

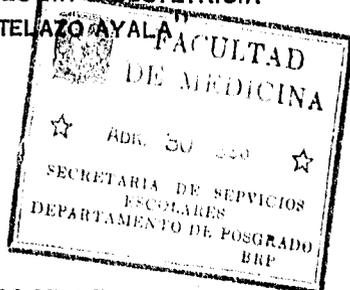
11217 67
m



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

"DR. LUIS CASTELAZO AYALA"



MORBILIDAD - MORTALIDAD PERINATAL EN EL EMBARAZO DE 41 SEMANAS

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE POSTGRADO EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

DR. VICTOR E. HERNANDEZ ZUÑIGA



IMSS

ASESOR: DR. JULIO CESAR RAMOS LEON



MEXICO D. F. ENSEÑANZA ENERO DE 1996

HOSPITAL "LUIS CASTELAZO AYALA",
IMSS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

Hobart estableció con bastante precisión la duración real del embarazo, sin embargo, en algunos casos individuales se ha corroborado que la gestación se prolonga, la gestación normal de la mujer dura 38-42 semanas, en 3.5 a 10% se ha señalado que la extensión del embarazo fué después de - tal límite. (7)

Entre las alteraciones que se encuentran al progresar el embarazo es común encontrar deterioro de la función placentaria, principalmente su función respiratoria y nutritiva, esto secundario al envejecimiento progresivo de los vasos sanguíneos placentarios. Histológicamente se caracteriza por el aumento de las vellosidades fibróticas con vascularidad deficiente, diferentes grados de vacuolización sincicial, degeneración de organelos citoplasmáticos y depósito de material en el espacio intervelloso. (2)

La patogénesis asociada con embarazo prolongado se encuentra relacionada con insuficiencia placentaria, posmadurez, asfixia, oligohidramnios, aspiración de meconio, daño al sistema nervioso central y muerte; encontró que estos daños se empezaban a presentar a partir de las 41-42 semanas. (6)

De la Jara encontró que no necesariamente todos los embarazos que se prolongan más allá de la semana 42 se obtendrá recién nacidos postmaduros, más aún; Incluso embarazos que no rebasan la semana 40; dan como resultados recién nacidos con características de postmadurez. (5).

Chervenak encontró que la incidencia de macrosomia fué de 25.5% en embarazos de 41 semanas, en estos fetos se incrementa la frecuencia de distocia de hombros, además de problemas respiratorios y metabólicos de fetos hipertróficos.(1,3,4).

En nuestro hospital se analizó 200 casos de embarazos de 41 semanas y encontró la siguiente morbilidad y mortalidad. El síndrome de postmadurez en 8%, Hipomotilidad fetal en 38%, dentro de estas la mayor frecuencia se encontró en primigestas 51.3%.

La detección de meconio al nacimiento o por amniocentésis fue de 28%, que se relacionó con hipomotilidad fetal en un 40%. Se observó la resolución del embarazo por operación césarea en un 79%. La mortalidad fué del 0.5% y la morbilidad en 16%, el índice más útil para detección de hipoxia fetal fué alteración en la frecuencia cardíaca mediante prueba sin estrés en un 50%, amniocentésis 8% y oligohidramnios severo 16%, se detectó macrosomia en el 7% (8-10).

Conforme la edad gestacional avanza en el embarazo de término, se incrementa la morbilidad y mortalidad perinatal. Es necesario identificar los principales riesgos a que está expuesto el feto una vez que la gestación ha llegado a término.

El propósito del presente estudio es identificar la morbilidad y mortalidad perinatal en el embarazo de 41 sema

nas así como conocer la incidencia de esta en nuestro medio, esto permitirá reconocer la mejor forma de evaluar el bienestar fetal en el embarazo de término y establecer para disminuir morbilidad y mortalidad perinatal.

El OBJETIVO del presente estudio fué conocer la morbilidad y mortalidad en el embarazo de 41 semanas en nuestro hospital y comparar nuestros resultados con los reportes de la literatura mundial.

MATERIAL Y METODOS.

Pacientes que acuden al servicio de Ginecología y Obstetricia No.4 del Instituto Mexicano del seguro Social "Dr. Luis Castelazo Ayala" derechohabientes del IMSS, en el Distrito Federal.

Se incluyeron pacientes con embarazo que comprendían - edades gestacionales de 38 a 41.6 semanas, que tuvieran fecha de última menstruación conocida, que no hubieran ingerido hormonales orales tres meses previos al embarazo, su gestación fuera con feto unico, que las pacientes tuvieran ciclos menstruales regulares.

No se incluyeron pacientes con embarazos que cursaban - con amenorrea no confiable, que las pacientes tuvieran patología - materna agregada como Hipertensión, Nefropatías, Cardiopatías, Dia - béticas, enfermedades del tejido conectivo, Malformaciones uteri - nas, También a las que presentaban patología obstetrica agregada - como Preeclampsia, Diabetes gestacional, Endocrinopatías, embarazo gemelar. Se excluyeron del estudio madres cuyos fetos presentaban - malformaciones congenitas.

Se realizó una revisión de todos los expedientes en los - que se aplicó los criterios de inclusión, para formar los dos gru - pos de estudio. El grupo I conformado por pacientes con embarazo de 38a40.6 semanas de gestación con amenorrea conocida, de estos - se recopilarón los siguientes datos :

Nombre y cédula de la madre, fecha de ingreso, cama, edad
diagnostico de ingreso, edad del embarazo, datos de hipomotilidad-
fetal, Ultrasonido, Pruebas de madurez pulmonar, amniocentesis, an-
tecedentes obstetricos, césarea e indicación, calificación de ap -
gar del recién nacido, al minuto y a los cinco minutos, hallazgos -
cualitativos del líquido amniótico, placenta, peso del producto, -
calificación de Ballard, morbilidad perinatal, morbilidad materna,
diagnóstico, estancia intrahospitalaria, PSS.

RESULTADOS

En total se obtuvieron 125 pacientes, 74 de ellas corresponden al grupo I de 38 a 40,6 semanas de gestación, y 51 pacientes del grupo II, de 41 a 41,6 semanas de gestación por amenorrea (grafica 1). En solo 25 de las pacientes se les realizo Ultrasonido.

El rango de edad de las pacientes fué de 17a 40 años, la edad de 24 años fué la más frecuente 14 (11%), el promedio de edad fué de 25 años (D.E. 5 años).

El 81% de las pacientes llegó en trabajo de parto (101), cuatro paciente además presentaron Ruptura de membranas prematura (3%), el 2% presento Hipomotilidad fetal (3), sufrimiento fetal -- agudo 2%(2), un 11% de las pacientes tuvieron indicaciones de Césareas por diversos motivos como desproporción cefalopélvica, producto con presentación pélvica, polisistolia, entre otros.

El 44% era su primer embarazo (56) con el 45%, el segundoen el 30%(38), en el 18%(22 tercer embarazo, el 7% restante cuatro o más gestaciones.

El 26%(32) tenían antecedente de un parto, dos partos en el 6% y tres a cuatro partos en el 4%, 81 pacientes (65%) no refirieron partos como antecedentes.

En relación a los abortos el 14% tenían el antecedente de un aborto, y dos abortos en el 2% (3 pacientes).

El 16% (20 pacientes) refirieron el antecedente de una - césarea y dos el 2% (2 pacientes).

El 17% (21 pacientes) refirieron hipomotilidad fetal, y el resto no lo refirió. Con lo que respecta al índice de líquido - amniótico se presentó un caso de polihidramnios y 11 oligohidramnios.

Se les realizó PSS a un total de 15 pacientes , resultando PSS reactiva en el 12% y fué no reactiva en el 2% de los pacientes.

Con respecto a la patología de los productos solo se presentó morbilidad en uno de ellos, no se presentaron malformaciones congénitas en ninguno de los productos.

No se les realizó amniocentesis, pruebas de maduración - pulmonar, ni fosfatidilglicerol, en ningún producto.

En el 41% fué parto espontáneo , solo fué inducido 1%. Las césareas fueron 61 (49%), las indicaciones de estas fueron : Desproporción Cefalopélvica 75%, Sufrimiento fetal 2.7%, otras - causas 22%.

En relación al sexo (gráfica 3) de los productos se encontró el 63% fuerón mujeres, (79) y en el 37% hombres (46).

En 109 (87%) no se encontró meconio, en el 5% se encontró dos cruces, en el 3% tres cruces y una cruz 2%, solo en un caso se encontrarón cuatro cruces.

La placenta se encontró normal en el 92%(114), calificada en un caso 1%, y dos casos con desprendimiento prematuro de placenta normoinsera.

En relación al peso del producto el rango fué de 2,265 kg a 4,300kg el promedio de 3,210 kg (D.E. 500mg) en relación a la calificación de apgar la frecuencia fué para calificación al minuto de 8 (77%), y a los 5 minutos de 9 (78%), 7(21%) y 8(20% respectivamente. Solo dos pacientes tuvieron menos de 6.

No se obtuvo datos sobre la calificación de Ballard, en relación a la morbilidad neonatal y perinatal esta no se presentó en ningún caso, en dos pacientes el 2% hubo problemas de morbilidad maTERna, solo un niño presento secuelas 1%.

El promedio de estancia intrahospitalaria fue de dos (D.E. 1 dia), el rango fue entre uno a seis días, los días mas frecuentes fuerón un día de estancia (46%), y tres días(47%).

Los diagnósticos de egreso, con mayor frecuencia que

se encontraron fue trabajo de parto en el 42% e hipomotilidad fetal más desproporción cefalopélvica en el 47% de las pacientes.

DISCUSION

Se presenta una comparación entre los dos grupos que se formaron el de menos de 41 semanas grupo control y el de más de 41 semanas grupo casos. Con respecto al promedio de edad para los primeros fué mayor 26 años (D.E. 6), y para el segundo fué de 25 años (D.E. 12 años), aunque no existe diferencia entre los grupos estadísticamente significativa, valor de "t" (.56) y un valor de p de 0.6.

En relación a los antecedentes ginecoobstétricos, para el grupo control se encontró que el 41% era su primera gesta, y para los casos fué 51%. En el 26% su segunda gesta, y para los casos en el 37%, y tercera gesta fué de 24% en el grupo control y de 8% en el de casos. En el 15% (11 casos) de los controles refirieron el antecedente de un aborto, mientras que en los casos fué del 12% (6 casos) que corresponde con la normalidad en la literatura mundial para la población general.

El antecedente de tener un parto fué del 24% en el grupo I contra 28% en el grupo II, predominó el antecedente de césa rea previa en el grupo I fué de 19%, mientras que en el grupo II fué 12% (6 casos).

El antecedente de tener un parto fué del 24% en el grupo I contra 28% para el grupo II. En relación a la hipomotilidad 12 (16%) lo refirieron en los controles y 9 (18%) para el grupo II. Se realizó ultrasonido en el 8% de las pacientes del grupo I

seis pacientes y en el 35% (19 pacientes) en los casos; es decir fué más frecuente la realización del ultrasonido en el grupo II esto debido a los actuales informes de encontrar oligohidramnios en un 16% de las pacientes de nuestro medio hospitalario con embarazos de 41 semanas de gestación.

El índice de líquido amniótico mostró la mayor distribución en el grupo II 9.9 en 68 casos (92%) en el grupo control, y en el de casos con 25 pacientes (49%) con 1.0 en el 7% en los controles y 28% en los casos.

La prueba sin estres fué reactiva en el 3% del total de pacientes del grupo I y en el grupo II 26. El grado de madurez placentaria II, fué para el grupo II en 6 casos (12%), y el 7% (5) para el grupo I; y grado III, 14(28%) en el grupo II y en el grupo I solo un caso (1%).

Terminaron en parto 39 (53%) en los controles, y en los casos 26(51%), y en césarea 35(47%) para el grupo I, y 25(51%) para el grupo II. Es decir para el grupo II fué una mayor proporción que terminó en parto, que en césarea, y para el segundo fué igual la distribución.

La distribución por indicación de las césareas fue la siguiente para el grupo II : Sufrimiento fetal agudo en 23 pacientes (45%) e Hipomotilidad fetal más oligohidramnios 22 (43%)-

Hipomotilidad fetal más oligohidramnios 22 (43%) entre las principales, y para el grupo I no se concentraron en las anteriores, sino una paciente en cada categoría como hipomotilidad fetal, sufrimiento fetal agudo, ruptura prematura de membranas, desproporción cefalopélvica.

Los hallazgos transoperatorios fueron los siguientes :
El sexo de los productos para el grupo II fué 14 hombres (28%) , mujeres 36 (71%), en los del grupo I 31 hombres (42%), y 43 mujeres (58%).

En el 14% de las pacientes del grupo II presentaron meconio, y en los controles el 12%, los hallazgos en relación a la placenta en el grupo II se encontró calcificada en un caso (22%). y en los del grupo I en dos casos (3%).

Con la calificación de Apgar al minuto y a los cinco minutos, no hubo diferencia en ningún grupo. En general la calificación más baja en un producto fué de 7 al minuto; sin embargo su recuperación fue hasta 8.

En cuanto a la morbilidad no se presentó morbilidad neonatal ni perinatal, y en relación a la morbilidad materna , en el grupo II se presentó en uno 2%, y en los controles en dos (3%).

El promedio de días de estancia intrahospitalaria en el grupo II fue de 3 días (D.E. 1 día), y en el grupo I fue de 2 días (D.E. 1 días).

CONCLUSIONES

Actualmente se considera embarazo prolongado aquél que rebasa 294 días de gestación o 42 semanas. En nuestro hospital se maneja dos tipos de embarazo prolongado en tipo I y el tipo II. El embarazo prolongado tipo I o amenorrea confiable, es aquél en el que se conoce adecuadamente la fecha de última menstruación, no ingesta de hormonales orales 3 meses antes del embarazo, ciclos menstruales regulares, el tipo II es aquél que tiene fecha de última menstruación no confiable, ciclos menstruales irregulares, ingesta de hormonales orales previos a su embarazo.

Un alto porcentaje de nuestra población en general - un 8% presenta embarazo prolongado tipo I, la frecuencia de - de embarazo prolongado tipo II es de 14%

En general de las pacientes con embarazo prolongado - 14% presentaron ,los fetos macrosomía fetal..

La morbilidad perinatal fué de embarazo con amenorrea tipo I de .5% por síndrome de aspiración de meconio y encefalopatía hipoxica y en el tipo II .3% por las mismas causas.

En el presente estudio no hubo morbilidad en nuestras pacientes.

La mayoría de nuestras pacientes ingresaron a labor - con trabajo de parto, debido a la conducta en general de considerar el embarazo prolongado a partir de las 41 semanas de gestación la conducta siempre fué intervencionista, llamese cesárea o conducción activa de trabajo de parto. En cuanto a las diver sas

variables analizadas como Índice de líquido amniótico, pruebas de madurez pulmonar, amniocentesis no estuvieron justificadas - no se observó aumento en la morbilidad perinatal ni neonatal. Se concluye que el presente estudio demuestra que no hay aumento de la morbilidad en nuestros pacientes con amenorrea de 41 a 41.6 semanas de gestación.

Morbimortalidad en el embarazo de 41 semanas.

Dr. Victor Eduardo Hernández Zuñiga; Dr. Julio César Ramos.
Hospital de Ginecoobstetricia No. 4 "Dr. Luis Castelazo Ayala".

Se ha señalado como embarazo prologando, como aquella gestación que rebasa las 42 semanas. Hobart estableció con bastante precisión la duración real del embarazo. La patogenesis asociada con embarazo prolongado se encuentra relacionada con insuficiencia placentaria, postmadurez, asfixia, oligohidramnios, aspiración de meconio, daño al sistema nervioso central y muerte, se encontró que estos daños se empezaban a presentar a partir de las 41 semanas de gestación.

El **Objetivo** del presente estudio fué conocer la morbilidad y mortalidad en el embarazo de 41 semanas en nuestro hospital y comparar nuestros resultados con la literatura.

MATERIAL Y METODOS: Pacientes que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia No. 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social "Dr. Luis Castelazo Ayala", se incluyeron pacientes con embarazo de 38 a 41.6 semanas, fecha de última menstruación conocida, no antecedentes de ingesta de hormonales, Embarazo único, ciclos menstruales regulares, no se incluyeron embarazo con amenorrea no confiable, patología materna y Obstetricia agregada.

RESULTADOS: En total se obtuvieron 125 pacientes, 74 de ellas correspondientes al grupo Y de 38 a 40.6 semanas de gestación y 51 pacientes del grupo II, de 41 a 41.6 semanas de gestación gráfica 1.

DISCUSION: Se encontró Hipomotilidad Fetal en 12 pacientes (16%) del grupo Y y 8 (18%) para el grupo II. Se realizó ultrasonido en el 8% de las pacientes del grupo Y (6 pacientes) y en el 35% (19) en el grupo II. Se encontraron datos de oligohidramnios en 10% del grupo II. El 14% de las pacientes del grupo II presentaron meconio y el grupo I el 12%, no se presentó morbilidad en nuestros pacientes.

El 81% de las pacientes llegó en trabajo de parto (101), cuatro pacientes además presentaron Ruptura prematura de membranas (3%), el 2% presentó Hipomotilidad Fetal. Sufrimiento Fetal Agudo 2% (2), un 11 % tuvieron indicación de césarea por diversos motivos. El 17 % de las pacientes refirió Hipomotilidad Fetal, se observó 2% de PPS NR en el grupo II. Predomino la césarea por desproporción cefalopélvica en ambos grupos. Se observó meconio en el 10% del grupo II. El 14 % de las pacientes del grupo II presentaron meconio y el grupo I el 12%, no se presentó morbilidad en nuestros pacientes.

CONCLUSIONES: La mayoría de nuestras pacientes ingresaron a labor con trabajo de parto, debido a la conducta intervencionista generada por considerar al embarazo a terminar el embarazo lo más pronto posible. En el presente estudio se concluye que el embarazo de 41 semanas de gestación no aumenta la morbilidad perinatal de las pacientes de nuestro hospita.

BIBLIOGRAFIA

1. Angeles, Senties García, Crecimiento fetal en el embarazo prolongado, Ginec Obstet Mex;57:16-22.1989.
2. Chávez, Villalobos, Santos. Embarazo prolongado, Aspectos Diagnósticos, Ginec Obstet Mex; 84:203-07, 1986.
3. Chervenak, Divon, Hirsch, Macrosomia in the postdates pregnaucy: is routine ultrasonographic screening indicated?, Am J Obstet Gynecol, 161:753-6, 1989.
4. Chervenak, Macrosomia in the postdates pregnancy, Clinical -
Obstet and ginecology, 35:151-54, 1992.
5. De la Jara, Flores, Escobedo, Embarazo prolongado, Ginec Obstet
Mex, 58:133-37, 1990.
6. Guidette, Divon, Langer, Postdate Fetal Surveillance : is 41
Weeks too early?, Am J Obstet Gynecol, 161:91-3, 1989.
7. Hobart, Embarazo prolongado, Clinical Obstetrics and gynecology
35:157-64, 1992.
8. Ledezma, Villanueva, Bailón, Embarazo de 41 semanas correlaci-
ón entre algunas variables de riesgo fetal. Análisis de 100 -
casos. Memorias jornada médica bienal, HGO No.4 Pag 80, 1994.
9. Valdez, Villanueva, Bailón, Embarazo prolongado, Análisis de -
1020 casos memorias jornada médica bienal, HGO No 4, Pag 39,
1994.
10. Villanueva, Bailón, Brun, Morbimortalidad perinatal en el embarazo de 41 semanas. Análisis de 200 casos, Memoria Jornada -
médica bienal. HGO No 4 Pag 67, 1994.

GRAFICA 1

CASOS

DISTRIBUCIÓN POR SEMANAS DE GESTACIÓN POR AMENORREA

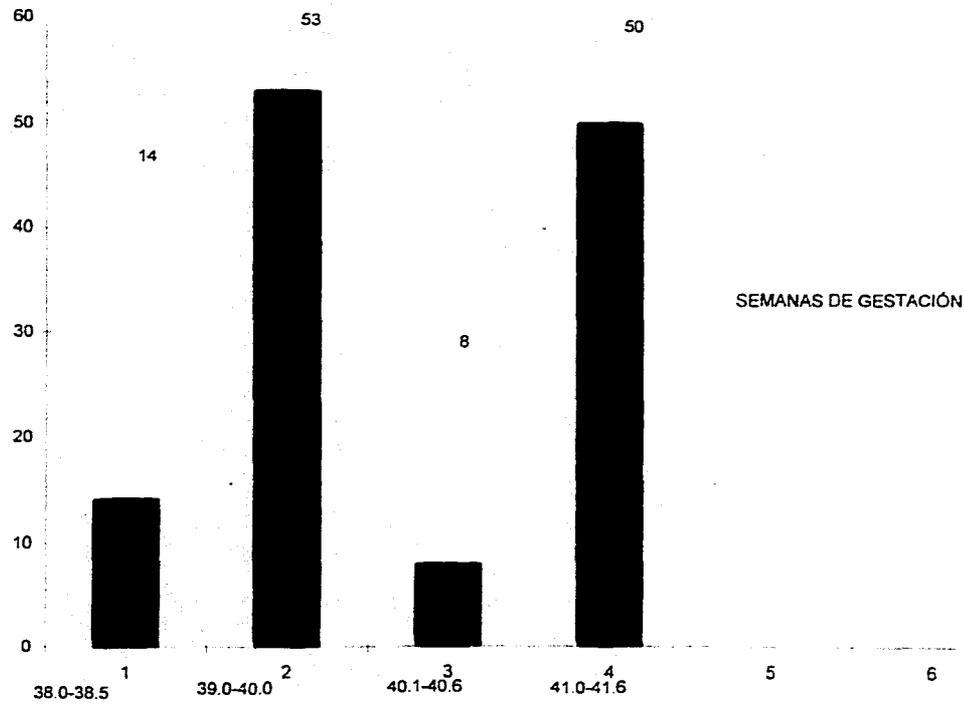
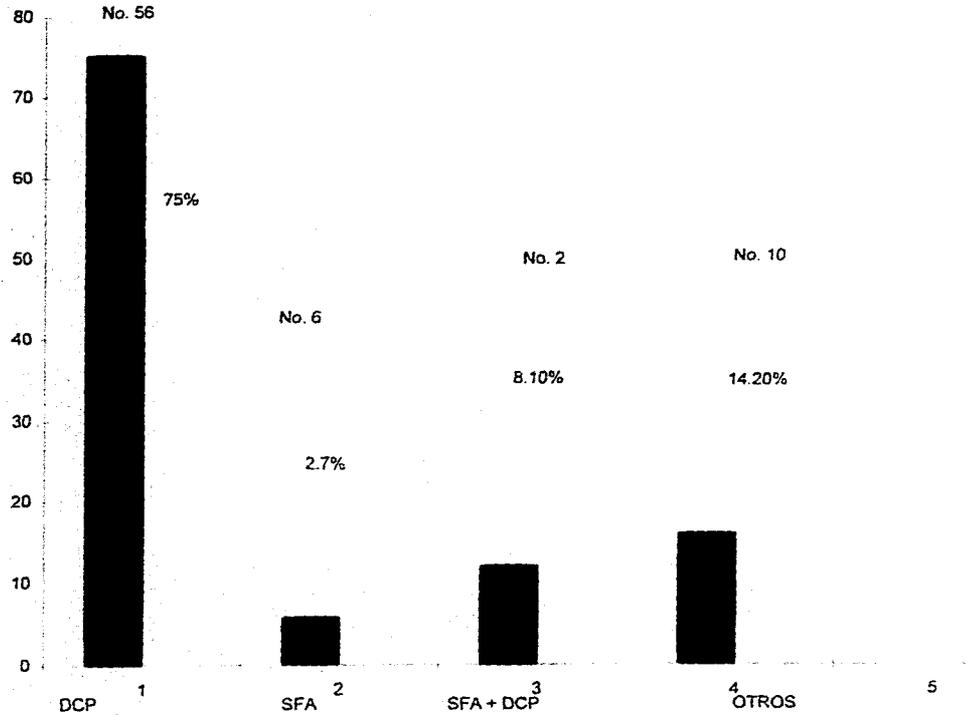


Gráfico 1

GRAFICA 2

DISTRIBUCIÓN POR INDICACIÓN DE CÉSAREA HOSP. "LUIS CASTELAZO AYALA"



DISTRIBUCIÓN POR SEXO DEL PRODUCTO HOSP. "LUIS CASTELAZO AYALA"

