22 años | 20 | 40 |
| 23-26 | 10 | 20 |
| 27-31 | 18 | 36 |
| 32-36 | 1 | 2 |
| 36 y mas | 1 | 2 |

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.

| GESTAS | No. DE PACIENTES | % |
|--------|------------------|----|
| I | 26 | 52 |
| II | 14 | 28 |
| III | 3 | 6 |
| IV | 7 | 14 |

| SEMANAS DE GESTACION: | No. DE PACIENTES | % |
|-----------------------|------------------|----|
| 42.1 | 20 | 40 |
| 42.2 | 6 | 12 |
| 42.3 | 3 | 6 |
| 42.4 | 6 | 12 |
| 42.5 | 4 | 8 |
| 42.6 | 4 | 8 |
| 43 | 3 | 6 |
| MAS DE 43 | 4 | 8 |

R E S U L T A D O S

| PESO DEL RN | NO. DE PACIENTES | % |
|-------------|------------------|----|
| 2500-2699 | 6 | 12 |
| 2700-2799 | 4 | 8 |
| 2900_3099 | 8 | 16 |
| 3100-3299 | 14 | 28 |
| 3300-3499 | 6 | 12 |
| 3500- 3699 | 6 | 12 |
| 3700 6-145 | 6 | 12 |

| VIA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO. | No. PACIENTES | % |
|-----------------------------------|---------------|----|
| CESAREA | 40 | 80 |
| PARTO EUTOCICO | 8 | 6 |
| PARTO DISTOCICO | 2 | 4 |

| APGAR AL MINUTO | No. DE PACIENTES | % |
|-----------------|------------------|----|
| MENOR DE 7 | 5 | 10 |
| MAYOR DE 7 | 45 | 90 |

| APGAR A LOS 5 MIN. | No. DE PACIENTES | % |
|--------------------|------------------|-----|
| MENOR DE 7 | 0 | - |
| MAYOR DE 7 | 50 | 100 |

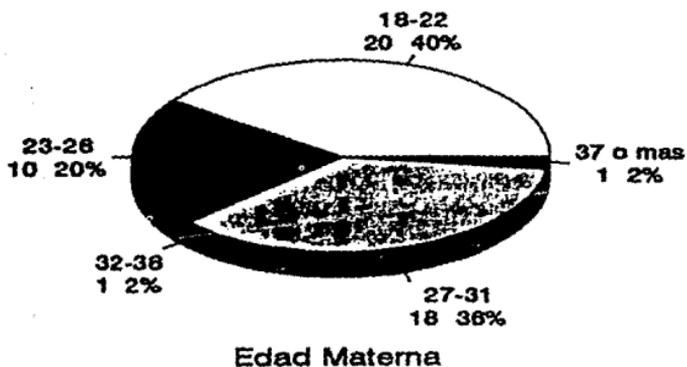
R E S U L T A D O S .

| | | |
|-----------------------|------------------|----|
| MORBILIDAD PERINATAL. | No. PACIENTES | % |
| S. D. R. | 0 | 1 |
| POSTMORTEZ | 1 | 2 |
| S.A. L A. M | 1 | 2 |
| MECONIO | 8 | 16 |
| OLIGOHIDRAMNIOS | 6 | 12 |
| R.C.I. U. | 1 | 2 |
| MORFALIDAD PERINATAL. | No. DE PACIENTES | % |
| OBITO FETAL. | 1 | 2 |

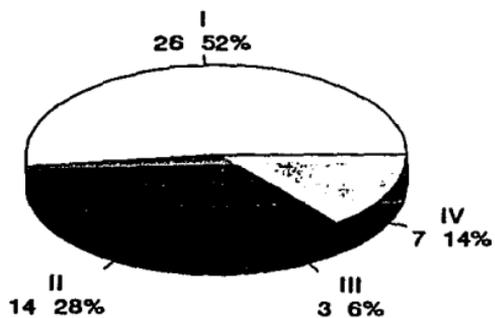
C O N C L U S I O N E S

- 1.- La edad promedio en que se observó el mayor frecuencia el embarazo prolongado fue de 18 a 22 años con un porcentaje de 40%.
- 2.- La frecuencia de morbilidad en nuestro estudio fue de 16% la mas frecuente fue el tinte meconial en liquido amniotico lo cual es parecido en lo que se reporta en la literatura mundial.
- 3.- La mortalidad perinatal solo se observó en un solo paciente que correspondió al 2% de todos los pacientes estudiados.
- 4.- En cuanto a el numero de embarazos , se observó que fue mas frecuente en pacientes primigestas.
- 5.- El peso promedio de los recién nacidos, mas frecuentes fue de 3100 a 3299gr.
- 6.- La via de interrupcion del embarazo mas frecuentemente utilizada fue la cesarea en un 80% contra un 12% en relacion al parto por via vaginal.
- 7.- Por ultimo podemos concluir que en nuestro hospital, la baja frecuencia en relacion a la morbimortalidad perinatal puede ser resultado del buen manejo en cuenta a esta patologia.

MORTALIDAD PERINATAL EN EL EMBARAZO PROLONGADO

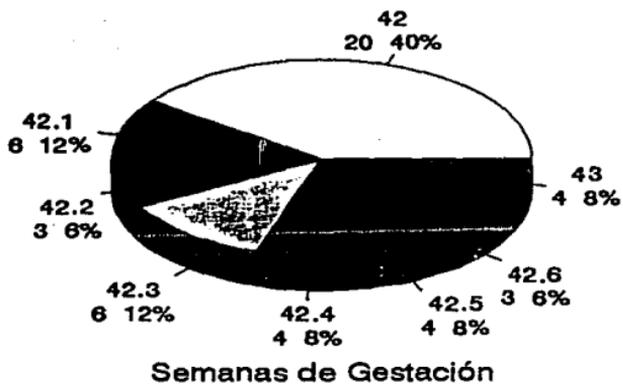


MORTALIDAD PERINATAL EN EL EMBARAZO PROLONGADO

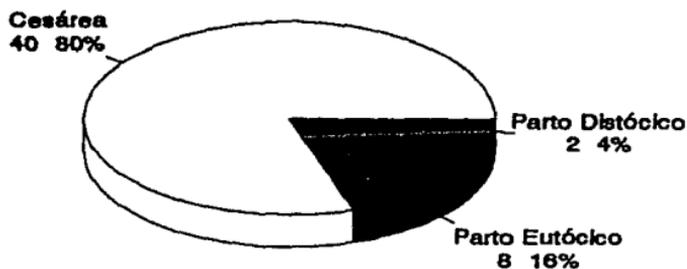


Antecedentes Gineco-Obstétricos
Gestaciones

MORTALIDAD PERINATAL EN EL EMBARAZO PROLONGADO



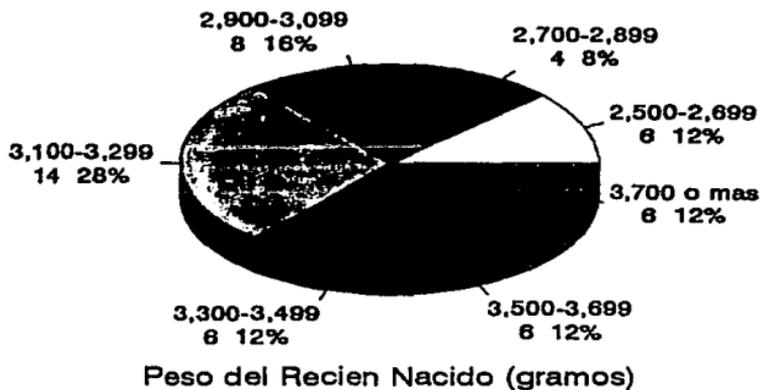
MORTALIDAD PERINATAL EN EL EMBARAZO PROLONGADO



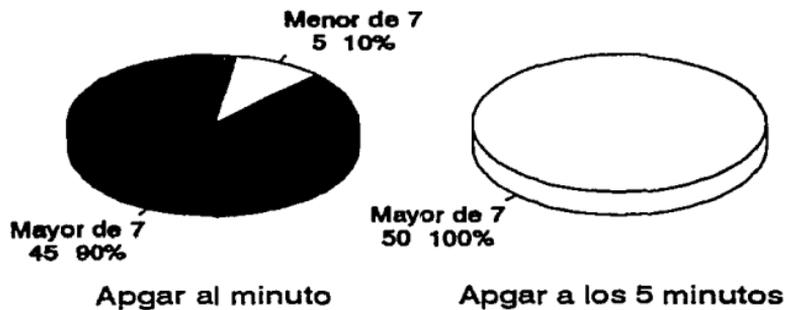
Vía de Interrupción del embarazo

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

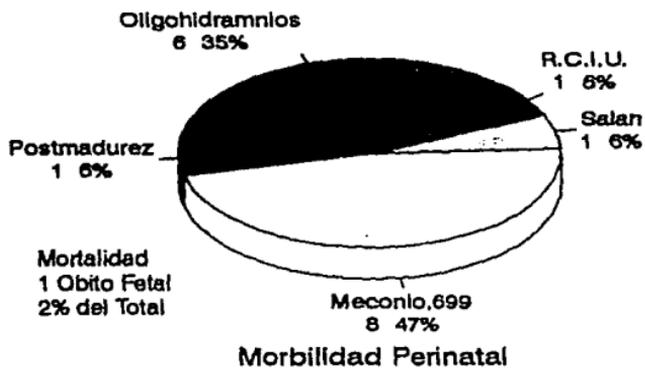
MORTALIDAD PERINATAL EN EL EMBARAZO PROLONGADO



MORTALIDAD PERINATAL EN EL EMBARAZO PROLONGADO



MORTALIDAD PERINATAL EN EL EMBARAZO PROLONGADO



B I B L I O G R A F I A

1. Schneider J,M. Olson RW, Curet LB. Screening for fetal and neonatal risk in the postdate pregnancy. Am. j. Obstet - Gynecol. 1978; 13:473.
2. Evans TN, Koeft ST, Morely GW. Fetal effects of prolonged pregnancy Am J obstet Gynecol. 1963; 85:701.
3. Magram HM. Cavanagh WV. The problem of postmaturity. Am J Obstet Gynecol. 1960; 79:216.
4. Arias F, Embarazo posttermino. Conferencia en el 9o. Congreso mexicano de ginecología. Octubre 1986.
5. Clifford S. Postmaturity With Placenta Dufuncion. J. Pediatrics. 1954; 44:1.
6. Guzmán S.A., et a. Embarazo prolongado y postmadurez: mito ó realidad. Ginec Obstet Mex. 1985; 53:1.
7. Boyd ME, et al. Fetal macrosomia predicci6n, risk, proposed, management. Obstet Gynecol. 1983; 61:715.
8. Martínez E, et al. Morbimortalidad perinatal en productos macros6micos. Ginec Obstet Mex. 1986; 54:72.
9. De la Jara DJ. Flores HH, Escobedo. Embarazo prolongado, análisis de 236 casos. Clin obstet Mex. 1990;58:133.

10. Sachs BF, Friedman EA. Results of an epidemiologic study of postdate pregnancy. J reprod Med. 1986; 31:162
11. Muñoz R y Cols. Embarazo prolongado::análisis de 350 casos de manejo protocolizado. Ginec Obstet Mex. 1991; - 59 supl I, capit 3, No. 17 pags. 33.
12. Villanueva RC y cols. Oligohidramnios severo en el embarazo prolongado, reporte de 100 casos. Ginec. Obstet - Mex. 1991; 59 supl I, capit: 3, No. 32, pags. 38.
13. Kenneth J, trimmer MB, et al. Observacions on the cause of oligohydramnios in prolonged pregnancu. Am J obs tet Gynecol. 1990; 163;1900.
14. Anderson GC. Postmaturity: A Review. Obstet Gynecol Surv 1972; 27:65.
15. Lagrew DC, Fredman RK. Manegement of postdate pregnancy. Am J. Obstet Gynecol. 1986; 154.8.