

112424

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL
ESTADO

MANEJO DE PRETERMINO
INAPLAZABLE:
RESULTADOS PERINATALES

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA
LA DRA:

MARIA TERESA SOLANO MEDINA.

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA
SUBESPECIALIDAD:

MEDICINA MATERNO FETAL

285080

México D.F. a 26 de octubre de 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

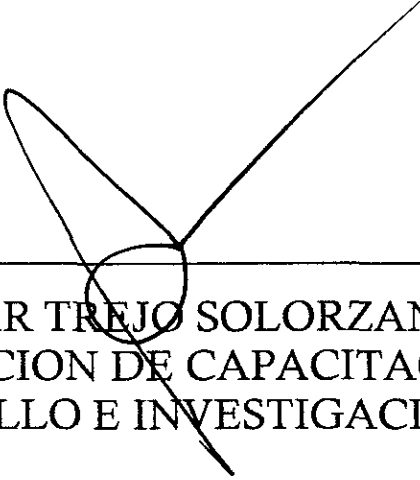


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



DR. OSCAR TREJO SOLORZANO
COORDINACION DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION



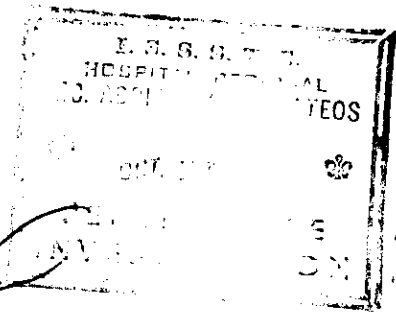
DRA. MARIA DE LA PAZ VILLAR CASO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO

M. Villar

DRA. MARIA DE LA PAZ VILLAR CASO
ASESOR DE TESIS

Rodriguez

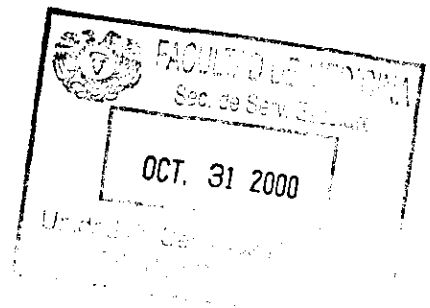


M. EN C. HILDA RODRIGUEZ ORTIZ
JEFE DE INVESTIGACION

[Signature]



DR. JULIO CESAR DIAZ BECERRA
JEFE DE ENSEÑANZA



RESUMEN

La presencia de parto pretérmino es responsable del 75% de la mortalidad en recién nacidos sin malformaciones congénitas y del 50% de los niños con secuelas neurológicas. Su incidencia en países desarrollados es aproximadamente del 10%, pero en países donde la pobreza es predominante se incrementa hasta el 21.5%.

El manejo farmacológico del producto pretermino inaplazable a base de corticoesteroides, fenobarbital y vitamina K1, como la interrupción del embarazo dentro de las 24 a 48 horas después de su administración, han permitido llegar a la ventana terapéutica óptima y han demostrado disminución de la morbilidad y mortalidad neonatal.

Sin embargo hay estudios a favor y en contra de su uso, en pacientes que presentan interrupción del embarazo antes de llegar a las 24 horas posteriores a su administración.

En este estudio se exponen los resultados perinatales obtenidos en un grupo de 70 pacientes que acudieron al servicio de Medicina Materno Fetal del Hospital Adolfo López Mateos ISSSTE, que presentaron parto pretermino secundario a patología materna o fetal, se dividieron en 2 grupos: Grupo 1 constituido por 50 pacientes que recibieron manejo farmacológico de pretermino inaplazable. Grupo 2 formado por 20 pacientes que no recibieron manejo farmacológico; subdividiendo los resultados en ambos grupos dependiendo de los rangos de edad gestacional. De 26 a 28 SDG, se encontró una mortalidad del 100% en el grupo 2 que no contaba con antecedente de manejo farmacológico y con una supervivencia del 18.2 % en productos del grupo 1, que recibieron tratamiento farmacológico. En el rango de 29 a 31 SDG, la mortalidad perinatal de ambos grupos fue similar, alcanzando el 70%, con una supervivencia del 30% y la presencia de asociación con sepsis del 33%. En el Rango de edad de 32 a 34 SDG, la mortalidad perinatal en el grupo 1 de 44.4%, y en el grupo 2 del 50%, con una asociación de sepsis hasta el 60%.

Es necesario dar manejo farmacológico de pretermino inaplazable a las pacientes que presentaran interrupción del embarazo a corto plazo, siendo fundamental llegar a la ventana terapéutica óptima previo a la interrupción del embarazo para contar con mejores resultados neonatales.

SUMMARY

The presence of childbirth pretérmino is responsible for 75% of the mortality in recently born without congenital malformaciones and of 50% of the children with neurological sequels. Its incidence in developed countries is approximately of 10%, but in countries where the poverty is predominant it is increased until 21.5%.

The pharmacological handling of the product pretermino inaplazable with the help of corticoesteroides, fenobarbital and vitamin k1, as the interruption of the pregnancy inside 24 o'clock at 48 hours after their administration, they have allowed to arrive to the good therapeutic window and they have demonstrated decrease of the morbilidad and mortality neonatal.

However there are studies to favor and against their use, in patients that present interruption of the pregnancy before arriving at the 24 later hours to their administration.

In this study the results perinatales is exposed obtained in a group of 70 patients that you/they went to the Fetal Maternal service of Medicine of the Hospital Adolfo López Kills you ISSSTE that presented childbirth secondary pretermino to maternal or fetal pathology, they were divided in 2 groups: Group 1 constituted by 50 patients that received pharmacological handling of pretermino inaplazable. Group 2 formed by 20 patients that didn't receive pharmacological handling; subdividing the results in both groups depending on the ranges of age gestacional. Of 26 to 28 SDG, he/she was a mortality of 100% in the group 2 that didn't have antecedent of pharmacological handling and with a survival of 18.2% in products of the grupo1 that you/they received pharmacological treatment. In the range of 29 to 31 SDG, the mortality perinatal of both groups was similar, reaching 70%, with a survival of 30% and the association presence with sepsis of 33%. In the age Range of 32 to 34 SDG, the mortality perinatal in the group 1 of 44.4%, and in the group 2 of 50%, with a sepsis association until 60%.

It is necessary to give pharmacological handling of pretermino inaplazable to the patients that presented interruption of the short term pregnancy, being fundamental to arrive to the previous good therapeutic window to the interruption of the pregnancy to have better results neonatales.

INTRODUCCIÓN.

El parto pretérmino se define como el nacimiento que ocurre después de las 20 semanas de gestación y antes de las 37 semanas de gestación o menos de 259 días; el parto pretérmino es responsable del 75% de la mortalidad neonatal en recién nacidos sin malformaciones congénitas y del 50% de los niños con secuelas neurológicas. Su incidencia ha permanecido constante en las últimas décadas, siendo aproximadamente del 10%.

En algunos países desarrollados se ha observado un ligero aumento debido en parte al uso de inductores de la ovulación y embarazos múltiples. (1) Sin embargo en países en vías de desarrollo donde la pobreza es el común denominador, las mujeres de muy bajos recursos, están expuestas a este peligro particularmente grande y algunos centros han señalado cifras de partos pretérminos hasta del 21.5%. (2)

Sin embargo la mortalidad y morbilidad perinatal y neonatal han disminuido en forma considerable en la segunda mitad del siglo, gracias a los avances en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. (3)

Así mismo en los últimos 10 años ha habido importantes progresos en las que se refiere al parto pretérmino. El primer paso de estos logros es identificar al parto pretérmino como un síndrome, en el cual podemos intervenir con los 3 primeros niveles de atención; el primero encaminado a eliminar y disminuir e identificar en forma precoz los factores de riesgo relacionados, el segundo el diagnóstico oportuno de la enfermedad, y el tercer nivel tiene el objetivo de disminuir la morbimortalidad perinatal.

El segundo progreso importante es el establecer métodos diagnósticos como marcadores bioquímicos y biofísicos que permiten predecir el parto pretérmino.

El tercer progreso ha sido el esclarecimiento de la eficacia del manejo de corticosteroides para reducir la morbilidad y mortalidad perinatal. (4)

Los corticosteroides aplicados en la fase prenatal, que actúan mas bien al regular las síntesis de proteínas y péptidos del feto, influyen en mas de una docena de síntesis enzimáticas tan sólo en el pulmón del feto (5). La unión de ellos a los receptores del pulmón fetal hace que aumente la producción de fosfatidilcolina, que es un componente importante de la sustancia tensoactiva. Además los corticosteroides

Ejercen otros efectos en el pulmón en desarrollo, como sería el desarrollo morfológico de células epiteliales y fibroblastos. La producción de otras proteínas (SP-B y SP-C), que intensifican la actividad superficial del agente tensoactivo y aumenta también con la estimulación de los glucocorticoides, coadyuvando la distensibilidad del pulmón del neonato y disminuyen la fuga de proteínas por alvéolos.

Los corticoesteroides estimulan la citodiferenciación en otros órganos y sistemas y hacen que maduren encéfalo, intestinos, páncreas y piel, además del tejido pulmonar fetal. (6) Estos efectos en la maduración hacen que aumente la presión media arterial, mejore la función intestinal y se regule los niveles enzimáticos en los riñones del producto.

Entre los esteroides sintéticos, la dexametasona y la betametasona poseen la mayor actividad glucocorticoide y mínima actividad mineralocorticoide, la actividad glucocorticoide es equivalente en las dos compuestas; también presentan similares vidas semiplasmáticas de 48 horas. De hecho la betametasona y la dexametasona son esteroisómeros y su única diferencia consiste en la configuración del grupo 16-metilo.(7)

MANEJO PRENATAL PARA LA PREVENCIÓN DE MEMBRANA HIALINA

En el metaanálisis de Crowley se revisaron 15 estudios con una razón acumulativa de probabilidades hacia el síndrome de membrana hialina, después del tratamiento prenatal de corticoesteroides, de 0.51 (intervalo de confianza de 95%). De las 15 investigaciones incluidas en el metaanálisis, todas, excepto tres, indicaron una disminución en la frecuencia de síndrome de membrana hialina después del tratamiento de glucocorticoides.(6)

La investigación de Liggins y Howle demostró que el efecto máximo de los corticoesteroides se produjo si el niño nació después de 24 horas y antes de siete días del tratamiento con los compuestos mencionados. Otros 11 estudios aportaron datos relacionados con esta "ventana terapéutica". La razón de probabilidades fue de 0.31 (intervalo de confianza = 0.23, 0.42) o una disminución de 70% en la frecuencia de síndrome de membrana hialina. El efecto máximo se pudo advertir después de 24 horas y no obligo al transcurso de 48 hrs. como se había sugerido. (7)

El concepto de una ventana terapéutica de 24 hrs. a siete días ha sido problemático. El temor de que los productos que nacen antes de las 24 hrs. de la exposición a corticoesteroides no reciban beneficio clínico

alguno de dichas hormonas, puede hacer que el obstetra no los administre. El temor anterior muy probablemente no tiene fundamento alguno por dos causas: 1) suele ser difícil predecir con precisión el momento exacto del nacimiento en casos de trabajo de parto pretérmino. 2) Al parecer surge un beneficio clínico con la administración de glucocorticoides, aunque este no es igual a la ventana de 24 horas a siete días en el neonato pretérmino que nace antes de las 24 horas de haber estado en contacto con los glucocorticoides. (8)

El metaanálisis de 11 investigaciones indicó una disminución aproximada del 30% de síndrome de membrana hialina en productos expuestos a los glucocorticoides durante menos de 24 hrs. Aunque los resultados no fueron estadísticamente significativas. (7)

En 1994 El Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos de América, señala una serie de recomendaciones para el uso de corticoesteroides como inductor de madurez fetal:

- 1) Los beneficios de la administración prenatal sobrepasan por mucos los riesgos potenciales; estos beneficios sobre todo se observa en la disminución de la Enfermedad de membrana hialina, hemorragia Intraventricular, y Enterocolitis Necrotizante.
- 2) Todo embarazo entre las 24 a 34 SDG en riesgo de interrupción es candidato a ~~tratamiento de esteroides~~
- 3) La indicación no debe alterarse por motivos de raza, descendencia o accesibilidad a la terapia de factor-surfactante neonatal.
- 4) Toda paciente bajo tratamiento tocolítico es elegible para tratamiento con esteroides.
- 5) La dosis usada debe ser 12 mg. cada 12 horas de betametasona por 24 hrs. o 6mg. de dexametasona cada 12 hrs. por 48 hrs.
- 6) El tratamiento debe instalarse, aunque el nacimiento suceda dentro de las primeras 24 horas, a menos que el parto sea inminente.
- 7) Las pacientes con presencia de ruptura prematura de membranas deben de ~~aplicarse tratamiento a base de corticoesteroides~~ *excepto, que presente cuadro de corioamnioitis.*
- 8) Todo embarazo con complicaciones que puedan obligar su interrupción antes de las semanas 34 de gestación deben recibir corticoesteroides prenatales, a menos que exista un riesgo inminente para la madre o el producto por sus efectos secundarios.(9)

MANEJO PRENATAL PARA LA PREVENCIÓN DE HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR.

La presencia de hemorragia intraventricular, es una de las complicaciones frecuentes de la prematuridad y bajo peso.

Liggins y Howle en 1977 fueron los primeros en señalar que los corticoesteroides disminuían, la incidencia de hemorragia intraventricular. Inicialmente, la disminución se atribuyó a la reducción de la incidencia y gravedad del síndrome de membrana hialina, pero se ha sugerido que estas sustancias antes de la fase natal aceleran la maduración perinatal de la matriz germinativa, de tal manera que el neonato está menos predispuesto a sufrir hemorragia intracraneal.

Dentro de otras alternativas terapéuticas para la profilaxis de hemorragia intracraneal, se ha utilizado, el Fenobarbital como agente de neuroprotección. Demostrándose que los barbitúricos, disminuyen la incidencia y la severidad de la hemorragia intracraneal, por el decremento del flujo sanguíneo cerebral basilar, además de la disminución de la variabilidad que se presentan en la concentración de gases. Alternativamente los barbitúricos pueden disminuir el rango metabólico cerebral, decrementando el riesgo de lesión. Sin embargo uno de las mas atractiva hipótesis es la habilidad de los barbitúricos para proteger contra la presencia de radicales libres de oxígeno mediados por la isquemia, el daño y la presencia de peróxidos lipídicos. (10)

Varios estudios publicados como el de Keamptl et al, Morales et al, Shankaran et al, han encontrado una disminución importante en la presencia de hemorragia intracraneal en productos que presentan edades gestacionales menores a 32 SDG, , llegando a un consenso con respecto a la dosis de impregnación, iniciando con una carga de fenobarbital de 10 mg. / kg. (minimo 500 mg. máximo 700 mg.) intravenoso por 30 minutos seguido por 100 mg diarias hasta cumplir las 32 SDG. (11)

También se ha utilizado la administración antenatal de Vitamina K 1, que mejora el estado de coagulabilidad en el trauma y el estrés del parto; el papel que juega la administración de vitamina K1 en la prevención de hemorragia intracraneal ha sido evaluado en varios estudios controlados randomizados. (9) Pomerance y et reportaron una significativa mejoría en la actividad de la protrombina y una significativa reducción en la presencia de hemorragia intracraneal, al administrar

MANEJO PRETERMINO INAPLAZABLE

20 mg. de vitamina K1 a pacientes, 4 horas previas al parto en comparación con los infantes en control. (12)

El manejo del parto pretermino el cual no puede aplazarse por mas de 24 hrs. cuenta con varios trabajos a favor y contra de su aplicación debido a que no alcanzan el tiempo de latencia suficiente para llegar a la ventana terapéutica óptima. En este estudio damos los resultados perinatales obtenidos en pacientes que se manejaron con el esquema de pretermino inaplazable a base de corticoesteroides, fenobarbital y vitamina K, con la culminación del embarazo dentro de las primeras 24 hrs, debido a patologías tanto maternas como fetales.

MATERIAL Y METODOS

Se realizo un estudio retrospectivo parcial, transversal, observacional en el servicio de Medicina Materno Fetal del Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos del ISSSTE, comprendido en el periodo de 1ro de marzo de 1999 al 28 de febrero del 2000, se incluyeron 70 pacientes que presentaron trabajo de parto pretérmino, con edad gestacional entre 26 a 34 SDG; las cuales se dividieron en 2 grupos:

GRUPO 1: Se incluyeron a 50 pacientes que se les administro el esquema de manejo de pretermino inaplazable, previa interrupción del embarazo.

MEDICAMENTO	DOSIS	VIA ADMINISTRACION
DEXAMETASONA O/ BETAMETAZONA	24Mg. (12Mg c/12 hrs.)	INTRAMUSCULAR
FENOBARBITAL	10 Mg x Kg, (min 500 mg. Máx. 700 mg)	INTRAVENOSO.
VITAMINA K1	20 Mg.	INTRAMUSCULAR

GRUPO 2. Se incluyeron a 20 pacientes que no se les administro el esquema anteriormente mencionado por presentar interrupción inmediata del embarazo secundaria a patología materna y / o fetal.

La vía de interrupción se selecciono dependiendo de las condiciones maternas y fetales con respecto a cada caso.

Todos los neonatos obtenidos pasaron al área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

RESULTADOS:

Se atendieron un total de 70 pacientes, y dividiéndose en 2 grupos de estudio; el Grupo 1, estuvo conformado por pacientes que recibieron manejo de pretermino inaplazable, con un total de 50 pacientes. El Grupo 2, por 20 pacientes que no recibieron manejo de pretérmino inaplazable; obteniendo los siguientes resultados

EDAD MATERNA.

La proporción de la edad materna para el grupo 1 fue: mas predominante en el grupo de edad de 26 a 30 años de edad con un porcentaje del 30%; para el grupo 2 se presentaron dos grupos de edad predominante de los 26 a 30 años y de los 36 a los 40 años con un 25% en cada grupo:(grafica 1 y 2)

PARIDAD

La relación de paridad en el grupo 1 fue 56% cuando presentaban 2 a 3 gestaciones previas y del 28% en primiparas, con un porcentaje similar en el grupo 2; 47% en 2 a 3 gestaciones y el 38% en primiparas. (grafica 3 y 4)

INDICACIONES DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO.

Para el grupo 1 la indicación de interrupción del embarazo fue: preeclampsia severa 46% (23), ruptura prematuras de membranas 28%(14), trabajo de parto 14% (7), sufrimiento fetal agudo 12%(6). Para el grupo 2 : preeclampsia 40% (8), ruptura prematura de membranas 25% (5), trabajo de parto 20% (4), DPPNI 10%(2) sufrimiento fetal agudo 5%(1). En ambos grupos encontramos las dos causas predominantes de indicación de interrupción de embarazo: PREECLAMPSIA Y RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. (grafica 5 y 6)

VIA DE INTERRUPCION.

La vía de interrupción predominante para el grupo 1 fue cesárea en 86% (43) y parto 14%(7) y en el grupo 2 , cesárea 95% (19) y parto 5% (1) . (grafica 7 y 8)

SEXO NEONATAL

En el grupo 1 se obtuvieron 56 pacientes neonatales 55.5% (31) masculinos y 44.7% (25) femeninos; en el grupo 2 se obtuvo 21 pacientes neonatales el 75%(15) masculinos y el 25%(6) femeninos. (grafica 9 y 10)

MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL

EDAD GESTACIONAL: 26-28 SDG

Grupo 1: Se encontraron 11 neonatos, 81% presentar peso de 500grs. A 1000 grs. Y 19% 1001 grs. A 1500-grs.

Las principales causas de morbilidad fueron: inmadurez extrema 9% , la presencia de hemorragia intraventricular 45%, la asociación con Enfermedad de membrana hialina 81% , y enterocolitis necrosante 18%, además de la asociación con sepsis 36%. Así mismo de los 11 neonatos el 81.8% presento muerte neonatal y el 18.2% (2) sobrevivió. (grafico 11 y 12)

Grupo 2: Lo constituyeron 8 neonatos, englobados en el grupo de 500 grs. A 1000grs., presentando la siguiente morbilidad: asociación con hemorragia intracraneal 55%, enfermedad de membrana hialina 44.4% y enterocolitis necrosante 11.1% . La mortalidad neonatal fue del 100%. (grafico 13 y 14)

MORBILIDAD Y MORATALIDAD NEONATAL

EDAD GESTACIONAL: 29-31 SDG

Grupo 1: Lo formaron 18 neonatos, 33.3% peso menos de 1000 grs. 38.8% peso 1001 grs. A 1500 grs. El 27.7% peso de 1501 grs. A 2000 grs.

La morbilidad asociada fue: hemorragia intraventricular 44.4%, enfermedad de membrana hialina 55.5%, enterocolitis necrosante 11.1% y sepsis 33.3%. La morbilidad neonatal 72.2% y sobrevivió el 27.7%. (grafico 15 y 16)

MANEJO DE PRETERMINO INAPLAZABLE

Grupo 2: Lo integraron 3 neonatos, el 33.3% con peso menor a 1000 grs.; y el 66.6% peso de 1001 grs. A 1500 grs. La morbilidad asociada fue: 100% enfermedad de membrana hialina, el 33.3% similar para hemorragia intracraneal y sepsis. La mortalidad neonatal fue del 66.6% y sobrevivió 33.3%. (grafico 17-18)

MORBILIDAD Y MORTALIDAD NEONATAL EDAD GESTACIONAL: 32-34 SDG.

Grupo 1. lo constituyeron 27 neonatos; el 11.1% menos de 1000 grs., 22.2% de 1001grs. A 1500; 62.9 % de 1501 grs. A 2000 grs.; y el 3.7 % de 2001 grs. A 2500 grs. (grafico 19-20)

La morbilidad asociada fue: hemorragia intraventricular 18.5%, enfermedad de membrana hialina 77.7%, sepsis 40.7%. La mortalidad neonatal fue 44.4% con una sobrevida del 55.5%. (grafico 19-20)

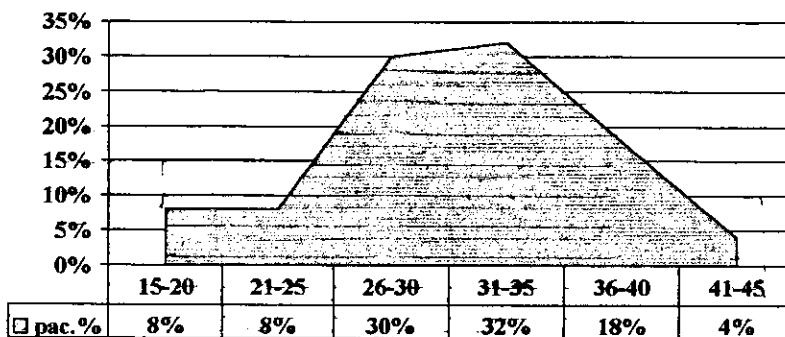
Grupo 2. Integrado por 10 neonatos, el 60% con pesos de 1001 grs. A 1500 grs. Y 40% peso de 1501 grs. A 2000 grs.

La morbilidad asociada fue: hemorragia intraventricular 10%, enfermedad de membrana hialina 50% . sepsis 60%. Con una mortalidad neonatal del 50% y sobrevida del 50%. (grafico 21-22)

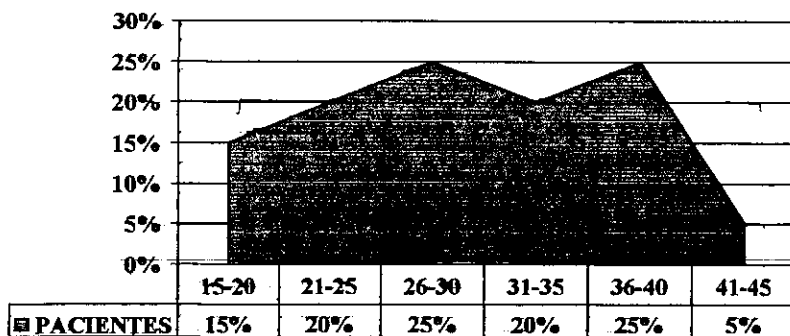
PARTO PRETERMINO Y MALFORMACIONES FETALES.

En nuestro grupo de pacientes encontramos que el 8.77% (5 pacientes) presento malformaciones congénitas, distribuidas en alteraciones gastrointestinales 40%, asociación gastrointestinal y cardiaca 20%, y renales del 40%.

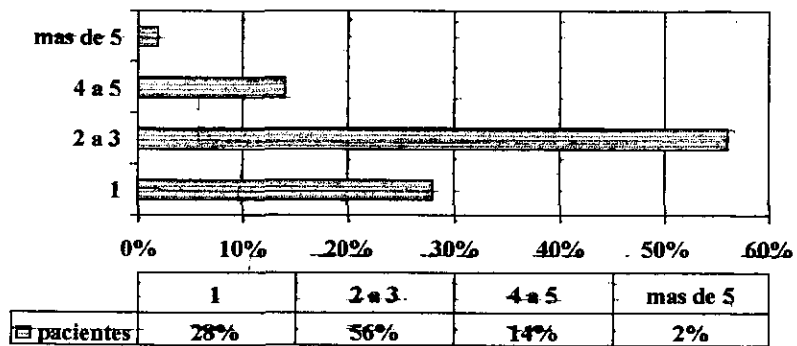
EDAD MATERNA GRUPO 1. (grafico 1)



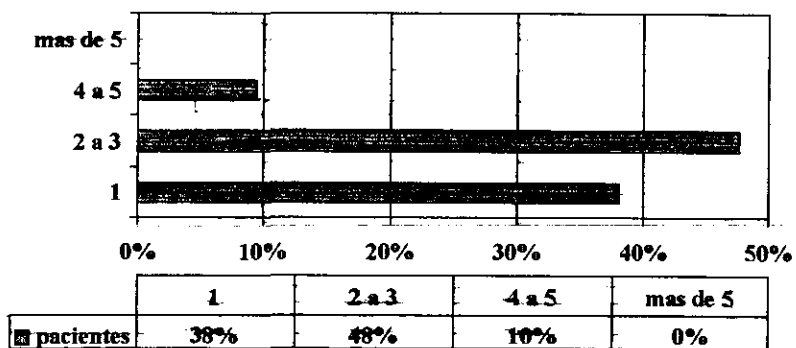
EDAD MATERNA GRUPO 2 (grafico 2)



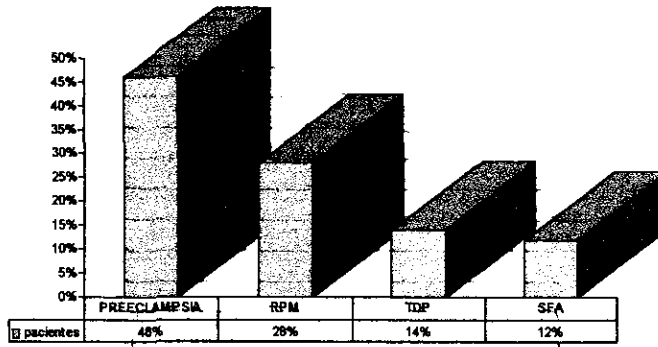
PARIDAD GRUPO 1 (grafico 3)



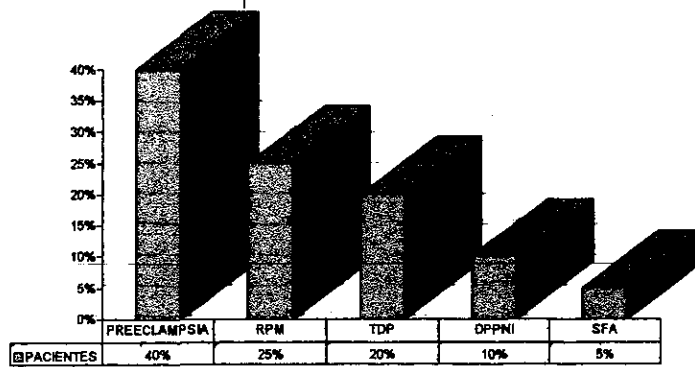
PARIDAD GRUPO 2 (grafico 4)



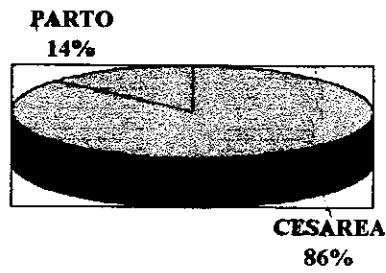
INDICACION DE INTERRUPCION 26-28 SDG. GRUPO 1 (grafico 5)



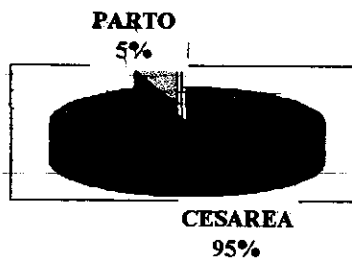
INDICACIONES DE INTERRUPCION 26-28 SDG. GRUPO 2 (grafico 6)



VIA DE INTERRUPCION GRUPO 1 (grafico 7)



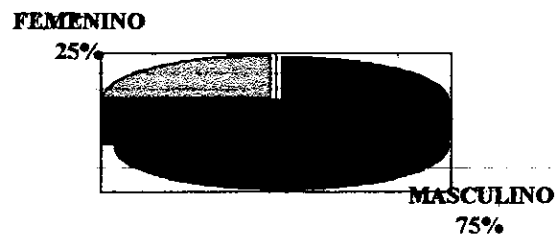
VIA DE INTERRUPCION GRUPO 2 (grafico 8)



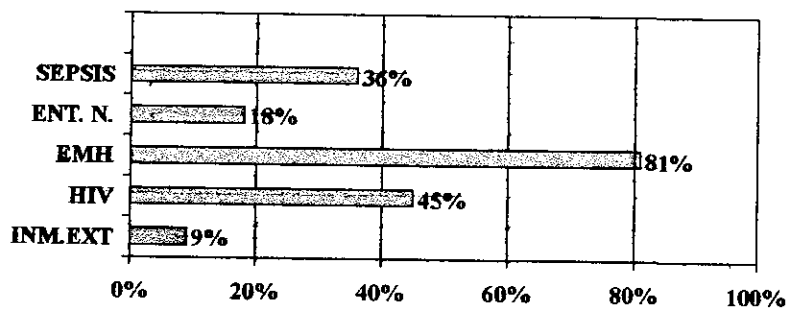
SEXO NEONATAL GRUPO 1. (grafica 9)



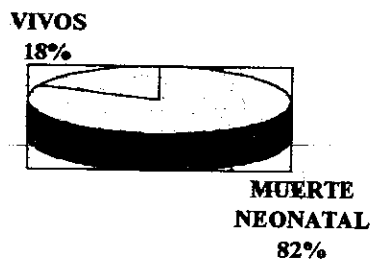
SEXO NEONATAL GRUPO 2 (GRAFICA 10)



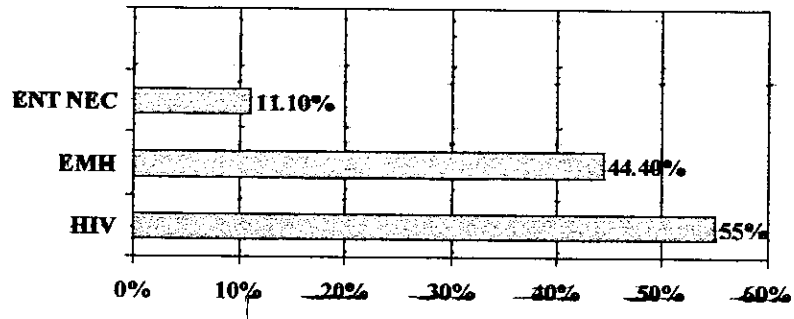
MORBILIDAD NEONATAL 26-28 SDG GRUPO1
(grafico 11)



MORTALIDAD EN PRODUCTOS 26-28 SDG
GRUPO 1(grafico 12)



MORBILIDAD NEONATAL 26-28 SDG, GRUPO 2 (grafico 13)

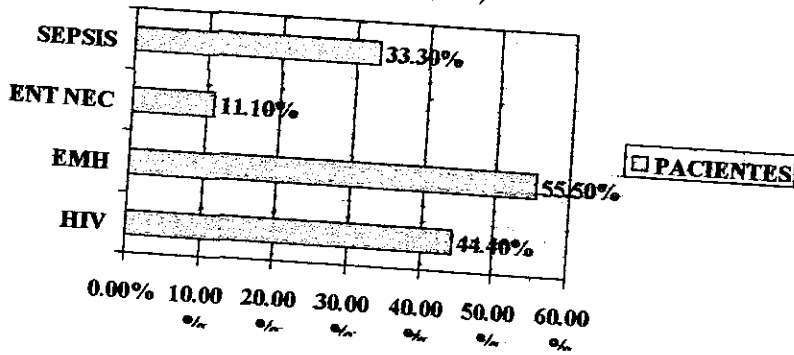


MUERTE NEONATAL 26-28 SDG. GRUPO 2 (GRAFICA 14)

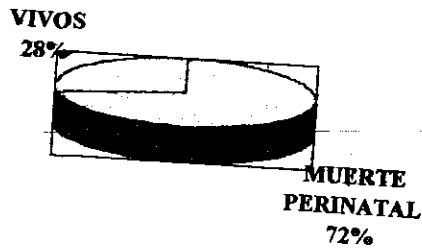


muerte
neonatal
100%

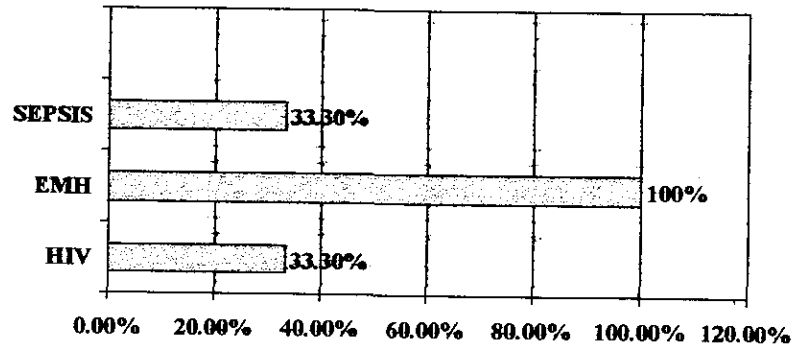
MORBILIDAD NEONATAL 29-31 SDG. GRUPO 1 (grafico 15)



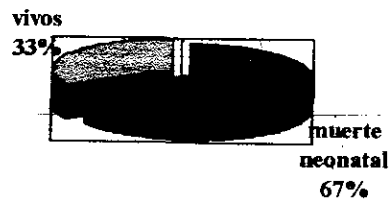
MORTALIDAD NEONATAL 29-31 SDG. GRUPO 1 (grafico 16)



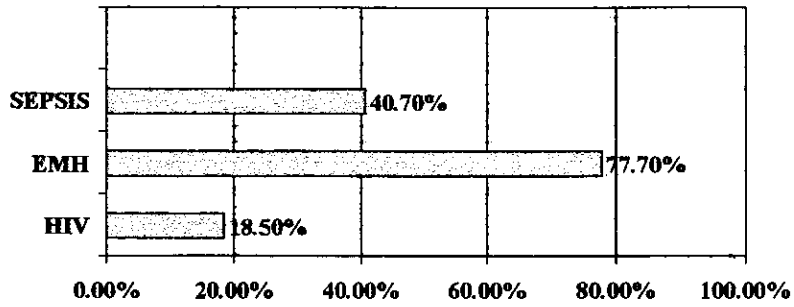
MORBILIDAD 29-31SDG. GRUPO 2 (grafico 17)



MORTALIDAD NEONATAL 29-31 SDG GRUPO 2. (grafica 18)



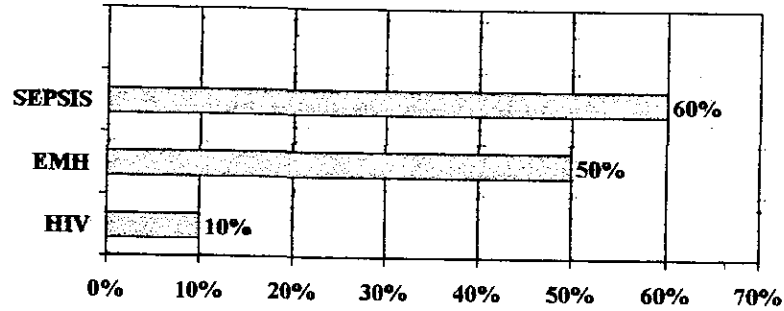
**MORBILIDAD NEONATAL 32-34 SDG GRUPO
1 (grafico 19)**



**MORTALIDAD NEONATAL 32-34 SDG. GRUPO
1 (grafica20)**



MORBILIDAD PERINATAL 32-34 GRUPO 2
(grafico 21)



MORTALIDAD NEONATAL 32-34 SDG GRUPO 2
(grafico 22)



ANALISIS DE RESULTADOS

De los resultados obtenidos, encontramos que no hubo una diferencia significativa en ambos grupos de estudio, con respecto a la edad materna, paridad y sexo neonatal.

Así mismo cuando valoramos las indicaciones de interrupción de embarazo podemos observar que 30% de las justificaciones son consideradas como urgencias inminentes de nacimiento (trabajo de parto activo, desprendimiento prematuro de placenta normoinserata y sufrimiento fetal agudo) y 70% de indicaciones que requieren interrupción del embarazo en corto plazo (preeclampsia y ruptura prematura de membranas); y que son patologías susceptibles a iniciar manejo conservador con expectativas de llegar a la ventana terapéutica óptima del manejo farmacológico encamada a disminuir la morbilidad y mortalidad neonatal temprana.

Con respecto a la vía de interrupción más del 80% concluyó en cesárea y menos del 14 % culminó en partos, observando, que esta conducta obstétrica no disminuyó los resultados neonatales adversos.

La morbilidad neonatal en el bloque de edad de 26 a 28 SDG, presentaron una incidencia de peso menor a los 1000 grs. Además de ser el grupo que presentó el mayor porcentaje de complicaciones y muerte neonatal, llegando a ser hasta del 100% en el grupo que no recibió manejo de pretermino inaplazable y solamente hubo una sobrevivida del 18% en pacientes que recibieron manejo previa a su interrupción.

En el bloque de edad 29 a 31 SDG, el 60% de los pacientes presentaron un peso mayor a 1000 grs. pero menor a 1500 grs., en este grupo no hubo una diferencia significativa con respecto a la morbilidad neonatal, así mismo es importante referir que el 33% de los productos de ambos grupos presentaron sepsis; habiendo una mortalidad en este grupo de edad del 65%.

La morbilidad del grupo de edad 32 a 34 SDG, porcentajes similares en los padecimientos secundarios a la prematuridad y en ambos grupos el porcentaje de sepsis neonatal se presentó por arriba del 40%, en ambos grupos de manejo la mortalidad estuvo aproximada al 50%.

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

MANEJO PRETERMINO INAPLAZABLE

CONCLUSIONES.

- ❖ Los resultados obtenidos con respecto al grupo que recibió manejo de pretérmino inaplazable dentro de las primeras 24 hrs, previas a la interrupción del embarazo, disminuyó en un porcentaje bajo la morbilidad neonatal con respecto al grupo que no recibió manejo farmacológico; por lo que es necesario iniciar manejo de pretérmino inaplazable ya descrito, tratando de llegar a la ventana terapéutica óptima, previo a la interrupción del embarazo.
- ❖ Las indicaciones obstétricas que contribuyen al 70% de interrupción del embarazo antes del término, como son Preeclampsia y Ruptura Prematura de Membranas son patologías susceptibles a iniciar manejo de pretermino inaplazable con la expectativa de llegar a la ventana terapéutica óptima antes de realizar la interrupción del embarazo; esperando disminuir la morbilidad y mortalidad neonatal.

BIBLIOGRAFIA

1. Berkowitz GS, Papiernik E. Epidemiology of preterm birth. *Epidemiol Rev.* 1993;15:414-443.
2. Savitz DA, Blackmore CA, Thorp JM. Epidemiologic Characteristics of preterm delivery: etiologic heterogeneity. *Am J Obstet Gynecol.* 1991; 164: 467-471
3. Arias F. Preterm Labor in Practical guide to high risk pregnancy and delivery Mosby Year Book. Editors, 1993 Chapter 4:71
4. Manual de Normas y Procedimientos del HGO " Luis Ayala Castelazo Ayala" México D:F:
5. Jobe AH, Mitchell GR. Beneficial effects of the combined use of prenatal corticosteroids and postnatal surfactant on preterm infants. *Am J Obstet Gynecol.* 1993;168: 508-519.
6. Crowley P. Up-date on the antenatal steroid meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 1995; 173: 322-335.
7. Mercer BM. Serial corticosteroid administration. Potential risk and benefit. Society for maternal fetal medicine. San Francisco Cal. 1999
8. Garite TJ, Rumney PJ, Briggs GG, et al. A randomized placebo-controlled trial of betamethasone for prevention of respiratory distress syndrome at 24-28 weeks' gestation. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166:646-651.
9. NIH Consensus Statement Effect of corticosteroids for fetal maturation on perinatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol*, 173; 1: 243-253.
10. Demopoulos HB, Flam ES, et al: Antioxidant effects of barbiturates in model membranes undergoing free radical damage. *Acta Neurol Scand* 56 (supl. 64)
11. Morales WJ, Koerten J: Prevention of of intraventricular hemorrhage in very low birth weight infants by maternally administered phenobarbital. *Obstet Gynecol* 68: 295, 1986.
12. Pomerance JJ, Teal JG: Maternally administered antenatal Vitamin K1 Effect on neonatal prothrombin activity, partial thromboplastin time and intraventricular hemorrhage. *Obstet Gynecol* 70: 235, 1987.