

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL GENERAL
"FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ"

50
2ij

**TRATAMIENTO DEL RETRAZO EN EL
CRECIMIENTO INTRAUTERINO CON ACIDO
ACETIL SALICILICO EN MUJERES
EMBARAZADAS**

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DR. FRANCISCO JAVIER GOMEZ NORBERTO

ASESOR DE TESIS
DR. MAURICIO GUTIERREZ CASTAÑEDA



ISSSTE

TESIS CON MEXICO D. F.
FALLA DE ORIGEN

OCTUBRE 1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

E. Herrera Nava
Dr. ENRIQUE HERRERA NAVA
COORDINADOR DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL DR FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ
I S S S T E

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
H.G. DR. FERNANDO QUIROZ GTZ.

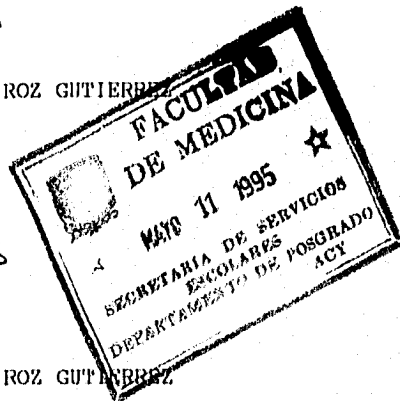
NOV, 10 1993

Eugenia Espinoza Perez
DRA.MA. EUGENIA ESPINOZA PEREZ
COORDINADORA DE ENSEÑANZA
HOSPITAL GENERAL DR FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ
I S S S T E

COORD. DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACION

Mauricio Gutierrez Castañeda
DR. MAURICIO GUTIERREZ CASTAÑEDA
ASESOR DE TESIS
HOSPITAL GENERAL DR FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ
I S S S T E

Rodolfo Prado Vega
DR. RODOLFO PRADO VEGA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL DR FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ
I S S S T E



A G R A D E C I M I E N T O

A mis Padres

Por su orientación, desvelos, educación y que me han -
encaminado mi conducta por lo mejores senderos en la --
vida.

A mi esposa...

Leticia por su gran apoyo incondicional y confianza que
siempre ha depositado en mi.

A mis Hijos...

Elleth, Perla e Ilse por su demostración siempre de ca-
riño y amor en momentos difíciles y por su hermosa y --
gran presencia en mi vida.

A mis Hermanos...

A mis Maestros...

A mis Amigos...

I N D I C E

Pags .

I	INTRODUCCION	1
II	HIPOTESIS.....	16
III	JUSTIFICACION.....	17
IV	OBJETIVO.....	18
V	MATERIAL Y METODOS.....	19
VI	RESULTADOS.....	20
VII	ANALISIS.....	21
VIII	CONCLUSIONES.....	22
IX	BIBLIOGRAFIA.....	23

INTRODUCCION.

DEFINICION:

El retraso en el Crecimiento intrauterino (RCIU) --- ó también llamado Crecimiento Intrauterino Retardado (CIR). Se define como la disminución patológica del ritmo del crecimiento fetal, teniendo como resultado un feto que no alcanza su potencial inherente de --- crecimiento y localizado por abajo del percentil --- 10 y esta en peligro de sufrir asfixia.

CLASIFICACION:

El proceso de crecimiento fetal se divide en 3 fa--- ses consecutivas:

La Primera: La de Hiperplasia celular y comprende -- las primeras 16 semanas de gestación.

En ésta etapa hay un incremento rápido en el número_ de células.

La Segunda: La Hiperplasia e Hipertrófia concomitan- tes y va de la semana 16 a la semana 32 y comprende - incrementos en el tamaño y número de las células.

La Tercera: La de Hipertrófia celular y va de las -- 32 semanas hasta el término de la gestación. Hay un_ incremento rápido en el tamaño de las células. En -- esta fase se produce gran parte del depósito de gra- sa en el feto.

En estos tres procesos se constituye la base teórica de la clasificación clínica del RCIU con arreglo al - patrón MORFOMETRICO DEL CRECIMIENTO FETAL.

Se utiliza la relación entre la circunferencia abdomi- nal y la cabeza fetal para definir el patrón de RCIU_ como Simétrico o Asimétrico.

El tipo I ó Retardo Simétrico: ES en el que hay una - Disminución proporcional en el crecimiento de la cir- cunferencia del abdomen y el de la cabeza.

Este retardo puede ser consecuencia de un factor --
lesivo temprano que obstaculiza la Hiperplasia celu-
lar fetal y que causo una disminucion proporcional -
en el tamaño de los órganos del neonato.

El tipo II ó Retardo Asimétrico: En el cual hay una
disminucion desproporcional en la circunferencia ---
del abdomen fetal en relacion con la cabeza del ----
producto.

La forma asimétrica puede depender de un factor le-
vo anterior que impidio la Hiperplasia celular y ---
que al final produjo una disminucion desproporciona-
da en la circunferencia del abdomen en comparacion --
con la de la cabeza.

El 75% de los pacientes con RCIU se clasifican den-
tro del patrón Asimétrico. Apesar de que estos pro-
ductos pueden estar expuestos a mayores peligros ---
de Hipoxia perinatal e Hipoglicemia neonatal y su --
pronóstico a largo plazo con buenas y adecuadas me-
didas es satisfactorio.

El Retardo Simétrico del Crecimiento es producto de_
factores lesivos tempranos y se caracteriza por un_
largo período de crecimiento subnormal.

Estos productos no tienen Hipoxia perinatal pero ---
pueden mostrar a largo plazo una disminucion del de-
sarrollo neurológico a consecuencia de una deficien-
cia en el número total de neuronas cerebrales.

Se piensa que las anomalías cromosómicas guardan
relacion con patrones de RCIU Simétrico.

La diferenciación entre el Retardo Simétrico y el A-
simétrico no es tan nitida y que las decisiones asis-
tenciales y terapéuticas no se deben de basar en pa-
trones de crecimiento unicamente.

ETIOLOGIA:

La etiología del RCIU esta relacionada con multi---ples factores, esta clasicicación esta dada por factores extrínsecos ó intrínsecos para el feto, Otras clasificaciones estan basadas en factores fetales,- Placentarios y Maternos.

CAUSAS FETALES:

Anormalidades cromosómicas:

Trisomías Autosómicas (21,18,13).
Monosomía X (Síndrome de Turner).
Deleciones (4p-, 5p-, 13q-, 21q-.).

Errores innatos del metabolismo.

Infecciones.

Por Virus:

Citomegalovirus.
Rubéola.
Herpes.
Varicéla-zoster.

Por Bacterias.

Sífilis.
Listeria monocytogenes.

Por Protozoarios.

Toxoplásma gondii.
Paludismo.
Enfermedad de Chagas.

Malformaciones.

Microcefalia.
Anencefalia.
Defectos Cardiovasculares.
Defectos de la pared ventral.
Defectos Gastrointestinales.
Defectos Genitourinarios.
Defectos Esqueléticos.

CAUSAS PLACENTARIAS:

Inserción anormal del Cordón: inserción velamentosa.
Placenta en raqueta.

Infartos múltiples.

Placenta Previa.

Desprendimiento prematuro de placenta,

Placenta circunvalada.

Gestación múltiple.

Corioangiomas.

CAUSAS MATERNAS:

Nutricionales.

Inanición.

Enteropatía inflamatoria.

Pancreatitis consecutiva a cirugía de derivación --
gástrica.

HIPOXIA.

Asma.

Fibrosis quística.

Cardiopatía cianótica.

Bronquiectasia.

Cifoscoliosis.

VASCULARES.

Preeclampsia.

Hipertensión crónica.

Vasculopatías de la colágena.

Diabetes sacarina.

RENALES.

Glomerulonefritis.

Nefrosis lipídica.

Nefrosclerosis arteriolar.

HEMATOLOGICAS.

Enfermedad de células drepanocíticas.

Isoinmunización.

Anémias.

Leucémias.

AMBIENTALES

Vida a grandes alturas.

Tabaquismo.

Alcoholismo.

Heroína.

Metadona.

Cocaína.

Antimetabolitos.

Anticoagulantes.

Anticonvulsivos.

La importancia clínica del RCIU radica en el hecho de que el peso neonatal constituye el indicador más preciso de complicaciones - y muertes perinatales,. Hasta la actualidad no se conoce con detalle las causas y la evolución natural del RCIU.

PRECUENCIA

El RCIU tiene una frecuencia de un 3% a un 7%.

El 33% de los fetos que pesan menos de 2500grs. - son neonatos con bajo peso al nacimiento y de hecho son a término.

La mortalidad perinatal es de 3 a 10 veces mayor en comparación a aquellos cuyo peso es apropiado para su edad gestacional.

DIAGNOSTICO DEL RETRAZO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO.

- 1.- HISTORIA CLINICA COMPLETA.
- 2.- Identificar al grupo de mujeres ó paciente que estan -- expuestos a mayor peligro.
- 3.- Diagnóstico clínico. Es difícil detectar un feto con -- RCIU, solo que el médico tenga un índice muy alto de -- sospecha. En todas las consultas debe determinarse la -- altura del fondo uterino mediante un método estandar -- cuantificando en centímetros la distancia curvilínea, -- existente desde la sínfisis del púbis hasta el punto -- más alto del fondo uterino. Toda desviación del incre-- miento esperado de crecimiento de 1 cm/sem. entre las 20 semanas y las 36 semanas de gestación es sospecha y si -- persiste, requiere una evaluación más precisa. Aún exis-- te ciertas inexactitudes en el diagnóstico, incluso --- cuando se explora con mucho cuidado.
- 4.- El diagnóstico por Ultrasonografía debe de tomarse en-- cuenta:
 - A.- Clasificación Morfológica del RCIU.
 - B.- Identificación de la embarazada en peligro -- de RCIU.
 - C.- Valoración precisa de la edad gestacional.
 - D.- Valoración del crecimiento seriado en fun-- sión de la edad gestacional.

A.- Clasificación morfológica del RCIU:

El crecimiento apropiado del feto depende:

 - a.- Determinantes genéticas normales.
 - b.- Parámetros ambientales normales.
 - c.- Nutrimientos apropiados y suficientes aporta-- dos por la circulación materna aportada ala -- placenta y esta a su vez al producto.

Si uno de estos factores es anormal, afecta el creci--- miento normal del producto y esto nos da como consecuen-- cia RCIU morfológico Asimétrico ó Simétrico.

DIAGNOSTICO DEL RETRAZO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO.

- 1.- HISTORIA CLINICA COMPLETA.
- 2.- Identificar al grupo de mujeres ó paciente que estan -- expuestos a mayor peligro.
- 3.- Diagnóstico clínico. Es difícil detectar un feto con -- RCIU, solo que el médico tenga un índice muy alto de -- sospecha. En todas las consultas debe determinarse la_ altura del fondo uterino mediante un método estandar -- cuantificando en centímetros la distancia curvilínea, -- existente desde la sínfisis del púbis hasta el punto_-- más alto del fondo uterino. Toda desviación del incre-- mento esperado de crecimiento de 1 cm/sem. entre las 20 semanas y las 36 semanas de gestación es sospecha y si - persiste, requiere una evaluación más precisa. Aún exis-- te ciertas inexactitudes en el diagnóstico, incluso --- cuando se explora con mucho cuidado.
- 4.- El diagnóstico, por Ultrasonografía debe de tomarse en-- cuenta:
 - A.- Clasificación Morfológica del RCIU.
 - B.- Identificación de la embarazada en peligro -- de RCIU.
 - C.- Valoración precisa de la edad gestacional.
 - D.- Valoración del crecimiento seriado en fun-- sión de la edad gestacional.

A.- Clasificación morfológica del RCIU:

El crecimiento apropiado del feto depende:

- a.- Determinantes genéticas normales.
- b.- Parámetros ambientales normales.
- c.- Nutrimientos apropiados y suficientes aporta-- dos por la circulación materna aportada ala_ placenta y esta a su vez al producto.

Si uno de estos factores es anormal, afecta el creci--- miento normal del producto y esto nos da como consecuen_ cia RCIU morfológico Asimétrico ó Simétrico.

El Asimétrico ó Hipogénia que no afecta la cabeza, se -
observa a finales del Segundo Trimestre ó Durante el --
Tercer Trimestre.

Las causas mas comunes son las maternas que representan
y repercuten en una alteración anormal del flujo utero..
placentario.

Los fetos suelen mostrar al nacer disminución del peso..
y talla , pliegues redundantes de piel , policitémia --
hipoglicémia, hipoproteinémia y circunferencia cefálica
normal para su edad gestacional.

Tienen pocas anomalías congénitas y placenta con --
aspecto normal y ocasionalmente infartos.

El Simétrico Suele aparecer antes de la semana 28 de ---
gestación y se acompaña de un retardo en el crecimiento
del cuerpo y del encéfalo.

Tiene una insidencia de un 25% aproximadamente.

Se observa más en fetos con infecciones congénitas, ----
anomalías cromosómicas o estructurales ó efectos de daño
ambiental temprano , por abuso de drogas como heroína --
alcohol, cocaína.

Estos productos no siempre tienen aspecto desnutrido ---
cuando nacen pero hay una disminución global en todas -
sus mediciones.

B.- Identificación de pacientes en peligro de sufrir ---
RCIU Causas más frecuentes:

Primer Trimestre:

Ambientales

Rayos X.

Fármacos:

Heroína.

Metadona.

Alcohol.

Coumadina.

Dilantin.

Trimetadona.

Cocaína.

Fetales.

Infecciones.

- Rubéola.
- Citomegalovirus.
- Herpes simple.
- Toxoplasmosis.
- Paludismo.
- Sífilis congénita.

Genéticas.

- Trisomía 21.
- Trisomía 18.
- Trisomía 13.
- Síndrome de Turner (45 XO).
- Triplodia.

SEGUNDO TRIMESTRE

Ambientales.

- Nutrición de la madre.
- Factores socioeconómicos

Placentarios.

- Infartos múltiples.
- Desprendimiento parcial.
- Placenta circunvalada.
- Hemangioma.

TERCER TRIMESTRE

Ambientales.

- Grandes alturas.
- Tabaquismo.

Materna

- Enfermedad vascular.
 - Toxémia.
 - Hipertensión crónica.
 - Nefropatía.
 - Cardiopatía congénita.
 - Síndrome de Hipotensión en Decúbito
 - Diabetes sacarina.

Anémia.
Hemoglobinopatías.
Enfermedades Debilitantes.
Isoinmunización materno fetal.

C.- Valoración precisa de la edad gestacional.

El ultrasonido es importante practicarlo en el Segundo trimestre por:

- a.- Calculo real de las fechas del embarazo, tiene la misma exactitud en el segundo trimestre que el primero.
- b.- Permite cuantificar estructuras fetales que serán útiles para valorar edad y crecimiento según intervalos en épocas ulteriores del embarazo.
- c.- Es posible un estudio de detecciones de malformaciones en cualquier sistema.

EL ULTRASONIDO DEBE INCLUIR:

Diámetro Biparietal, Circunferencia cefálica y --
y abdominal y Longitud femoral. Una vez realiza--
das las mediciones se establece la proporción --
Cabeza, cuerpo y peso del feto calculado.

La Ecografía en el momento actual, es el método más preciso para detectar el RCIU, la cual tiene que ser seriada. Este método es de mejor exactitud cuando comienza aplicarse entre las semanas 16 y 20 de gestación y se repite a intervalos mensuales. y se detectan RCIU Simétrico ó Asimétrico con las características antes mencionadas.

5.- Flujo sanguíneo Utero-Placentario.

Es otro de los métodos de diagnóstico sobre RCIU.

El RCIU denota una serie de fenómenos que suceden por una ó varios mecanismos posibles, las cuales producen una limitación de las disponibilidades del sustrato por bajas concentraciones de estas sustancias en la madre o la disminución de la permeabilidad placentaria.

El flujo uteroplacentario materno es importante para el --
crecimiento y supervivencia del feto, pero resulta difícil --
de medir en humanos.

VELOCIMETRIA DOPPLER.

Medio extracorporal para valorar Hemodinámica Uterina Placentaria, Umbilical y Fetal con sus consabidas limitaciones y datos de utilidad obtenidas por este método de diagnóstico.

En esta Valoración Doppler del flujo uteroplacentario influyen factores como el sitio en que obtiene la muestra (arterias uterinas en comparación con las arterias arqueadas), y el sitio de la placenta. Su capacidad predictiva es escasa. No sea presizado con exactitud que tenga una práctica clínica.

Este método de diagnóstico en la arteria umbilical es clínicamente útil en Embarazos de alto riesgo. Permite definir -- especialmente si no se sabe con exactitud la edad gestacional -- estimar la posibilidad de que los resultados perinatales -- sean adversos y precisar la intensidad con que deben de realizarse estudios fetales después de sospechar RCIU.

CORDOCENTESIS:

Primero Identificar el grupo de fetos que desde el -- punto de vista de su constitución son pequeños por razones ra-- ciales o familiares y el segundo grupo de fetos que presentan - RCIU consecutivo a insuficiencia uteroplacentaria.

El Retardo grave de crecimiento fetal es indicación para cordo-- centesis. El cual nos va reportar información valiosa sobre ca-- riotipo fetal , Equilibrio Acidobásico y metabolismo basal. A-- demás de revelar si existe algún proceso infaccioso congénito.

Además las aplicaciones de la cordocentésis pueden - ser diagnósticas y terapéuticas.

El estudio del cariotipo siendo común la triploidia que se caracteriza por RCIU asimétrico grave otro defecto cro-- mosómico como trisomias 13 y 18 y Síndrome de Turner. El estu-- dio comon está visto es de gran utilidad para detección destas patologías en la cual nos cirve para normar criterios de trata-- miento.

Para el diagnostico de infecciones congénitas que inclu-- yen Toxoplasmosis y citomegalovirus ya que se hacen determina-- ciones cuánticas de inmunoglobulinas , cultivos y microscopía_ electrónica para visión directa de partículas virales. además de diagnosticar virosis agudas, reuento de células hema-- ticas, medición de enzimas hepáticas y estlmación de anticuer-- pos como inmunoglobulina M.

La determinación de gases en sangre fetal como multiples indi-- ces hematológicos entre otros Hemoglobina, Hematocrito, recuen-- to plaquetario, leucocitario, eritroblastos, PO₂, PCO₂, Saturación de O₂, PH HCO₃, Ac. Láctico, exeso de base, trigliceridos insulina , glucosa, glicerol, Acidos grasos no esterificados -- aminoácidos, transaminasas, deshidrogenasa láctica.

La utilidad como medio terapeutico para proporcionar suplemen-- tación nutricional (activa), y mejorar el estado ácido básico_ fetal.

Continuando con el diagnostico:

-Valoración del bienestar fetal por medio de Estudios Toco--
cardiograficos (N S T).y su conducta a seguir de acuerdo a ---
resultados obtenidos.

Este estudio se realizara en un lapso de 2 veces por sema--
na dependiendo de los reultados de los mismos.

-El registro periódico por la madre de los movimientos feta--
en un lapso de una hora después de los alimentos 3 veces al día
en DLI semifowler postprandial inmediato (15 movimientos feta--
les percividos por la madre en una hora).

-Valorar el incremento ponderal: si es inferior a 400grs. --
al mes a partir de la semana 16 debe de sospecharse de RCIU.

-La prueba de tolerancia a las contracciones uterinas con las
características propias de este estudio y valorar la reserva fe--
to placentaria y de acuerdo al resultado conducta a seguir se reco--
mienda a partir de la semana 28 a 30 en el RCIU dependiendo de --
la causa principal de RCIU (esta O C T de gran utilidad para _
determinar la Rserva fetoplacentaria).

-La amniosentesis para determinar características del li---
quido amniótico(si es meconial nos orienta a pensar en Sufri---
miento fetal) además para determinar la madures pulmonar fetal.
Determinando la relación Lecitina/Esfingomielina.

TRATAMIENTO:

- Excluir cuadros no tratables.
- Identificación de la etiología principal.

Reposo anivel hosplitalario.

De forma absoluta y en Decúbito Lateral izquierdo.

- Alimentación apropiada(dieta rica en Proteínas o complementos protéicos.

Aporte complementario de:

- de Hierro de 30 a 60 mgrs al dia.

Acido Fólico de 400 a 800microgramos.

- Ecocardiograma cada semana valorando evolción por incremento de los parámetros ya conocidos y cantidad de líquido amniótico. Si hay mejoría se espacian las citas (vigilancia) de acuero al médico que lleva en control prenatal.

Control de la situación de Hipoxia:

Monitorización NST 2 veces por semana desde las 28 semanas.

Fluxometría periódica.

Amnioscopia cada 48 hrs. en pacientes hospitalarias y cada semana en pacientes ambulatorias apartir de las 37 semanas o bién desde las 28 Semanas.

Si se ha descartado las posibilidades de las malformaciones congéatas, persistencia del aplanamiento de las curvas de crecimiento y aparecen signos de alarma:

Monitorización biofisica desaceleraciones tardias en la

Prueba de toleracia ala oxitocina (O C T).

Fluxometría ausencia del flujo diastólico en arteria umbilical.:

Si la edad gestacional se encuentra entre las semanas 28-34 se procede a la inducción de maduración pulmonar con Beta--metazona y comprobarla por el estudio del líquido amniótico por amniosentesis terminar la gestación. De no ser posible la obtensción de líquido amniótico se decide terminación del embarazo a las 48 hrs dentro de lo posible.

Si las pruebas de valoración del estado fetal son normales y la madurez pulmonar fetal comprobada (L/E). se terminara la --

Gestación alas 38 semanas.

El modo de terminar la gestación y la vía de la misma estaran determinadas por las codnciones particulares de cada caso lo -- menos traumático posible sin descarta la vía vaginal si el -- control del estado fetal fué desde el inicio.

Uno de los tratamiento para el RCIU es el de admnistración por__ vía oral de dosis bajas de Acido Acetil Salicílico a razón de _ 80 mgrs.diarios apartir de las 28 semanas de gestación de ser_ posible y dependiendo de la patología basica que esta ocasionan do el RCIU. Esta dosis no ocasiona alteraciones hematicas. Este medicamento tiene como finalidad de disminuir la síntesis de trombocano A2 evitandose asi la formación de productos ___ que faciliten la adhesividad plaquetaria y mejora la propor__ ción de prostaciclina y Tromboxano. estos producto capaces de producir RCIU disminuyendo la perfu_ ción uteroplacentaria.

H I P O T E S I S

El Retrazo en el Crecimiento Intrauterino puede diagnosticarse oportunamente para así disminuir la Morbi-Mortalidad Perinatal .

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

La Morbi-Mortalidad perinatal en nuestra Unidad Hospitala-
puede ser disminuida detectando oportunamente el RCIU y --
recibiendo tratamiento para el mismo.

O B J E T I V O

O B J E T I V O G E N E R A L .

Diagnosticar y Tratar El Retrazo en el Crecimiento Intra--
Uterino en Mujeres Embarazadas que presenten patologia --
agregada al embarazo que conllevan a RCIU.

O B J E T I V O S E S P E C I F I C O S .

Conocer la insidencia de RCIU.

Conocer la patologia mas frecuente de RCIU.

Proporcionar tratamiento oportuno y eficaz a la patologia -
que ocasiona RCIU .

Disminuir la Morbimortalidad Perinatal corrigiendo el cre--
cimiento intrauterino de los productos.

Elevar la curva de Crecimiento en el RCIU que se encuentra
por abajo del percentil 10 .

CRITERIOS DE INCLUSION.

Pacientes embarazadas con patología agregada a embarazo que ocasionan RCIU y pacientes con exclusivamente RCIU como única causa primaria de RCIU propiamente dicho.

RCIU.

HIPERTIROIDISMO.

HIPOTIROIDISMO.

RIESGO POR EDAD MATERNA.

EMBARAZO GEMELAR.

PREECLAMPSIA GRAVE.

ANTECEDENTES DE CRISIS CONVULSIVAS.

ANTECEDENTE DE CARDIOPATIA.

POLIHIDRAMNIO LEVE.

Sx. de Mala absorción intestinal.

ANTECEDENTES DE MUERTES FETALES TARDIAS.

Se incluyen pacientes de grupos de edad que van desde los 20a los 44a;os, . formandose dos grupos con similares características desde multigesta a primigestas.

Formandose dos grupos con similares características.

En el primer grupo se da tratamiento a base de Acido Acetil salicilico. a dosis de 80 Mgrs V.O.diarios.

No se interrumpe tratamiento de base para comenzar o controlar patología de inicio. (primaria).

Se inicia tratamiento con A.A.S. entre las 32 y 38 semanas de gestación con una duración del tratamiento de aproximadamente alrededor de 4 semanas como promedio general.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Pacientes co tratamientos con corticosteriodes por padecimiento materno(Asma bronquial).

Pacientes que apesar de resibir tratamiento para RCIU presentarron RCIU (un paciente). sin encontrar el porque de esta falla a este tratamiento.

Pacientes que se desconoce la evolucion final del embarazo ya que fue enviada a un tercer nivel por patologia materna.

TIPO DE INVESTIGACION.

Aplicada, Exploratoria Clínica, Transversal y prospectiva.

MATERIAL Y METODOS

Se realizo estudio prospectivo en 50 pacientes embarazadas de la consulta del servicio de Embarazo de Alto Riesgo del Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutierrez. Del ISSSTE que incluyo del Primero de Octubre de 1992__ al 30 de Septiembre de 1993. Pacientes con Diagnostico_ de retraso en el Crecimiento IntraUterino, con patología primaria causante de RCIU.

Una vez detectada la patología primaria agregada -- al embarazo se procedio a :

- Realización de Historia clínica completa.
 - Interrogatorio dirigido a saber antecedentes de otra patología y tratamiento si lo existiera
 - Comprobación de patología primaria
 - Investigación de antecedentes ginecológicos y Obstetricos si lo hubiere.
 - _ Realización prenatal periódica según cada -- caso en particular.
 - Se comprobo la existencia real de RCIU.
 - Se hicieron determinaciones periódicas de -- exámenes de laboratorio y gabinete especificos para cada caso en particular.
 - Se inicia tratamiento a base de Acido Acetil - Salicílico a una dosis estandar de 80 Mgrs -- diarios en un grupo de 25 pacientes, llevando un grupo control del mismo número de pacientes sin tratamiento y tratando que fuesen de una edad aproximada al grupo con tratamiento
 - Realización periódica de control prenatal.
 - Se procede a realización de vigilancia con -- exámenes de lab BH TP TPT Plaquetas y desde luego Plaquetas.
 - se reliza vigilancia del bienestar fetal.
- Seguimiento del Crecimiento por medio de USG.

Tratamiento específico para cada una de las patologías --
encontradas.

RESULTADOS

GRUPO DE PADECIMIENTOS CON RCIU Y PATOLOGIA ASOCIADA
A EMBARAZOS.

Clasificación que incluye patología encontrada por--
centaje de la misma , inicio de tratamiento y reso--
sucion del embarazo.

GRUPO I.

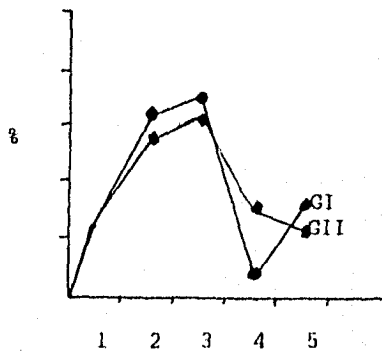
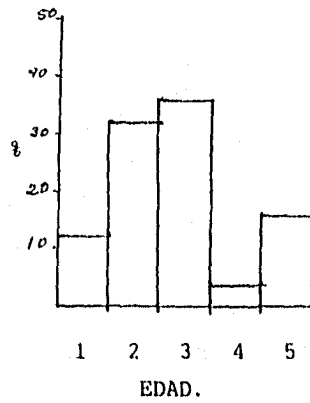
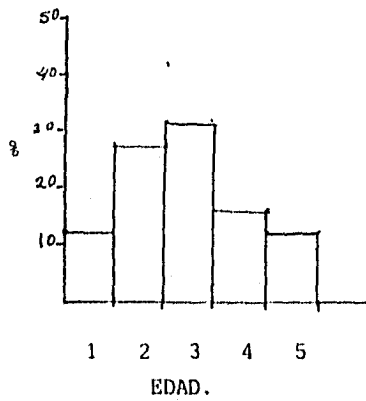
PADECIMIENTO.	No.				
R.C.I.U.	6	24 %	30-38	39-49 .	
ASMA BRONQUIAL.	3	12 %	37-38	40-42 .	
RIESGO POR EDAD .	3	12 %	34-37	38-40 .	
ANT. DE MUERTE FETAL.	3	12 %	35-37	39-40 .	
HIPERTIROIDISMO.	2	8 %	32-36	38-38 .	
EMBARAZO GEMELAR.	2	8 %	32-37	34-37 .	
HIPOTIROIDISMO.	1	4 %	36.2	40 .	
PREECLAPMSIA GRAVE.	1	4 %	30	35.5	
ANT. DE CRISIS CONVULSIVAS.	1	4 %	36.5	39.5	
ANT DE CARDIOPATIA.	1	4 %	36.6	----	
POLIHIDRAMNIOS.	1	4 %	33	41 .	
Sx. DE MALA ABSORCION INTEST.	1	4 %	35	39 .	
TOTAL.	25.	100 %.			

En el grupo II que incluye no tratamiento con A.A.S. --
Contemplo el mismo número de pacientes de acuerdo a la
patología estudiada con variación en las semanas de ter-
minación del embarazo.

Las últimas dos cifras contempla las semanas de termi-
nación del embarazo.

CLASIFICACION POR EDAD MATERNA:

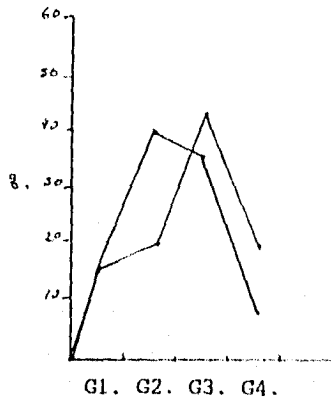
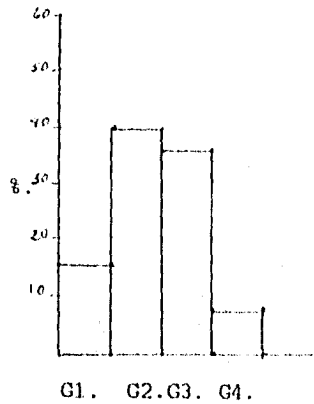
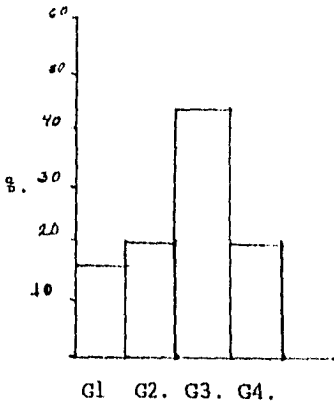
GRUPO I			GRUPO II		
EDAD	No.	%	EDAD	No.	%
20 a 24	3	12	20 a 24	3	12
25 a 29	7	28	25 a 29	8	32
30 a 34	8	32	30 a 34	9	36
35 a 39	4	16	35 a 39	1	04
40 a 44	3	12	40 a 44	4	16
TOTAL:	25	100	TOTAL:	25	100



- 1 20 a 24 años
- 2 25 a 29 años
- 3 30 a 34 años
- 4 35 a 39 años
- 5 40 a 44 años

CLASIFICACION POR GRUPO DE GESTACIONES.

GRUPO I			GRUPO II		
EMBARAZOS	NUMERO	%.	EMBARAZOS	NUMERO	%.
GI	04	16 %.	GI.	04	16 %.
GII.	05	20 %.	GII.	10	40 %.
GIII	11	44 %.	GIII.	09	36 %.
GIV.	05	20 %.	GIV.	02	8 %.
TOTAL.	25	100 %.	TOTAL.	25.	100 %.



En estas gráficas ilustramos en forma comparativa nuestros dos grupos estudiados entendiendo que como grupo I incluimos a las paciente que recibieron tratamiento con A.A.S. y en el II no.

VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO.

GRUPO I			GRUPO II		
VIA	No.	%	VIA	No.	%
EUTOCIA.	18	72	EUTOCIA.	9	36
CESAREA.	07	28	CESAREA.	15	60
TOTAL.	25	100	TOTAL.	24	96

En el grupo II se ignoran los resultados por que fue en vida a tercer nivel una paciente y corresponde al 4 %.

CLASIFICACION DE RECIEN NACIDOS.

POR EL SEXO .

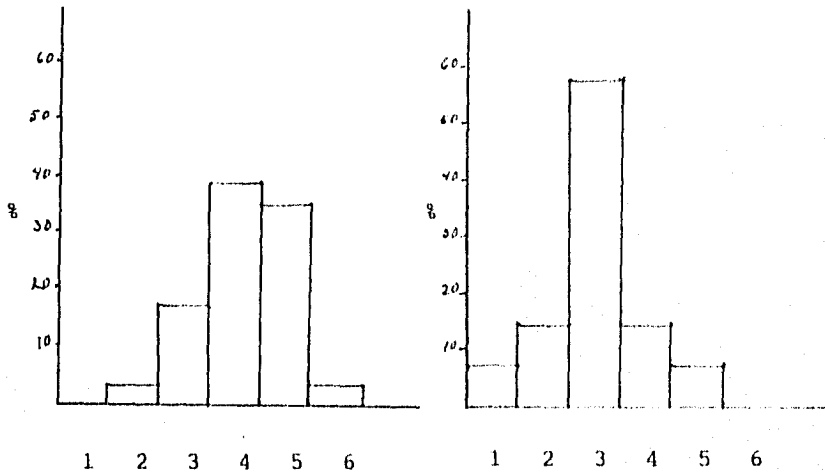
SEXO	No.	%	SEXO	No.	%
MASCULINO	11	39.27	MASCULINO	11	39.28
FEMENINO	17	60.74	FEMENINO	16	57.14
TOTAL.	28	100%	TOTAL.	27	96.42

En el grupo II se ignora el resultado de una paciente ya que fue enviada a hospital de tercer nivel, y corresponde al 3.57 %.

CLASIFICACION POR PESO DE PRODUCTOS

GRUPO I			GRUPO II.		
PESO Gr.	No.	%	PESO Gr.	No.	%
1000a1499	0	0	1000a1499	2	7.14
1500a1999	1	3.57	1500a1999	4	14.28
2000a2499	5	17.85	2000a2499	16	57.14
2500a2999	11	39.28	2500a2999	4	14.28
3000a3499	10	35.71	3000a3499	2	7.14
3500a +	1	3.57	3500a +	0	0
total.	28	99.98	Total.	28	99.98

En ambos grupos se obtiene un total de 28 Recien Nacidos ya que estan contemplados 3 embarazos gemelares.



En las graficas se representan en el eje de las Xs el ---- porcentaje de R.N. y en el eje de las Ys. los Gramos obtenidos al nacimiento y numerados de menor a mayor peso en - gramos.

CLASIFICACION DE ACUERDO AL SERVICIO
DONDE FUERON ENVIADOS LOS RECIEN RE-
NACIDOS

SERVICIO	No.	%	SERVICIO	No.	%
CUNERO FISIOLÓGICO	18	64.28	CUNERO FISIOLÓGICO	6	21.42
U C I N .	08	28.57	U C I N .	21	75.02
CUNERO PATOLÓGICO	02	7.14	CUNERO PATOLÓGICO	0	0.0
TOTAL	28	99.99	TOTAL	27	96.44

En el grupo II se ignora el servicio al que fué enviado el el RN por que se envió ala paciente a tercer nivel. Y corresponde al 3.57 %.

ANALISIS.

En este estudio encontramos que la incidencia de RCIU en Nuestra Unidad Médica es de 12.5 %, siendo un 5.5 % mas alta que la mundial.

Que el inicio del tratamiento con Acido Acetil Salicílico una vez detectada oportunamente el RCIU en forma se reduce notablemente la incidencia de esta patología

Obtenemos Productos de un peso mayor a los ---- 2.500Grs, y por arriba del 10 percentil.

En nuestro estudio encontramos una patología variada de patologías agregadas al embarazo como ya se menciono anteriormente y se puede observar en las gráficas.

De acuerdo a la edad materna hubo también una variación con respecto a esta. con una edad menor de 20 años a una mayor de 43 años en ambos grupos y en los 2 grupos = y una media de 32 años, y que corresponde al grupo de edad entre 10 20 y 43 años. con un porcentaje de 32% en el grupo con tratamiento medico y el 36% en el de control.

Con lo que respecta al número de gestaciones incluimos desde primigestas hasta multiparas como se demuestra en gráficas correspondiente.

encontrándose un porcentaje mayor de un 44% en las pacientes tercigesta a un 44% , menor en las ---- primigestas en el grupo con tratamiento y en el otro -- grupo una incidencia mayor en secundigestas que fue de un 40 % y el menor en multigestas que fue de un 8%.

Una vez establecido el Diagnóstico de RCIU y la Patología agregada al embarazo ya detectada (ver clasificación de padecimientos).

encontramos que las semanas de gestación en las cuales se inicia tratamiento con Acido Acetil Salicílico en Grupo I va desde la semana 30 a la 38, se realiza control -- por laboratorio de BH TP TPT Plaquetas, No hallándose alteraciones en ellas durante el tiempo en que se sometio a este tratamiento.

Excepto en un caso en el cual la patología principal

fué Preeclampsia Grave y que posterior alas 33 SDG presenta -- complicacion de este padecimiento el cual fué Síndrome de _ HELLP.

Además durante el control prenatal de ambos grupos se estuvo realizandose Registros tococardiograficos externos en sus dos modalidades para valorar Bienestar fetal o en su -- defecto Baja reserva fetoplacentaria.

Con lo que respecta a vía de terminación del embarazo zo encontramos en nuestro grupo con tratamiento:

Que el 72 % fuerón Eutocias y el 28 % fué necesario practcar- les tratamiento quirurgico. Y el grupo sin tratamiento en II fué de un 36 % de Eutocias pero un 60 % de tratamiento qui-- rurgico teniendo un diferencia de 36% de eutocias a favor _ del grupo con tratamiento y un 32 % mayor de Tratamiento -- quirurgico en grupo sin Tratamiento.

Con lo que respecta al sexo de los productos encon- tramos en ambos grupos fué :

En el grupo I fué:

En un 60.74 % y Masculinos en un 39.27 teniendo como_ resultado una insidencia mayor de mujeres en un 21.37%.

El grupo II se observo:

EN EL GRUPO. I^{II} fué del sexo femenino cpn TB de 57.714% y masculino de un 39.29 % con insidencia mayor del sexo femenino de un 17.76%.

En estos tres ultimos resultados con lo que respec- al grupo II encontramos que el 4% (sobre via de terminación de Embarazo). El 3.57% (con respecto al sexo del producto). _ se ignora ya que se envio la paciente a nivel de apoyo (tercer- cer nivel).

En relación con los servicios a los cuales son enviados los R.N encontramos:

En el grupo I fué de un 64.28% que fuerón llevados a - cuneros fisiologico y un 7.14 % a UCIN.

En el grupo II encontramos que el 21.42% paso a Cu-- neros fisiológico y que el 75.0% a UCIN.

Encontrando en este parámetro que el 67.86% de insiden- cia mayor en el grupo II fué enviado al servicio de UCIN (por- bajo peso, vigilancia de padecimento por la madre entre otras).

3.57% y en productos de más de 3,500grs que fué del mismo porcentaje que el anterior.

Con lo que respecta al grupo sin tratamiento encontramos que su mayor porcentaje está incluido en el grupo de peso en gramos de 2000 a 2499grs. y su menor porcentaje fue en 2 grupos en el de menos de 1,500grs. y de 3000 a 3,499grs. sin encontrar producto de más de 3,500grs.

Además encontramos en el grupo con Trat, que se obtuvo un porcentaje de productos de 78.56% que corresponde en forma general a productos de más de 2,500grs. y el grupo de R/A que sus madres no se administró A.A.S. fué de 21.42% con una incidencia de 57.14% en comparación con ambos grupos

CONCLUSIONES:

- El Diagnóstico de RCIU debe de realizarse oportunamente.

El control prenatal del RCIU debe de realizarse con una __ periodicidad que permita realizar un seguimiento ade-- adecuado.

- Debe de realizarse en una unidad de Perinatología con -- personal capacitado para tales eventualidades.

- Se deben de tener los recursos necesarios para realizar -- una adecuada valoración.

- Los resultados obtenidos en nuestro estudio fueron bue-- nos ya que tubo una especificidad de 0.05 ya que el fracaso del tratamiento o la insidencia de presentarse RCIU es_ de un por cada 20 embarazos de acuerdo la T de Student.

SUGERENCIAS.

Apoyar la disponibilidad y grandes deseos de trabajo __ del servicio de PERINATOLOGIA de nuestra Unidad Hospi-- talaría.

Se necesita un aparato de Ultrasonido propio para la __ Unidad de embarazo de alto riesgo.

Facilitar la realización de exámenes de laboratorio ne-- cesarios para un mejor control de nuestras pacientes.

Proporcional mantenimiento técnico calificado periódica__ mente para los equipos utilizados.

Surtir pronta y oportunamente el material auxiliar nece-- sario utilizado en esta unidad médica.

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

- 1.- Intrauterine growth relation and preterm delivery prenatal risk factors in an indigent population. - 1990 january vol. 162 No.1 pag. 213.J O&G.
- 2.- Smoking, maternal aje fetal growth, and gestational nal. Age at delivery. 1990 december vol.157 No.6 - pag. 53 J O&G.
- 3.- the value of Doppler assessment of the uteroplacental circulación in predisting Preeclampsia or intrauterine growth retardation.1990. December vol. 157 No. 6 pag. 110. J O & G.
- 4.- Umbilical aminoácid concentración in normal and --- growth-retarded fetuses sampled inutero by cardiocentésis.1990 January vol.162 No.1 pag. 253 J O & G.
- 5.- Manual de Obstetricia Diagnostico y Tratamiento -- Kenneth R. Niswander. 3ra Edición Salvat 1988 Pag. 303 a 307.
- 6.- Protocolos de Diagnostico y Tratamiento en Obstetricia J. Gonzalez Merlo Salvat Edición 1a. 1990 Pag. 55 a 59.
- 7.- Clinicas de Norteamérica Obstetricas y Ginecologicas 1991 Vol. 1 Pags.95,107, 117, 125
- 8.- Clínicas de Norteamérica Obstetricas y Ginecológicas 1988. Vol. 2 Pags. 56, 64, 93, .
- 9.- Khory MJ Erickson JD, Cordero JF, McCarthy BJ Congenital malformations and intrauterine growth retardation: a population study. Pediatrics 1988: 82:83.
- 10.- Ott W J.Fetal length, neonatal crownheel length, a- and screening for intrauterine growth retardation. Obstet Gynecol 1985 65: 460.

- 11.- Ott W J ,Doyle S. Ultrasonic diagnosis of altered fetal growth by use of a normal ultrasonic fetal weight curve. Obstet Gynecol 1984 ;63:201.
- 12.- Hoddick W K ,Callen PW , Filly RA, Creasy PK. Ultrasonographic determination qualitative amniotic fluid volume in intrauterine growth retardation. -- Reassessment of the 1 cm rule. Am J Obstet Gynecol 1984;149:758.
- 13.- Used the A.A.S. Used the A.A.S. in Intrauterine -- growth retardation. AM J Obstet Gynecol 1991 :144 :35.
- 14.- Sholl JS, Wood D Rubin JM, Lin C-C, Moawad AH. Intrauterine growth retardation risk detection for fetuses of unknown gestational age. Am J Obstet -- Gynecol 1988;144:709.
- 15.- Goodlin,R.C. History of fetal monitoring Am J. Obst Gynecol 133:325;1989.
- 16.- Bissonette,J.M Johnson K, Tooney C. The role a trial of labor with a positive oxytocin challenge test Am J. Obstet Gynecol 135; 292: 1979.